



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Intervención multidimensional en el ámbito de
la educación especial”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Juan Eduardo Isidro Cerón

Director: Mtro. **José René Alcaraz González**
Dictaminadores: Mtra. **Juana Ávila Aguilar**
Mtro. **Jesús Lara Vargas**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A mi abuela, madre y hermana, por ser las mujeres que me han inspirado y apoyado incondicionalmente.

A mi pareja, Aura Zárate por haberme hecho crecer personal y profesionalmente, motivándome día a día con su amor e inteligencia.

A mis grandes amigos, Marcos, Osmar y Argenis por mostrarme que la amistad se forja al compartir trabajo duro, carencias, aventuras y desacuerdos.

A Santiago, por haberme regalado inmensa sabiduría a su corta edad.

Al Maestro René Alcaraz, por acompañarme y conducirme en el desafiante camino de la Complejidad.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Por ser las raíces que sostienen mi desarrollo. A Enriqueta, Estela, Diana y Clemente por impulsarme con amor y constancia. A Blanca, Agustín, Aura y Zoe por compartir el amor por el conocimiento.

A mis maestros de vida

A Juanita por haberme guiado afectuosamente en el camino de la Educación Especial. A René por ser mi coatl en todo momento, dentro y fuera de la Universidad. A Jesús por mostrarme lo desafiante que es un cambio de paradigma en psicología. A Eduardo por confrontarnos mutuamente y desarrollar integridad.

A mis amigos

Por compartir horas sin dormir, tristezas y alegrías, enfrentamientos y encuentros, por haberme ayudado a ser quien soy.

A mis amigos y amigas del Seminario de Avances de la Psicología en México

Por desafiarme constantemente y fomentar un espacio de crecimiento personal, académico y profesional.

ÍNDICE

Introducción	1
1. Antecedentes: contexto teórico- metodológico	5
1.1. Contextualización histórica	5
1.1.1. Edad Media	7
1.1.2. Época de la Modernidad	8
1.2. Antecedentes psicológicos	13
1.3. Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales en México	16
2. Metapsicología de Contextos y Ciencias de la Complejidad en el ámbito de la Educación Especial	21
2.1. Metapsicología de Contextos	22
2.2. Complejidad y pensamiento complejo	25
2.2.1. Características del pensamiento complejo	26
2.3. Metapsicología de Contextos en el ámbito de la Educación Especial	30
2.3.1. Método complejo de la Metapsicología de Contextos	31
3. Consideraciones para la elaboración de un Método de Intervención Multidimensional	34
4. Aplicación del Método Multidimensional Contextualizante	43
4.1. Evaluación	44
4.1.1. Entrevista	44
4.1.2. Evaluación con inventarios: ISED, IDEA III, IHB y cuadro de dimensiones	46
4.1.3. Trabajo con la madre	50
4.1.4. Identificación de las dimensiones afectadas	51
4.2. Procedimiento	53
5. Resultados de la aplicación del Método Multidimensional Contextualizante	67

5.1.	Dimensión biológica: mala alimentación y sobrepeso	67
5.2.	Dimensión psicológica: lenguaje, aprendizaje y lecto-escritura	68
5.3.	Dimensión social: Relación familiar y duelo	69
	Conclusiones	70
	Bibliografía	78
	Anexos	82
	Anexo 1: Guía de entrevista	83
	Anexo 2: Cuento diseñado	84

INTRODUCCIÓN

En el campo de la psicología existen múltiples teorías que funcionan como mapas de la realidad. Dichas teorías abordan fragmentos de la compleja conducta humana en función de sus alcances y límites paradigmáticos. Es así que cada perspectiva teórica se interesa por diferentes aspectos del ser humano, desde la conducta, el inconsciente, el contexto sociocultural de la persona, etc.; todos ellos abordados por vías separadas y dando resultados vastos, empero comúnmente se olvida que todas estas teorías estudian fundamentalmente al ser humano y no simplemente un aspecto de él.

A este respecto, Alcaraz (2008), señala que cada modelo teórico hace cortes ontológicos a la realidad para su análisis, de manera que una vez hecho el corte, se llega a confundir esa parte estudiada con la realidad completa, esto debido a la tendencia a la generalización que caracteriza a la ciencia moderna. Como consecuencia de lo anterior, padecemos una “ceguera paradigmática” que no nos permite ver más allá del marco teórico en el que nos posicionemos. En este sentido, es necesario mencionar que cada teoría psicológica que aborda al ser humano de una manera específica ha sido concebida en contextos geográficos, culturales e históricos particulares, por lo que se debe tener precaución al momento de interpretar la realidad desde una teoría que tomemos como referencia y cuyo origen socio-cultural sea distinto al nuestro.

Mancomunado a lo anterior, Lara (2012), sostiene que todas las corrientes teóricas de la psicología en México provienen del extranjero y que fueron diseñadas conforme a propósitos ajenos a Latinoamérica, que es multicultural y con una condición bicivilizacional. Por lo mismo, dichas teorías extranjeras tienen límites culturales y conceptuales que dificultan su aplicación al contexto mexicano, por lo que es necesario *contextualizar* las teorías, es decir, ubicarlas en el contexto cultural del que provienen, re-posicionarlas en la civilización a la que pertenecen y confrontarlas con los últimos avances filosóficos, epistemológicos y aplicados de los que se pudieran desfasar; lo que le permitirá a cada teoría perfeccionarse, re-

elaborarse y reflexionarse en todos los ámbitos, con lo cual se potenciará su desarrollo a gran escala y desde sus propias perspectivas de análisis.

Al respecto, la falta de marcos interpretativos mexicanos en psicología, específicamente en el ámbito de la Educación Especial, hace que imitemos los modelos extranjeros sin cuestionarlos ni trascenderlos, tomándolos así como verdades absolutas. En este sentido, los métodos en psicología aplicados a las personas con alteración en el desarrollo son lineales -reduccionistas u holistas totalizantes, (Morín, 1990)- y no abordan todas las dimensiones implicadas en los casos que necesitan atención psicológica. En otras palabras, carecemos –por un lado- de un marco interpretativo que conciba al ser humano como integrado por múltiples dimensiones interdependientes, tales como la física, química, biológica, psicológica y social, es decir: multidimensional. Al respecto, Plancarte y Ortega (2010), sostienen que actualmente en el ámbito de la Educación Especial, independientemente de la corriente teórica que se adopte, hay una tendencia general hacia la concepción del desarrollo psicológico como un fenómeno donde confluyen aspectos individuales, educativos y sociales. En este sentido, es necesario contemplar aspectos tales como el currículo educativo en el cual la persona está inmersa, los materiales que se le proporcionan y su uso dentro del contexto escolar; además es necesario relacionar los factores psicológicos, con aquellos factores que repercutan en la comunidad en la cual se desenvuelven las personas con alteración en el desarrollo.

Ante esta tendencia, resulta indispensable disponer de un marco interpretativo complejo, con base en el cual diseñar un método para tratar las problemáticas que pueden presentar los casos de desarrollo alterado en las diversas dimensiones que integran a los seres humanos. Desde mi punto de vista el problema fundamental en el ámbito de la educación especial reside precisamente en la inexistencia de un método con estas características.

Con base en lo anterior y en mi experiencia profesional en el área de Educación Especial, considero necesario y posible pensar en el diseño de un método que se adecúe más eficientemente a las necesidades de los casos con desarrollo alterado que se presentan en la Clínica Universitaria de la Salud Integral Iztacala.

Dicho método de intervención debe ser multidimensional dado que en los casos de desarrollo alterado, no solamente se ve involucrada la dimensión psicológica sino otras como la química, la biológica, la social, etc. Sin embargo, tengo claro y reconozco que ningún método puede abarcar la totalidad de los factores y dimensiones involucradas en cada caso, es por ello que considero viable el abordaje de al menos tres de estas dimensiones, a las cuales propongo llamar “**campo de acción**”, porque concibo el trabajo aplicado con estas personas como un campo de probabilidades en el que psicólogas y psicólogos podemos facilitar con nuestras acciones el desarrollo de estas personas. El método que propongo exige que todas las acciones que las y los psicólogos realicen en este ámbito de trabajo profesional deben estar contextualizadas para cada caso, pues no existen dos casos iguales, cada ser humano es único y vive inmerso en múltiples y diferentes procesos y contextos a la vez en los que se entretajan subjetividades, actos volitivos, autonomía y dependencia, pues al mismo tiempo estamos sujetos a las condiciones de nuestro entorno. Es por ello que no es posible aplicar un método único, general, rígido e idéntico para todos los casos de alteraciones en el desarrollo; en vez de ello, lo que se propone es diseñar una *estrategia* que sea flexible y se adapte a las particularidades de cada caso para intervenir profesionalmente en el mismo.

Las y los psicólogos mexicanos nos encontramos con una disyuntiva: **a)** Seguir imitando las teorías psicológicas provenientes del extranjero y aplicar sin más sus métodos y técnicas a las personas que presentan alteraciones en el desarrollo en nuestro país, o, **b)** Crear desde nuestro propio contexto multicultural nuestras propias teorías psicológicas y derivar de ellas los correspondientes métodos y técnicas para atender a nuestra población afectada por alteraciones en el desarrollo.

En ésta tesis apostaremos por la segunda opción, tomando como marco interpretativo para desarrollar nuestra propuesta a la Metapsicología de Contextos (MPC) creada en la FES Iztacala por un grupo de profesores del área de Educación Especial (Alcaraz, 2012). En este contexto, el objetivo general de la presente tesis es:

“Diseñar y aplicar un método de intervención multidimensional para atender un caso de desarrollo alterado”.

Para lograrlo haremos la contextualización histórica del ámbito de la Educación Especial, haciendo una crítica teórico-metodológica a los modelos lineales que usamos en la actualidad y finalmente describir el método propuesto y los resultados obtenidos con su aplicación a un caso de desarrollo alterado.

1. ANTECEDENTES: CONTEXTO TEÓRICO- METODOLÓGICO

1.1. Contextualización histórica

En primera instancia es necesario revisar la conceptualización y trato que han recibido las personas con desarrollo alterado a través de la historia. En esta dimensión histórica podemos apreciar que los cambios en la concepción de los fenómenos psicológicos dependen del paradigma imperante en el momento. Ejemplo de lo anterior son las diferentes posturas teórico-metodológicas sobre un mismo fenómeno psicológico: las alteraciones en el desarrollo.

En primera instancia Valencia (2014) sustenta que debido a las complejas situaciones de supervivencia que afrontaron las primeras sociedades humanas, las personas con discapacidad eran abandonadas o muertas por ser consideradas una carga durante los traslados en búsqueda de alimento o refugio; aunque existen evidencias de que estas sociedades intentaron intervenciones curativas como trepanaciones (para que “huyera el mal”) o amputaciones.

Por otro lado, en el antiguo Egipto, existía el abandono u homicidio de niñas y niños con discapacidad, aunque también se intentaban diversos tipos de tratamiento tales como férulas o muletas; sin embargo las personas diferentes eran motivo de adoración dadas sus características fuera de lo común y consideradas especiales (Ávila, 1999).

La sociedad hebrea consideraba la discapacidad como una “marca del pecado”, presentando éstas complicaciones en el ejercicio de la funciones religiosas, sin embargo el judaísmo prohibía el infanticidio e institucionalizaba la caridad, debido en gran parte a que su economía se basaba en ganadería y comercio y las personas con discapacidad podían contribuir de alguna forma al bienestar de su sociedad. Esta visión permaneció en el cristianismo, puesto que en el Nuevo Testamento, Jesús cura a un hombre con parálisis luego de *perdonarle sus pecados*.

En África y Asia el trato fue diverso, mientras en India los niños y niñas con discapacidad eran abandonados o arrojados al Ganges, entre los Semang de Malasia se les atribuían cualidades de sabios. Los Chagga en África los “utilizaban” para espantar a los demonios, los jukus de Sudán los abandonaban por considerarlos obra de los malos espíritus. En la antigua China se empleaba la cinoterapia¹ y masajes para tratar la discapacidad motriz. Confucio proponía la responsabilidad moral y la amabilidad para las personas consideradas “débiles”.

Al pueblo griego, donde el culto a la belleza y la perfección física estaba relacionado con la estructura económica de la ciudad hizo grandes logros en filosofía, artes, política y arquitectura. En Esparta, un consejo de ancianos, bajo las leyes de Licurgo, ordenaba hacer caer de los montes Taigeto a los niños deformes, esto con el fin de mejorar a los ciudadanos y someterlos al Estado. En este sentido, en Atenas Aristóteles recomendaba “sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley debería prohibir que se críe a un hijo lisiado”. Aunque también hay evidencias de personas discapacitadas que eran parte de la sociedad, pues Platón escribe que los sordos se comunicaban por medio de gestos; Homero era ciego, según los relatos; además hay datos de que en Grecia se aplicaron tratamientos de base “científica” para personas con discapacidad adquirida. Durante el periodo de Pericles (499-429 AC) se instauraron centros asistenciales, Aristóteles estudió la sordera adquirida y la tartamudez; Hipócrates y Galeno intentaron curar la epilepsia a la que consideraban una enfermedad psicológica (Carpintero, 1998).

La República romana asimiló la cultura griega, y fundamentada en la Ley de las Doce Tablas (540 AC), se arrojaba a los niños “débiles” o “enfermos” al río Tiber o se los despeñaba de la roca Tarpeia, junto con ancianos y personas adultas con discapacidad adquirida. En la etapa del Imperio romano la muerte de niños con discapacidad era escasa, sin embargo se les abandonaba en la calle o en una canasta en el Tiber para que alguien más se hiciera cargo.

¹ Terapia facilitada por perros con fines educativos o terapéuticos.

Finalmente, en el periodo de Constantino (272-337) se crean los “nosocomios”, instituciones orientadas a hospedar y ayudar de manera espiritual a las personas con discapacidad sin medios para subsistir (Valencia, 2014).

1.1.1. Edad Media

En este periodo la característica principal era la influencia del cristianismo en todos los aspectos de la vida; siendo, en un primer momento, una religión de quienes “carecían de privilegios” (esclavos, mujeres, personas con discapacidad), aunque también presentaba un carácter ambivalente, ya que por un lado se condenaba el infanticidio, pero por otro se rechazaba y perseguía a las personas “deformes”, “anormales” y “defectuosas”, pues se les “confundía” con locos, herejes, brujas, delincuentes, vagos y prostitutas. En Francia se construyeron fortalezas y ciudades amuralladas para esconder a personas con discapacidad (Valencia, 2014).

Sin embargo, en la Europa medieval los individuos diferentes eran reclusos en hospitales generales que tenían características de prisión e inclusive se argumentaba -según San Agustín-, que a estas personas tenían que ser segregadas porque sus defectos eran su castigo para expiar las faltas o pecados de sus padres, llegando a afirmar que *no tenían más alma que las bestias* (Ávila, 1999). En este sentido, Valencia (2014) sostiene que las personas discapacitadas eran exhibidas los fines de semana en zoológicos o espectáculos circenses para diversión o manipulación social. En 1487, Jacob Sprenger y Heinrich Krämer declaraban que los niños y niñas con discapacidad eran producto de madres involucradas en la brujería y la magia.

En cambio, en ese mismo periodo de tiempo, en China y Persia, las personas con alguna alteración psicofisiológica no eran víctimas de la exclusión como en otros contextos, sino que se les educaba como si se tratase de personas comunes; lo que respondía a las ideas de Confucio y Zoroastro, líderes de aquellos pueblos (Ávila, 1999).

Durante la Alta Edad Media el número de personas con discapacidad se multiplicó como consecuencia de la guerra contra los reinos árabes en la península ibérica,

las cruzadas y las invasiones nórdicas, así como por las epidemias que asolaron el continente europeo, lo que tuvo como consecuencia la creación de asilos o instituciones de socorro a cargo de comunidades religiosas para atender a estas personas. El impulsor de estas instituciones fue Juan Gilberto Jofré (1350-1417) quien tras presenciar el linchamiento de un “insano” se dedicó al rescate de prisioneros de guerra y esclavos, encabezando un movimiento de solidaridad que llevó a la creación del Hospital de Santa María de los Santos Inocentes en 1409, que fue el primero de muchos más en España y América como se ve en la siguiente tabla (Valencia, 2014).

1409	Valencia	Hospital de Santa María de los Santos Inocentes
1425	Zaragoza	Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia
1436	Sevilla	Hospital de los Inocentes
1456	Palma	Hospital Psiquiátrico
1481	Barcelona	Hospital Psiquiátrico
1483	Toledo	Hospital de los Inocentes
1489	Valladolid	Casa de Orates
1565	México	Hospital de San Hipólito

Cuadro 1. Hospitales para personas discapacitadas en México y España.

Cabe destacar que la atención que se daba a las personas discapacitadas en este tipo de hospitales tendían más al trabajo eclesiástico que al médico y a la búsqueda del lucro del que eran víctimas, ya que mutilaban a los niños para que mendigaran.

1.1.2. Época de la Modernidad

Éste periodo de tiempo se caracteriza por dos procesos históricos que llevaron a la consolidación del mundo contemporáneo: la invasión y colonización del continente americano, y la reforma protestante que rompe con la unidad religiosa europea. En este sentido, las prácticas que tenían los pueblos originarios en torno al dejar morir a las personas con alguna alteración, fueron escasas ya que los individuos que en estos días conocemos como *discapacitados* eran respetados y retomados por la comunidad, principalmente en actividades que en la actualidad llamamos “mágico-

religiosas”. En la cultura anahuaca no hacían distinción entre personas normales y anormales (López, A. 1975). Se sabe por testimonios que entre los mayas de Centroamérica trataban con *gran bondad* a las personas con discapacidad física lo mismo que a ancianas y ancianos incapaces de valerse por sí mismos.

Los pueblos de lo que actualmente es Norteamérica, cuidaban a los miembros de su comunidad que presentaban algún problema para trasladarse, aunque esto significara el sacrificio de los intereses comunes, aunado al hecho de que contaban con una lengua de señas que permitía a las personas sordas comunicarse con la comunidad. En este sentido, en la parte sur del Anáhuac, los incas practicaban comúnmente la amputación de extremidades enfermas o con limitaciones, esforzándose además por compensar la discapacidad (Valencia, 2014).

Con la invasión europea a tierras anahuacas desde 1492 comenzó la etapa de conquista y colonización física e ideológica. Hacia 1511, como efecto del exterminio masivo de los pueblos originarios caribeños, los trabajos forzados y las epidemias introducidas por los invasores, se introdujeron esclavos africanos, siendo más baratos si eran ancianos o padecían alguna discapacidad.

Por otro lado, la reforma protestante contribuyó a las vejaciones de las personas con alguna discapacidad. Ejemplo de ello fueron Martin Lutero y Joan Calvino, quienes denunciaban a las personas discapacitadas como “habitadas por el demonio”. Asimismo, en las ciudades de Hamburgo y Frankfurt existían “jaulas de los idiotas”, y en Norteamérica se asignaba el papel de bufón o “tonto del pueblo” a quienes tuvieran discapacidad mental (Valencia, 2014).

En el Renacimiento bajo la teología católica se maldijo a los individuos con alguna discapacidad y se incitaba a la gente a que rezara para que su dios eliminara al demonio que creían que *habitaba en estas personas* que no eran más que unas *masas sin alma* (Ávila, 1999). Sin embargo, la medicina alemana de este periodo comenzó a utilizar prótesis y aparatos ortopédicos muy desarrollados, además de que se comenzaba a diseminar la idea de que debería existir una responsabilidad social hacia las personas con discapacidad.

A partir del siglo XVI la burguesía comenzó a interesarse en el tratamiento de las personas con alguna discapacidad. En Gran Bretaña, Holanda, Alemania o Italia se dieron grandes avances en la investigación y educación para personas sordas. El en siglo XVII se inició en Francia la enseñanza a personas sordas basándose en un lenguaje de señas, resultando niveles educativos considerables. Sin embargo las personas que padecían alguna alteración psíquica, llamados “imbéciles”, “dementes”, “débiles mentales” o “locos” eran recluidos en asilos o manicomios sin ningún tipo de atención médica, simplemente se les aislaba de la sociedad (Valencia, 2014).

Como resultado de la Revolución Francesa (1789), las personas con discapacidad comenzaron a ser responsabilidad pública de la sociedad industrial, pues ya no se les veía como “diferentes”, sino que se tenía la posibilidad de que llevaran una vida normal si se les proporcionaban los medios adecuados y, posiblemente, que no dejaran de producir, todo esto con base en los principios comerciales de Igualdad, Libertad y Fraternidad. En este sentido, durante la Revolución Industrial, el capitalismo demandaba que solamente se contrataran personas capaces de realizar tareas repetitivas durante 14 o 18 horas de trabajo, en condiciones inhumanas, donde tales condiciones provocaban niños lisiados con miembros aplastados y generaciones enteras con alguna alteración, como la paralización del crecimiento. Siendo en este contexto donde se comienza a utilizar propiamente el concepto de “discapacidad”, siendo ésta la incapacidad para ser explotado para generar ganancia al capitalista. Estas personas, junto con los pobres, comenzaron a ser vistos como un problema social y educativo por lo que fueron segregadas en hospitales generales, hogares de trabajo forzado, asilos, colonias o escuelas especiales o la cárcel a través de la represión utilizando leyes de vagancia y mendicidad. Estas instituciones tenían como fin el “normalizar” a las personas discapacitadas para que encajaran en la sociedad, controlando así el cuerpo físico y las mentalidades de las personas (Valencia, 2014).

En el siglo XIX hubo avances en la educación para discapacitados, el sistema Braille se inventó en 1825, en Argentina se creó en 1857 la primera escuela para sordos e

hipoacúsicos, en 1880 nace el Instituto Nacional de Sordomudos y en el imperio alemán el Estado se encarga de atender a los obreros con discapacidad laboral; en 1881 se crea la primera escuela pública para personas con discapacidad mental en Leipzig y para 1863 existían 22 escuelas para sordos en Estados Unidos; sin embargo esto no cambió la creciente marginación y discriminación para las personas con alguna alteración, llegando a tal punto que se llevaron a cabo políticas eugenésicas entre 1890 y 1945 (Valencia, 2014).

A finales de la primera guerra mundial se cuenta ya con un modelo de rehabilitación que se incluye en el Modelo Médico Biológico de la Discapacidad, donde se enfatiza en las patologías que generaban una deficiencia en el funcionamiento del individuo y lo inhabilitaban para llevar una vida normal. Bajo este modelo, la discapacidad es conceptualizada como síntoma o la desviación observable de los parámetros biomédicos de la normalidad en las funciones o estructuras corporales y psíquicas. No se concibe la discapacidad como el resultado de un conjunto de condiciones sociales, sino como una enfermedad que debe ser curada, lo que causó que las personas con discapacidad quedaran en desventaja social, sin poder ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos o sociales, hasta que fueran normalizadas (Valencia, 2014).

Finalmente, bajo el modelo neoliberal en el que nos encontramos, las personas con discapacidad han sido afectadas nuevamente, pues con la privatización de los sectores de salud, educación, seguridad social, plan de vivienda, aunado a las precarias condiciones laborales, se ha vuelto sumamente difícil la vida de estas personas, de manera semejante a la época de la Revolución Industrial (Valencia, 2014). Como consecuencia hay más casos que presentan alguna alteración en el desarrollo, ya sea por la contaminación del ambiente a la que están expuestas las madres embarazadas, la falta de equipo en hospitales públicos y privados lo que deviene en una atención precaria al momento del parto, o la situación de desigualdad económica que hace difícil una buena alimentación y estimulación a niñas y niños que la necesitan.

Como se puede observar, la historia de las personas con discapacidad o con alteración en el desarrollo está llena de avances y retrocesos, desde la forma de referirse a ellas despectivamente o no considerarlas personas y exterminarlas, pasando a ser vistas como individuos no aptos para ser explotadas por el capitalismo y –por tanto- segregadas con la intención de normalizarlas. Aunado a lo anterior, se puede afirmar que la población que llega a presentar alguna alteración en su desarrollo está en aumento, ya que en 2014, fueron identificadas 7.2 millones de personas en situación de discapacidad, a diferencia del 2010, cuando se reportaron 5 739 270 personas que tenían algún tipo de discapacidad (INEGI, 2014 y 2010), por un lado está el factor demográfico puesto que la población en el mundo ha aumentado, y por otra parte desde la revolución industrial las condiciones de vida se han hecho más complejas, desde el uso de armamento nuclear hasta el daño por intervención médica, han colaborado a que las discapacidades o alteraciones en el desarrollo se multipliquen.

Sin pretender juzgar de manera simplista las acciones de la civilización occidental y calificarlas como *malas*, hay que hacer el ejercicio de contextualización multidimensional que propone Lara (2012), puesto que en el marco histórico y social donde nos encontremos, invariablemente las personas crean explicaciones para los hechos que no las tienen, llegando a tomar acciones extremas para calmar su ansiedad de entenderlos (Devereux, 1994). Es por ello que ubicándonos en esas diferentes realidades podemos entender el porqué del actuar de las diversas sociedades ante las personas diferentes y la evolución de su conceptualización e inclusión en algunas de ellas, mientras que en otras prevalece el rechazo.

Dado el origen (griego) de que la discapacidad es una condición “mala” y que debe de eliminarse o normalizarse, en el fondo de los conceptos como retardado, minusválido, persona especial, está presente la idea de que en estas personas hay algo que falla y hay que arreglar o eliminar (pero no en todas las culturas). Sin embargo, esto es bajo el modelo de la modernidad, el cual se caracteriza por la linealidad de su pensamiento, la reducción a un solo factor de la etiología de la discapacidad y la disyunción del contexto en el que se encuentran las personas

discapacitadas; a diferencia del modelo complejo, el cual sabe y asume que no hay especie sin fallos, puesto que en los sistemas más complejos y organizados existe alta probabilidad de fallos, a diferencia de los sistemas simples que tendrán pocos fallos; si aceptamos que el ser humano es un ser altamente complejo, es comprensible que existan muchas posibilidades de alteraciones en el desarrollo de una persona, dada su complejidad.

Sin embargo la psicología también ha concebido, analizado, tratado y catalogado a las personas “diferentes” desde marcos teóricos distintos, como el conductismo, el modelo histórico cultural o el psicoanálisis, por citar algunos, todos ellos desde el paradigma lineal, simplificador, reduccionista y disyuntivo.

1.2. Antecedentes psicológicos

Por otra parte, las personas diferentes, atípicas, anormales o con alteraciones en el desarrollo han sido estudiadas y tratadas de distintas maneras de acuerdo con las teorías psicológicas que se han usado para acercarse a ellas. En la psicología del desarrollo existen varias teorías y enfoques, que se clasifican en términos del lugar en el cual sitúan el motor del desarrollo, ya que por un lado hay teorías que creen que el motor del desarrollo psicológico se encuentra fuera del individuo (determinación externa) o bien, que éste se encuentra dentro del individuo (determinación interna). En este sentido, se podría ubicar al conductismo radical como una teoría totalmente de acuerdo con el determinismo externo, mientras que Vygotsky considera que gran parte del motor del desarrollo está en la sociedad, pero parte del supuesto de que hay una base orgánica esencial, aparentemente contrario con lo que formula Piaget, pues él ve que el niño se desarrolla en función de su biología, aunque el mundo externo sigue teniendo algún papel en el desarrollo (Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., y Hinojosa, G., 2011), mientras que el psicoanálisis tiende a centrar el desarrollo en la relación con los padres, aunque es también fundamental la energía sexual o libido como motor del desarrollo de las personas (Tallanferro, 1976).

Con base en lo anterior, el conductismo parte del estudio de la acción refleja, basándose en el paradigma mecanicista cartesiano y newtoniano (Ibáñez, 2007). El conductismo parte del supuesto de que la conducta *retardada* se adquiere según los mismos principios que rigen la adquisición de la conducta normal (condicionamiento clásico, operante y aprendizaje por observación), ocupándose así de la relación entre conductas inadecuadas y los eventos ambientales que las generan y mantienen, así como las formas en que se pueden modificar los factores del ambiente para obtener cambios conductuales adaptativos (Aguilera, G., Alcaraz, J., Herrera, I., y López, S. 1998; Trianes, V., Jiménez, M., Ríos, M. 2000).

Es así que el conductismo va a estudiar, analizar y modificar fragmentos específicos de la conducta. En los casos de desarrollo alterado se selecciona una conducta a modificar, se le aplica una serie de programas de contingencias (reforzamiento o castigo), con el fin de incrementar la tasa de respuestas de la conducta deseada o disminuir y extinguir la de la conducta no deseada. Los resultados de esta perspectiva teórica han sido alentadores, pero limitados, pues los casos atendidos presentan alteraciones tan diversas que el nivel de acción del conductismo se ve limitado para abordar los casos más complejos que involucran procesos psicológicos que rebasan el ámbito de la conducta observable (Alcaraz, 2014).

Por otro lado Vygotsky (1997, citado en Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., y Hinojosa, G., 2011, pp. 37) destaca la importancia de la cultura y la sociedad para el desarrollo psicológico y el papel decisivo del diagnóstico y el tratamiento tempranos para los niños (y niñas) con deficiencias. La psicología histórico-cultural parte del concepto de la relación dialéctica entre lo biológico y lo social en el desarrollo psicológico del ser humano, donde las condiciones sociales tienen un papel determinante. Para este enfoque la esencia de la psicología es el estudio de la formación de los procesos mentales, en dichos procesos destaca el papel del lenguaje y su influencia en el desarrollo del ser humano. En el ámbito de la educación especial se afirma que el lenguaje es la herramienta para transmitir y apropiarse de la experiencia del contexto histórico y cultural, logrando así el acceso a los procesos psíquicos superiores, en este sentido los niños y niñas que presentan

alteraciones en el desarrollo se clasifican en tres grupos: 1) *Niños y niñas retrasados mentales*, que son quienes no pueden aprender normalmente en condiciones normales; 2) Niños y niñas que presentan defectos físicos y/o sensoriales, los cuales *atrasan el desarrollo*, y 3) Niños y niñas que no presentan problemas físicos ni sensoriales, pero que no han tenido acceso a una educación escolar y, por ende, carecen de las bases para asimilar las nociones correspondientes a las exigencias sociales (Leontiev, A. 2007).

Aguilera, Alcaraz, Herrera y López (1998), señalan que Vigotsky tenía una posición crítica ante la educación especial, pues él pensaba que se marginaba a la persona y se le aislaba de su medio social, desvinculándola de la vida social y la práctica, por lo que se afirma que la educación de las personas con alteraciones en el desarrollo no se tenía que diferenciar de la que reciben las personas con desarrollo sano, pues esto favorecía el desarrollo físico y psicológico del niño o niña con alteraciones, compensando y corrigiendo sus limitaciones.

Por su parte, el psicoanálisis pretende transformar a las personas con deficiencia mental de objetos de deseo (alienado) en sujetos de deseo (autónomos). El psicoanálisis también cuestiona la exclusión que se hace de todas aquellas personas que presentan alteraciones físicas, sensoriales o psicológicas y que no pueden –y no se les permite-, incorporarse al sistema de enseñanza regular –y que son segregados en los rubros social, familiar, político, religioso, escolar, etc.-, con lo cual, según Doltó (1991), se instaura un modelo de exclusión con el “pretexto” de brindar educación especial, lo cual legitima la segregación hacia los niños y niñas con algún padecimiento.

Desde este enfoque, Mannoni (1990) centra su atención en la búsqueda del sentido que tiene el niño o niña con desarrollo alterado para la familia, en específico para la madre, la cual desde antes de nacer su hijo o hija, deposita en él una serie de expectativas y deseos con las que el bebé debe compensar todas las carencias de la madre. Cuando el recién nacido no cumple con las expectativas de la madre, el niño queda sin existencia propia, pues estará sujeto al deseo de la madre, la cual no se identificará con su hijo “enfermo” y le devolverá una imagen fragmentada,

negándole la posibilidad de convertirse en sujeto deseante. Por lo que el psicoanálisis pretende que el niño o niña con desarrollo alterado ocupe un lugar en la familia, devolviéndole su dimensión de sujeto deseante con un pensamiento autónomo (Aguilera. C; Alcaraz, G; Herrera, O; y López, R., 1998).

Sin dudar de sus aportaciones, es necesario señalar que estas teorías psicológicas se encuentran dentro del pensamiento moderno, por lo que el tipo de investigación que generan produce pocas innovaciones, al considerar prioritaria la forma de conseguir resultados y ver el objetivo como constituyente del paradigma predominante (simplificador). Estas investigaciones son de corte acumulativo, seleccionando exclusivamente los problemas susceptibles de ser resueltos con los medios conceptuales e instrumentales existentes², lo que limita la generación de nuevos conocimientos únicamente a lo que reconoce este esquema conceptual, llegando a calificar de “mala investigación” a aquella que se produce fuera de este paradigma (Diesbach, 2005).

1.3. Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales en México

Cárdenas y Barraza (2014) exponen que en 1938 surge la necesidad de una atención sistematizada para los *deficientes mentales e inadaptados y menores infractores*. Esta iniciativa estaba sustentada en un modelo médico, de rehabilitar, normalizar y hacer productivas a las personas con alguna discapacidad. Por otra parte Plancarte (2010) plantea que los antecedentes de la Educación Especial en México tienen lugar en la segunda mitad del siglo XIX, cuando se crean escuelas para sordos y ciegos; en 1915 se funda la primera escuela para atender niños con deficiencia mental, diversificándose después para atender jóvenes con diferentes discapacidades, esto por parte de la UNAM, Escuela de Orientación para Varones Niñas y la Oficina de Coordinación de la Educación Especial. En 1935 se funda el Instituto Médico Pedagógico donde se brindaba atención educativa especial a niños y niñas con deficiencia mental, ceguera y sordera. En este sentido, dada la creciente demanda de profesionales en éste ámbito, el 7 de junio de 1943 se inaugura la

² Al respecto, propongo la categoría nivel de acción, la cual describe la capacidad teórica y metodológica de un marco interpretativo.

Escuela Normal de Especialización con la carrera de Maestro Especialista en Educación de Niños Anormales Mentales y Menores Infractores (Plancarte, 2010). Cabe destacar a este respecto que el nombre de esta carrera parece tener vestigios de las conceptualizaciones que se tenían en la antigüedad, agrupando así a las personas con alteración en el desarrollo y a las personas que cometen algún delito, ambas vistas como individuos indeseables.

Posteriormente, en 1962 hay una desvinculación con el modelo médico y la pedagogía, acercándose más el tratamiento de las personas con N.E.E. desde un punto de vista psicológico. Resultado de lo anterior, en 1970 se creó la Dirección General de Educación Especial con el propósito de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de Educación Especial y la formación de maestros especialistas, siendo así que en 1974 se crea la carrera de Maestro Especialista en la educación de niños con problemas de aprendizaje, gracias a una investigación que buscaba detectar y *diagnosticar* a los alumnos que no leían, escribían y no poseían nociones aritméticas (Cárdenas y Barraza, 2014). Los resultados fueron los siguientes:

1° y 2° grado	5, 047. 733
20% problemas de aprendizaje	1, 009, 546
8% Dislexia	403, 818
3% Problemas de lenguaje	151, 909
5% Otros problemas	252, 386

Cuadro 2. Población escolar en la República Mexicana.

Los resultados de esta investigación reflejan que el modelo médico seguía presente, al menos en lo que respecta al “diagnóstico”, a la atomización de los resultados y a la clasificación. Asimismo, se excluye la parte socio-afectiva de los menores, lo cual refleja la linealidad de su paradigma pues no contempla el fenómeno en su naturaleza multidimensional.

En la década de 1980, los servicios de Educación Especial se clasificaron en indispensables y complementarios, siendo los primeros espacios desvinculados de la educación regular y estaban dirigidos a niños y jóvenes con discapacidad, a

diferencia de la segunda clasificación, pues en los servicios complementarios se daba apoyo a los alumnos que presentaban problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta. Existían también los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP).

En el año 1993 se reformó el artículo 3 de la Constitución, entrando en vigor la Ley General de Educación donde el Estado tenía el compromiso de brindar una educación equitativa para todos, así como proporcionar los apoyos pedagógicos a grupos con requerimientos educativos específicos. En este mismo año se reorienta la educación especial a los Centros de Atención Múltiple (CAM), para atender a los niños que presentan problemas para desplazarse, de comunicación, conductuales, aprendizaje y de adaptación, esto en aras de que adquieran competencias que les permitan integrarse a la Escuela Primaria regular. Lo anterior se hizo con el propósito de combatir la discriminación, la segregación y el uso de etiquetas, además de reconocer el derecho de las personas a la integración social así como el derecho a la educación de calidad que promueva el máximo desarrollo (Plancarte, 2010; Cárdenas y Barraza, 2014). En este sentido cabría destacar que la hipocresía neoliberal se escuda tras estos “bellos” argumentos, pero en realidad desmanteló el sistema de educación especial y delegó en el maestro “normalista” la responsabilidad de integrar niñas y niños que por sus propias características no pueden desarrollarse en el aula regular de acuerdo con los criterios establecidos por el mismo sistema de educación regular. La presencia de un solo maestro (o un par de ellos) de USAER por plantel es una pretensión patética de que puedan atender eficientemente a una población que exige recursos materiales y humanos que rebasan las posibilidades de los planteles de educación regular, forzando de esta manera –dada su ineficiencia- indirectamente a los padres de familia de niñas y niños con alteraciones del desarrollo a buscar atención especializada para sus hijos en el sector privado, teniendo –por supuesto- que pagar por ella un costo económico que muy pocas familias de la clase trabajadora se pueden permitir sin afectar seriamente su ya de por sí precaria situación económica (y anímica).

Se adopta el concepto de necesidades educativas especiales, posteriormente en 1994 con la Declaración de Salamanca se reafirma el principio de educación para todos y se propone que los niños y niñas con N.E.E., sean integrados desde el principio en los planes nacionales y locales, que las escuelas estén abiertas a todos los niños y niñas y que las escuelas sean medios pedagógicos agradables y estimulantes. A partir de esta declaración, México define que un niño con N.E.E., es aquel que, en comparación con sus compañeros de grupo, tiene dificultades para el aprendizaje de los contenidos establecidos en el currículo, por lo cual requiere que se incorporen a su proceso educativo más recursos diferenciados para que logre los fines y objetivos educativos relacionados a su formación escolar (Plancarte, 2010). Dado que esta definición queda enmarcada en el ámbito pedagógico, es entendible su simplicidad y disyunción, pues no hace referencia a las demás dimensiones afectadas en un caso con alteración en el desarrollo, además de que la estrategia a seguir se limita a recursos pedagógicos y no a brindarle atención médica y psicológica para superar su dificultad para aprender.

A comienzo del siglo XXI, en México está presente un sector de la población que no tiene acceso a la educación básica o deserta de ella, tal como los niños en situación de calle, los indígenas u originarios, y habitantes de las zonas rurales aisladas, así como la población con algún tipo de discapacidad o alteración en el desarrollo (Plancarte, 2010), los cuales requieren educación especializada, adecuada y contextualizada a las necesidades propias y a las de su contexto y que no intenten normalizarlos al resto de la población, sino respetar su individualidad.

Dado lo anterior, se estableció el Programa Nacional de Educación 2001-2006 con el fin de alcanzar justicia educativa y equidad, tratándose de garantizar el derecho a la educación expresado como la igualdad de oportunidades para el acceso, la permanencia, y el logro educativo de todos los niños en educación básica.

Los señalamientos anteriores ponen de manifiesto las diferencias entre la conceptualización y el trato que reciben las personas *diferentes* dependiendo del contexto en el que nos encontremos y del marco teórico utilizado, teniendo implícito en sus conceptos la idea de curar o arreglar a la persona con alteración en el

desarrollo. Es evidente que se ha tratado de reducir a un solo factor la etiología de la alteración en el desarrollo: conducta, inconsciente, interacciones sociales, etc. Este tipo de reduccionismo hace insuficiente cualquier tipo de intervención, pues al reducir todos los casos con alteración en el desarrollo a una sola de sus dimensiones quedan limitados o ajenos a las demás dimensiones involucradas, con lo cual no se trabaja de una forma compleja, aproximándose a las diferentes dimensiones involucradas en el desarrollo de éstos, sino limitándose sólo al **nivel de acción** que cada teoría permite.

Desde el enfoque complejo de la Metapsicología de Contextos no vemos posible la reducción a un solo factor que explique la alteración en una persona, ya que aunque sea una alteración puntual y específica, ésta repercute en varios aspectos o dimensiones de la vida de la persona, es decir, afecta de manera multidimensional a toda la persona, a su familia e incluso a su comunidad y nación, es decir hay efectos a nivel micro, meso y macro contexto. Partiendo de esta consideración, en el siguiente capítulo abordaremos específicamente el enfoque de la Complejidad aplicado al ámbito de la educación especial.

2. Metapsicología de contextos y ciencias de la complejidad en el ámbito de la educación especial

En el campo de la psicología existen múltiples teorías que abordan fragmentos de la conducta humana en función de sus límites y alcances paradigmáticos. Es así que cada perspectiva teórica aborda diferentes aspectos de la psicología humana, desde la conducta, el inconsciente, el contexto sociocultural de la persona, etc Alcaraz (2008).

En este sentido, es necesario mencionar que cada teoría psicológica aborda al ser humano de una manera específica y que cada una ha sido concebida en contextos geográficos, culturales e históricos particulares, por lo que se debe tener precaución al momento de interpretar la realidad desde una teoría que tomemos como referencia y cuyo origen socio-cultural sea distinto al nuestro, ya que fueron diseñadas conforme a propósitos ajenos a Latinoamérica, que es multicultural y con una condición bicivilizacional. Por lo mismo, dichas teorías extranjeras tienen límites culturales y conceptuales que dificultan su aplicación al contexto mexicano, por lo que es necesario *contextualizar* las teorías, es decir, ubicarlas en el contexto cultural del que provienen, re-posicionarlas en la civilización a la que pertenecen y confrontarlas con los últimos avances filosóficos, epistemológicos y aplicados de los que se pudieran desfasar; lo que le permitirá a cada teoría perfeccionarse, reelaborarse y reflexionarse en todos los ámbitos, con lo cual se potenciará su desarrollo a gran escala y desde sus propias perspectivas de análisis (Lara, 2012).

Dada la diversidad de teorías que existen en la psicología, es necesaria una articulación metodológica entre ellas, -más que descalificar una u otra-, todo esto en aras de brindar un mejor servicio psicológico a los usuarios del servicio de Educación Especial y avanzar como disciplina. Puesto que hacer uso de una sola rama de la psicología hace que nos mantengamos en la comodidad de la parsimonia y en el sector específicamente abordado de la realidad, empero, dado que ésta no es simple, estática, ni lineal, necesitamos hacer uso de otros marcos teóricos a nuestro alcance, o bien proponer nuevas teorías que superen la linealidad de las ya

existentes y que respondan a los problemas de nuestro contexto multicultural abordando dimensiones de la realidad que las teorías actuales no pueden ver y por ende, tampoco estudiar ni atender profesionalmente.

Sin embargo, no se debe pensar que esta propuesta de hacer uso de diferentes marcos teóricos es tan simple, puesto que en el ejercicio de contextualización las y los psicólogos debemos identificar qué herramienta teórica es la que nos resulta útil en cada caso –así como el sustento filosófico de tal herramienta-. Lo anterior es de suma importancia, puesto que en el ámbito de la educación especial no hay dos *padecimientos* iguales, ya que estos se construyen en cada individuo de manera particular, vinculados a su contexto bio-psico-social, por tanto requieren de una terapia especialmente diseñada para cada uno.

2.1. Metapsicología de contextos

En este contexto, Alcaraz (2014) junto con un grupo de docentes del área de Educación Especial de la FES Iztacala proponen una revolucionaria metodología que intenta ir más allá de la hegemonía teórica de la tradición conductista que caracterizó por décadas a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, promoviendo así un cambio curricular que abriera espacio a las diversas tradiciones teórico-metodológicas que co-existen en el campo de la Psicología para aproximarnos de formas novedosas a la compleja realidad que enfrentamos las psicólogas y psicólogos en México.

Esta propuesta nace justo en el ámbito de la educación especial donde las problemáticas que se enfrentan son tan variadas y complejas que se precisa de un enfoque complejo para abordarlas. De esta necesidad teórico metodológica nace la propuesta de incluir a las Ciencias de la Complejidad y a la Metapsicología de Contextos (MPC), como una opción formativa y metodológica para la atención de personas con N.E.E.

Lara (2012) explica lo que es la MPC, exponiendo que en relación con el prefijo “meta”, ésta es una psicología de segundo orden que da cuenta de las corrientes psicológicas ubicadas en un primer orden de observación, es decir, la

metapsicología es una psicología de las psicologías actualmente instituidas. Con esta conceptualización se tiene una visión de la realidad multidimensional en sus procesos y se distinguen distintos niveles de construcción, acompañados de sus correspondientes niveles de abstracción y de observación. Como consecuencia, existen observaciones de primer, segundo, tercer o “*n*” orden. Además, el observar a la realidad y “observar cómo se observa a la realidad” no se presentan en abstracto, de un modo impersonal, acultural ni acivilizacional, sino que estas operaciones se dan en un *locus* específico, sea personal, cultural o civilizacional; por lo que hay que observar y al mismo tiempo hay que “observar la observación”.

En este sentido, hay que considerar *quién* realiza la observación³ y observar desde qué civilización se llevan a cabo estos procesos; es por ello que se incorpora el rubro de “contextos” en el nombre de este marco interpretativo, pues se refiere al ámbito civilizacional que es inseparable de cualquier observación.

Alcaraz (2012), expone que la MPC es en principio un “marco interpretativo” de la realidad, construido en un espacio de reflexión teórica, filosófica y metodológica – para trascender las teorías extranjeras, sin desechar sus aportes pero construyendo conocimiento propio-, el cual afirma explícitamente que nuestra interpretación de la realidad psíquica está afectada -condicionada- por nuestro contexto civilizacional.

Para la MPC, el ser humano es una *unitas multiplex* que integra en una unidad funcional e indivisible lo biológico y lo social para dar lugar a una emergencia con propiedades cualitativamente distintas a las de los elementos que la integran: lo psicológico. El concepto de lo psicológico en este marco interpretativo, lo caracteriza como un proceso dinámico, continuo y dialógico, en el que el comportamiento de una persona (u organismo animal) es construido en la experiencia ontogenética contextualizada, es decir, en la vivencia en un contexto dado, del cual y en el cual adquiere su significado y sentido.

³ Hace referencia al “sujeto epistémico”, tomando en cuenta que éste no es cultural ni epistemológicamente homogéneo.

Sin afán de consolidarse como la única o mejor teoría psicológica, la MPC pretende dejar de lado la competencia interteórica en aras de construir colectivamente conocimientos que incluyan y articulen la diversidad de aportaciones que se han hecho y continúan haciendo desde las diferentes teorías psicológicas, aunado al hecho de considerar parte indispensable de su campo de estudio a las estructuras conceptuales, lógicas, epistemológicas, filosóficas y paradigmáticas que subyacen a las teorías y a sus creadores.

Desde este marco interpretativo se pretende relacionar el conocimiento con el contexto civilizacional en el que fue generado y el modo en que fue construido con el propósito de conocer sus alcances y límites paradigmáticos; para esto se requiere una epistemología que supere la lógica lineal y unidimensional de las teorías europeas –y norteamericanas-, desarrolladas con base en el paradigma de la modernidad, considerando a su vez a la propia epistemología como parte de su objeto de estudio (Lara, 2012).

Asimismo, superando la linealidad de las psicologías unidimensionales⁴, en la MPC se incluye el *objeto de observación*, el observador mismo, su modo de observar, su manera de construir conocimiento, el impacto que el *objeto de observación* tiene en el observador y el contexto civilizacional en el que se observa, resultando así una “metaobservación” que romperá con la linealidad a la que estamos habituados –condicionados-, y dará paso a la recursividad⁵, al mismo tiempo se superará la unidimensionalidad para dar paso a la multidimensionalidad⁶ de la realidad de la cual somos constructores y productos.

Para superar la limitación de abordar sólo una dimensión de la realidad como las psicologías adscritas al paradigma de la modernidad, la MPC concibe a lo

⁴ Por unidimensional nos referimos a la interpretación de la realidad considerando solamente una dimensión de ésta, separándola de todas las demás.

⁵ Proceso en el que un elemento es al mismo tiempo productor y producto, tal como los seres humanos somos productores de nuestra sociedad y a su vez somos producto de ella.

⁶ Dimensión es una categoría referida a cualquier aspecto mensurable de la realidad, con base en la cual organizamos nuestra percepción y le damos sentido. La multidimensionalidad es una metacategoría que reconoce que nuestra realidad está constituida simultáneamente por múltiples dimensiones, tanto físicas como conceptuales.

psicológico como un fenómeno complejo, integrado irremisiblemente por múltiples dimensiones y que no se puede comprender con base en el principio de simplificación-reducción-disyunción utilizado por la ciencia clásica.

2.2. Complejidad y pensamiento complejo

La finalidad de este apartado es la de dar un esbozo general del concepto *complejidad*, siendo imposible “definirla” puesto que esto resultaría contradictorio, contraproducente e incluso ficticio, ya que desde este paradigma se entiende que no es posible explicar exhaustivamente un sistema complejo (Ciurana, 2007); incluso es posible pensar que el buscar una definición de la complejidad sea producto del pensamiento del paradigma dominante de simplificación, en cual se funda en la ontología del absoluto, de la verdad única, puesto que tal como lo menciona Hernández (2012), la complejidad se trata de un asunto de múltiples aristas ante el cual ya no se puede hablar de *la verdad* sino de *las verdades*. Siendo así que para Morín (1990) la complejidad no es algo definible de manera simple para ocupar el lugar de la simplicidad; más bien hace referencia a la complejidad como una palabra *problema* y no una palabra *solución* que conduce a la eliminación de la simplicidad, pues aunque la complejidad surge donde el pensamiento simplificador falla, ésta integra, dentro de sí, todo aquello que pone en orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento. Mientras que el pensamiento simplificador desintegra la complejidad de lo *real*, el pensamiento complejo integra, lo más posible, los modos simplificadores de pensar cuyas características reduccionistas y unidimensionales se toman como reflejo de la realidad (Rueda, 2007).

Bajo el entendido que es insensato realizar una definición concreta y absoluta de la complejidad, es posible describir los conceptos clave que permiten abordar el tema de la complejidad. En primera instancia el término complejidad proviene del latín *complexus* que significa “entrelazar”, asimismo esta palabra proviene de *complectere*, cuya raíz *plectere* significa “trenzar” o “enlazar”. El término remite al trabajo de la construcción de cestas que consiste en trazar un círculo uniendo el principio con el final de las ramas. El agregado del prefijo “com” añade el sentido de

la dualidad de dos elementos opuestos que se enlazan íntimamente, pero sin anular su dualidad (Roger, 2007).

Actualmente, el concepto complejidad es explicado por Edgar Morín como un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente unidos, que se vinculan mediante la paradójica relación de lo *uno* y lo *múltiple*. Asimismo, ese tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares que constituyen el mundo de los fenómenos reales, constituye un conjunto afectado por principios globales tales como el hologramático, recursivo, dialógico, entre otros. Lo anterior implica que una descripción adecuada de la complejidad deja fuera el análisis que separa el todo de las partes más simples que lo conforman, es decir, reduciendo la complejidad cualitativa a la simplicidad cuantitativa. Es por esto que según Morín, los problemas complejos exigen un tratamiento holístico, interdisciplinario, que se sitúa en las fronteras transdisciplinarias (Ibáñez, 2009).

Es así que la teoría de la complejidad ha de entenderse como el esfuerzo científico por comprender el universo como un todo, más que como la suma de sus partes, como un paradigma dedicado a buscar conexiones entre muchos y variados esfuerzos de investigadores que trabajan en múltiples disciplinas.

2.2.1. Características del pensamiento complejo

Para comprender el problema de la complejidad, explica Morín (1990), hay que saber que hay un paradigma de simplicidad o pensamiento simplificador, el cual es descrito con las siguientes características:

1. Analítico-abstractivo: El todo es separado en sus partes, para después abstraer los elementos comunes (formales o abstractos), en detrimento de lo particular-concreto y de lo integral organizativo.
2. Reductivo: La complejidad cualitativa integral se reduce a los elementos cuantitativos más básicos o simples, en detrimento de las propiedades emergentes del nivel superior de organización.

3. Disyuntivo: Los opuestos se excluyen como contradictorios, en detrimento de la unión y complementariedad del todo. Este principio constituye una regla de *separación* (Ibáñez, 2008).

En este sentido, éste paradigma pone orden en el universo y persigue al desorden. El orden se reduce a una ley, viendo solamente a lo uno y a lo múltiple, pero incapaz de ver que lo Uno puede -al mismo tiempo- ser Múltiple. Es así que el paradigma de la simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción).

Aunado a lo anterior, el pensamiento moriniano apunta que los modos simplificadores de conocimiento anulan más de lo que expresan de aquellas realidades o fenómenos de los que intentan dar cuenta, sin obviar el hecho de que han sido una forma de conocimiento que ha dado numerosos resultados, además que se ha aplicado durante años y la hemos tomado como la única vía de conocer, hasta el momento.

La alternativa de Morín al paradigma de la simplificación–disyunción-reducción-exclusión, es pensar de manera *metalógica*, es decir, una racionalidad abierta, multidimensional, evolutiva, sin dejar de lado la simplificación, más bien integrándola en el pensamiento complejo, o en palabras de Morín:

“El pensamiento es el arte de navegar entre confusión y abstracción, el arte de distinguir sin aislar, es decir, hacer que se comunique lo que está distinguido. La distinción requiere la conexión, que requiere a su vez la distinción, etc. No están jerarquizadas la una a la otra... En este sentido los procedimientos de la simplificación forman parte del pensamiento complejo, tanto como este segrega los antídotos contra la simplificación... Lo importante es saber permanentemente, acordarse de que simplificamos por razones prácticas, heurísticas y no para extraer la quintaesencia de la realidad” (Morín, 1982, pp. 43).

El mismo autor propone -además- pensar la historia como hecha de múltiples historias, de múltiples vías que convergen en una humanidad en la que la diversidad

y la *relacionalidad* podrían estar antes de la normalización u homogeneidad; es decir, pensar en términos multidimensionales aquello que entendemos sólo por vías lineales, absolutas, reduccionistas, excluyentes.

Por su parte, el pensamiento complejo surge como una reacción al pensamiento atomista, antropocéntrico y reduccionista de la tradición positivista, que genera cambios en la visión de la ciencia y del ser humano (Cárdenaz y Rivera, 2004). Este pensamiento complejo presenta ciertos principios según Morín (En Ibáñez, 2008) los cuales son:

- **Sistémico u organizacional:** relaciona el conocimiento de las partes con el conocimiento del todo y viceversa. El todo es más y a la vez menos que la suma de sus partes constitutivas; es más porque a nivel sistémico global surgen propiedades que emergen sólo en este nivel organizacional, es menos porque en dicho nivel se pierden algunas propiedades de sus partes constitutivas. La organización sistémica del todo inhibe algunas propiedades locales, a la vez que genera otras propiedades generales. Hay retroalimentación organizacional (tanto positiva como negativa) del todo sobre las partes y viceversa. Los sistemas complejos que se rigen por este principio sistémico poseen *propiedades emergentes* en distintos niveles que se auto-eco-organizan en una relación de autonomía-dependencia respecto al medio ambiente.
- **Hologramático:** Se refiere a cierto isomorfismo o identidad estructural entre las partes y el todo; cada parte posee la misma forma que el todo y el todo posee la misma forma que cada parte. La hologramaticidad en teoría de complejidad se vincula estrechamente a la fractalidad en la teoría del caos, ya que la estructura fractal de los atractores caóticos deterministas (denominados extraños) posee la propiedad de invariancia de escala que supone el isomorfismo estructural.
- **Retroactividad:** las causas actúan sobre los efectos y los efectos retroactúan sobre las causas, imponiendo una circularidad que rompe con la linealidad causa-efecto que caracteriza al pensamiento simplificador. Lo que se

denomina “bucle retroactivo” produce tanto la auto-organización como la retroalimentación positiva y negativa; con dicha circularidad se logra la autonomía del sistema.

- **Recursividad:** este principio va más allá de la retroactividad, pues en estos procesos los productos son necesarios para la propia producción del proceso mismo. La propia dinámica autoorganizacional es a la vez autoproductiva. Es proceso se reproduce o itera a sí mismo, aunque se sostiene en relación de autonomía-dependencia con respecto al medio.
- **Dialógico:** es el principio opuesto al principio disyuntivo del pensamiento simplificador; según éste los opuestos no se excluyen sino que se complementan. Los sistemas complejos poseen una organización complementaria-concurrente-antagonista de sus elementos, que son a la vez opuestos pero necesarios.
- **Autoimplicación:** es la reintroducción del sujeto epistémico en el objeto del conocimiento; el sujeto cognoscente no “refleja” la realidad, la “traduce” en un determinado lenguaje simbólico particular más o menos preciso, pero que nunca es copia fiel de la realidad, sino la traducción simbólica, creación lingüística, lo que no significa que el lenguaje científico sea una mera construcción ficticia que no guarda relación alguna con los hechos reales. La traducción no es literal, sino metafórica, pero tampoco es pura invención lingüística que no se corresponda con la realidad. El sujeto que diseña estos lenguajes no está “excluido” sino “incluido” en el objeto de conocimiento. La reintroducción del sujeto en el conocimiento lo reinserta como *conceptuador-observador-estratega*. El sujeto está inmerso en la realidad que conceptualiza creando lenguajes simbólicos particulares, un diseño lingüístico que traduce lo real. Su rol es activo, creador; asimismo hay una “objetividad situada”, pero de ningún modo es la pretendida objetividad universal atemporal que sostenía la ciencia moderna y el determinismo clásico.

- **Autonomía-dependencia:** según este principio, los sistemas auto-eco-organizados como los seres vivos, son sistemas abiertos desde el punto de vista termodinámico, por lo que mantienen su autonomía relativa respecto al medio, pero en dependencia del ecosistema al cual pertenecen, intercambiando flujo de materia, energía e información con el entorno, la autonomía organizacional se logra por y no sin las dependencias.

Estos conceptos son necesarios en el estudio del ser humano puesto que éste es el sistema más complejo que se conoce. En este sentido, la psicología puede beneficiarse del pensamiento complejo y así trascender la linealidad en la que se encuentra (Ginger y Ginger, 1993), es decir, podemos construir una psicología compleja o de segundo orden, esta es la pretensión de la MPC.

2.3. Metapsicología de contextos en el ámbito de la educación especial

Rosete (2012) menciona que las teorías psicológicas derivadas del paradigma de la modernidad son unidimensionales, interpretando la realidad sólo con una dimensión de ésta, sin embargo, la MPC intenta superar esta limitación paradigmática, ya que concibe la realidad como algo complejo integrado por múltiples dimensiones a las que se pretende tener en consideración al tratar de conocer la realidad.

De acuerdo a lo anterior, Alcaraz (2014) argumenta que la complejidad de los casos que se atienden en el ámbito de la educación especial se hace evidente por el número de personas afectadas por alteraciones del desarrollo que se manifiestan en los distintos tipos de discapacidad que observamos en la clínica (CUSI), por la variabilidad del grado en que tales discapacidades los afectan y por la forma en que la percepción y el trato social de la discapacidad cambia de acuerdo con las características del contexto histórico-geográfico en el que tales personas se encuentran.

Una de la característica más notables de esta complejidad radica en que siempre afecta a dos cuerpos o más: el de la persona en quien se señala la presencia de alguna alteración del desarrollo y el de aquella persona (o personas) que la señala (y que nunca es el afectado mismo); ya sea la madre, el padre o ambos (Mannoni,

1990). Por esta característica es que nos referirnos a ellos como “casos” y no como “el paciente”, término insuficiente en este ámbito pues abre una pregunta incómoda: ¿quién –de las personas que demandan nuestro servicio- es el paciente? (Alcaraz, 2014, Rosete, 2012).

Si a esto agregamos que la mayoría de estos casos no tienen cura y que sólo pueden ser tratados para minimizar las múltiples problemáticas que los aquejan, comprenderemos porqué es precisamente en el área de Educación Especial y Rehabilitación y no en otra, en dónde surge la propuesta de recurrir a las ciencias de la complejidad como una opción formativa para las psicólogas y psicólogos interesados en éste ámbito.

Ante esta situación, la MPC considera que el estudio del desarrollo infantil –y cualquier fenómeno psicológico- debe explicitar el contexto en el que este desarrollo se da y quiénes son los personajes que participan en él (incluido el protagonista), ya que el contexto define el desarrollo

2.3.1. Método complejo de la MPC

Éste método, propuesto por Lara (2012), cual consiste en una estrategia que se apoya en segmentos programados de acción que son revisables en función de la *dialógica* entre las estrategias y la práctica misma. La característica central de éste método complejo es que es programa y estrategia al mismo tiempo, ya que por un lado el programa constituye una organización predeterminada de la acción, efectúa la repetición de lo mismo y necesita condiciones estables para su ejecución; mientras que la estrategia realiza inversiones y desvíos, es abierta, evolutiva, afronta lo imprevisto e innova al momento. En acción recursiva y retroactiva, ambos se oponen y se complementan. Este método es el que dirige la acción terapéutica, pero no en abstracto, sino desde un *contexto específico*, el cual está constituido por dos ámbitos: el contexto personal⁷ del terapeuta y de las personas involucradas en

⁷ Historia personal, identidad étnica y de género que lo prefigura y lo estructura de manera ortogonal (no visible), contexto socio-cultural.

el caso, y el contexto en el que se expresa la metodología, es decir, el sistema de ideas en el que se inserta y al que se debe la psicología.

En este sentido el método que se usa en MPC es aplicado con la intención de describir y comprender las formas en que se construyen, estructuran y operan unidualmente los procesos psicológicos y corporales en los casos de alteraciones en el desarrollo (Yontef, 1995); sin olvidar que estos mismos procesos también operan en el psicólogo cuando éste construye estrategias, métodos y técnicas para trabajar con tales casos, es decir, no es ajeno a los mismos procesos que estudia, se es cuerpo, “mente”, racionalidad, historia y contexto, puesto que somos seres complejos y multidimensionales, donde todas estas dimensiones pueden operar simultáneamente (Rosete, Alcaraz y Nieto, 2012)

Asimismo, el método complejo de la MPC implica en primera instancia:

- a) Conocer el contexto en el que se hace cualquier afirmación o acción, esto para entender el significado de la misma (Alcaraz, 2012).
- b) Entender que el terapeuta está implicado en el caso, junto con la persona que pide la atención y la persona a la que se le brinda ésta.
 - b.1) Tener presentes los microprocesos de la persona en su condición multidimensional (física, química, biológica, psicológica, percepciones, lenguaje, pensamientos, cogniciones, comportamientos, etc.).
 - b.2) Tomar en cuenta los mesoprocesos, conformados por la vida familiar, social, económica, política, cultural, ética, estética, etc.
 - b.3) Elucidar el magnoproceso de las personas implicadas en el caso, es decir, clarificar la función de la dimensión civilizacional (Rosete, 2012) o bi-civilizacional.
- c)⁸Evaluar el caso y determinar, de manera congruente las necesidades del mismo, categorizándolas en dimensiones y subdimensiones.

⁸ Estos apartados son propios de la propuesta de esta tesis: el método multidimensional contextualizante.

d) Ubicar las dimensiones y subdimensiones que impacten directamente al caso en el esquema de los cuatro movimientos (ver figura 1), para finalmente determinar el **campo de acción** en el que podremos trabajar.

Con base en lo anterior, retomaré los principios del método complejo de la MPC para desarrollar mi propuesta de un método multidimensional contextualizante.

3. CONSIDERACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE UN MÉTODO DE INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL

La propuesta de diseñar un método⁹ de intervención que se adecúe a las características y necesidades contextualizadas de los diversos casos de educación especial que se presentan en la clínica universitaria de la salud integral (CUSI) de las FES Iztacala, pretende dar respuesta al planteamiento del problema fundamental que enfrentamos en el ámbito de la educación especial referente a la carencia de un método, técnicas¹⁰ y tecnologías¹¹ adecuadas que nos permitan abordar desde una perspectiva compleja las diversas problemáticas que observamos en cada caso de desarrollo alterado.

En este sentido, la primera consideración que debemos tener en cuenta para construir un método de intervención multidimensional, es diferenciar y categorizar los casos de desarrollo alterado con base en su complejidad y severidad para poder

⁹Del griego *methodos*, donde *meta* significa “con” y *odos* “vía” hace referencia, según Morín (1986, citado en Diesbach, 2005) al caminar, la vuelta al comienzo, experiencia donde se regresa transformado. Para este autor la palabra método no significa metodología, ya que ésta son guías *a priori*, que programan las investigaciones, mientras que el método es una ayuda a la estrategia, la cual comprende segmentos programados y necesariamente el descubrimiento y la innovación. La finalidad del método es pensar por nosotros mismos con el fin de responder al desafío que representa la complejidad de los problemas.

Asimismo, el método al que se refiere Morín (id) se opone a la concepción metodológica que reduce a recetas técnicas el devenir del investigador; a diferencia del método cartesiano inspirado en el paradigma de orden, claridad, distinción, disyunción, excluyendo el desorden, lo oscuro, las comunicaciones, el sujeto, la complejidad; se trata de unir lo que estaba dividido, este método parte de un principio de complejidad.

¹⁰ Con lo que respecta a técnica, esta se refiere al conocimiento y dominio de las reglas y prácticas de una actividad, la técnica de investigación científica según Rojas (2011) es un procedimiento típico, validado por la práctica, orientado generalmente –pero no exclusivamente- a obtener y transformar información útil para la solución de problemas de conocimiento en las disciplinas científicas. Toda técnica prevé el uso de un instrumento de aplicación; así, el instrumento de la técnica de “Entrevista” es el guión de entrevista. Asimismo, la técnica, ya sea cualitativa o cuantitativa, se relaciona con el método de investigación, con la teoría y con el sustrato filosófico que caracteriza a la investigación, siendo así que la técnica es una teoría, método y filosofía en acto; la técnica está vinculada a la decisión metodológica del investigador, a su perspectiva teórica y a su orientación filosófica.

¹¹ Según Bunge (1980), un cuerpo de conocimientos es una tecnología si y solo si es compatible con la ciencia coetánea y controlable por el método científico y se lo emplea para controlar, transformar o crear cosas o procesos naturales y sociales. Distingue ramas de la tecnología, como las materiales, sociales, cognitivas y generales. En este sentido Vargas (2002) menciona que la tecnología es el empleo de los conocimientos básicos de la ciencia adaptándolos a requerimientos sociales concretos, conjugándose en la mayoría de los casos con elementos tecnológicos de otras disciplinas.

elegir la estrategia de intervención más adecuada a las características de cada uno, tal como se muestra en el cuadro 3.

Severidad del caso		Complejidad del caso		
		Primer orden	Segundo orden	Tercer orden
Leve		A)	B)	C)
Moderado		Una	Varias	Todas las
Severo		dimensión afectada.	dimensiones afectadas.	dimensiones afectadas.

Cuadro 3. Esquema categorial básico.

Como señalamos en el capítulo 1, en el ámbito de la educación especial podemos distinguir -con base en su complejidad- casos simples o de primer orden, cuya alteración es puntual y sólo afecta una dimensión del desarrollo de la persona, por ejemplo los casos de articulación, sordera, bajo rendimiento escolar, etc. Por otro lado distinguimos los casos complejos o de segundo orden, en los que la alteración afecta dos o más dimensiones; finalmente distinguimos los de tercer orden, en los que la alteración del desarrollo es generalizada y afecta todas las dimensiones de la persona, como ocurre con en el síndrome de Down o la parálisis cerebral severa.

Por otro lado, la segunda consideración para elaborar nuestro método es categorizar las intervenciones en el ámbito de la educación especial en:

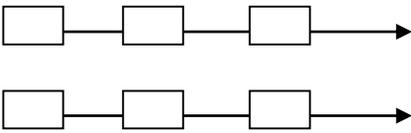
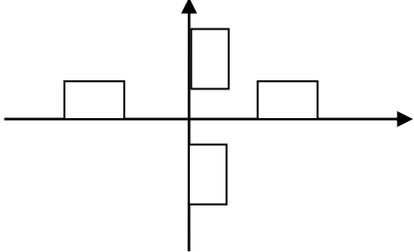
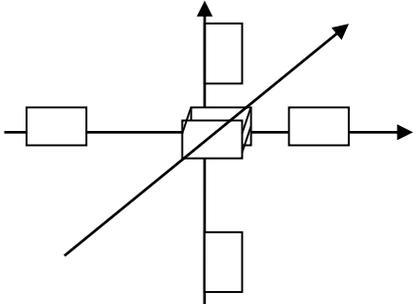
1) Intervenciones lineales: serie de acciones lineales fijas que inciden solamente en una necesidad de una dimensión del caso.

2) Intervenciones bilineales: serie de acciones lineales fijas que inciden concurrentemente en dos necesidades de una misma dimensión del caso.

3) Intervenciones multi-lineales: tres o más series de acciones lineales fijas que se combinan o interceptan en la misma dimensión para incidir en varios factores o necesidades del caso.

4) Intervenciones multidimensionales: serie de acciones estratégicas flexibles que se interceptan y ajustan creativamente “*in situ*” para trabajar simultáneamente con necesidades de diferentes dimensiones del caso.

El cuadro 4 ilustra esta categorización.

	<p>Intervención lineal Consta de una serie lineal programada de acciones y que sólo incide en una necesidad o dimensión del caso.</p>
	<p>Intervención bi-lineal Consta de una doble intervención lineal programada que incide en dos necesidades de una misma dimensión del caso. Ambos programas se aplican al mismo tiempo.</p>
	<p>Intervención multi-lineal Este tipo de intervención opera con dos programas lineales que se combinan en la misma dimensión psicológica sin trabajar otras dimensiones del caso.</p>
	<p>Intervención multidimensional Este tipo de intervención consta de un programa y una estrategia. El primero guía la acción, mientras que el segundo se ajusta creativamente al caso-campo. Trabaja simultáneamente con varias de las dimensiones implicadas en el caso.</p>

Cuadro 4. Categorización de las intervenciones en el ámbito de la educación especial en función de sus alcances.

La tercera consideración de esta propuesta se apoya en la MPC, a partir de la cual se reconoce la necesidad de hacer observaciones de las propias observaciones (metaobservaciones), así como la manera en que la o el profesional se auto-implica en el caso que atiende y cómo se afectan de manera recursiva.

La cuarta consideración de este método se refiere a la pertinencia de hacer una evaluación del caso, categorizando la información observada con base en el cuadro de dimensiones propuesto por Rosete (2012) haciendo algunas propuestas al mismo. Al evaluar el caso y categorizar la información en dimensiones y subdimensiones se podrán identificar sus necesidades y con base en ellas se elegirá –posteriormente- la estrategia de intervención más adecuada en función de su contexto (ver cuadro 5).

Dimensiones identificadas en los humanos	Sub-dimensiones o componentes
Dimensión física	Peso Altura
Dimensión química	Elementos Mezclas Proteínas Células
Dimensión biológica	Tejidos, órganos, aparatos, sistemas. Emociones, reflejos, sistema nervioso, fisiología, etc.
Dimensión psicológica	Aprendizaje, percepción, sentimientos, etc.
Dimensión social	Familia, comunidad, nación, civilización

Dimensiones y sub-dimensiones a trabajar de acuerdo a la necesidad del caso

Al menos una biológica
Al menos una psicológica
Al menos una social

Cuadro 5. Dimensiones y sub-dimensiones implicadas en un caso de E.E.

Una vez que la información de la evaluación se haya vaciado en el cuadro de dimensiones y sub-dimensiones, aquellas en las que se ubiquen las necesidades del caso se ubicarán en el esquema de los cuatro movimientos (ver figura 1), para determinar el **campo de acción** en el que se podrá trabajar.

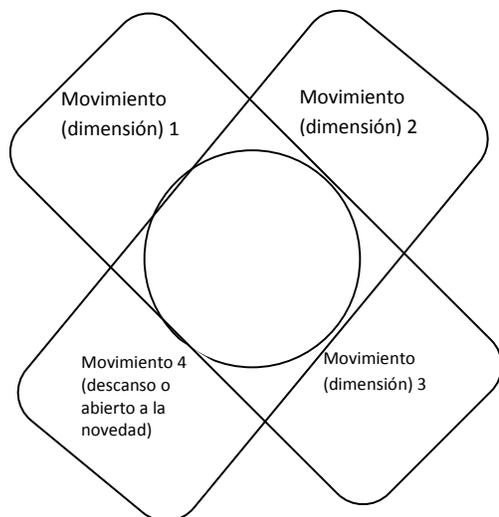


Figura 1. Esquema de los cuatro movimientos para determinar el campo de acción.

La quinta consideración del método propuesto es que el diseño de la estrategia-programa de intervención complejo, debe explicitar los recursos teóricos y técnicos que demanda el caso; es decir identificar las necesidades en diversas dimensiones (las cuales pueden ser obvias, borrosas y ortogonales¹²) de éste para después abordar el caso desde un enfoque complejo y diseñar una estrategia de intervención de carácter multidimensional (Ver cuadro 6).

¹² Obvio: Aquellos procesos del caso que son evidentes, la conducta manifiesta.

Borroso: Proceso del caso que no es perceptible claramente.

Ortogonal: Procesos del caso que no son visibles sino mediante un meta-análisis de sus efectos en el campo.

Observación de lo:	Dimensión a la que pertenece la necesidad observada	Tipo de enfoque	Campo de acción
Obvio: Bajas calificaciones en la escuela.	Psicológica: Aprendizaje y conducta agresiva	Complejo	Las dimensiones que se abordarán en el caso son: Biológica: Programa para modificar los hábitos de alimentación. Psicológica: Programa de hábitos de estudio; Programa de control de la atención; Psicoterapia para afrontar el duelo. Psico-social: Intervención familiar.
Borroso: Dificultad para concentrarse en clase.	Psicológica: Atención		
Ortogonal Dieta inapropiada y problemas de sueño	Biológica: Nutrición. Fisiológica: Sueño		

Cuadro 6. Matriz para determinar los recursos teóricos y tecnológicos. Ejemplo.

La sexta consideración que debemos tener en cuenta con este método es que no basta con identificar en general las dimensiones en las que observamos procesos de desarrollo alterado, sino que es necesario que en cada sesión de trabajo con el caso, se debe identificar la necesidad dominante del momento en particular, vinculándola con las necesidades generales identificadas y los procesos alterados detectados en la evaluación; consecuentemente el método y las técnicas a utilizar en la sesión deberán ser congruentes con la necesidad del momento, pero sin olvidarse del contexto-proceso general del caso.

Finalmente, la séptima consideración es que la estructura de las sesiones de este método tendrán una estructura flexible, basada en el modelo gestáltico del ciclo de la experiencia, el cual consta de las siguientes fases: motivación, sensación, formación de la figura, movilización de la energía, acción, contacto y retirada (Baumgardner, 2006; Goodman, Hefferline y Perls, 2006).

A su vez, las sesiones se organizarán con base en el modelo de los cuatro movimientos, intentando trabajar con al menos tres de las dimensiones del caso. En el siguiente diagrama ilustra esta organización con un ejemplo:

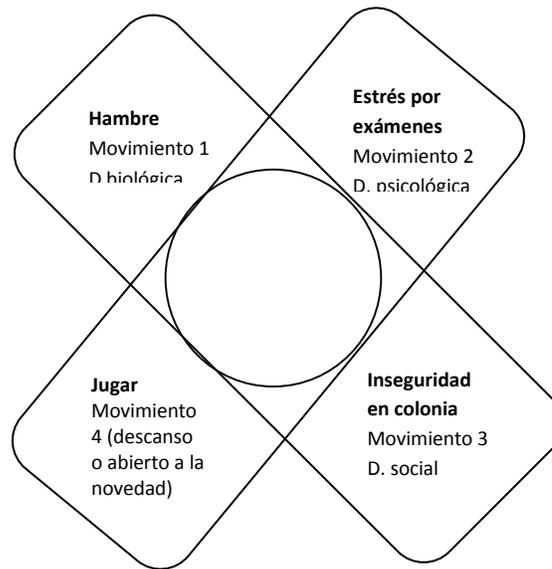


Figura 1. Esquema de los cuatro movimientos para determinar el campo de acción.

En el cuadrante del primer movimiento se colocará la necesidad dominante de la sesión en particular, en este caso “hambre” (la cual es un proceso que es propio de la dimensión biológica); teniéndola en cuenta se propondrán los objetivos de esa sesión, vinculándolos con la necesidad del segundo movimiento, en este caso controlar el estrés que genera el periodo de exámenes (que es propio de la dimensión psicológica) y la correspondiente al tercer movimiento, o sea el ambiente de inseguridad que se vive en la colonia (que corresponde a la dimensión social) e inmediatamente se analizarán los recursos disponibles para cumplir tales objetivos (por ejemplo: alimentos y bebidas, acceso a internet para checar las noticias referentes a la seguridad pública, etc. Ver tabla 1).

Necesidad dominante	Objetivos de la sesión	Recursos disponibles
Movimiento 1: Hambre (Dimensión biológica)	Que el niño consuma alimento para mantener su SNC en condiciones adecuadas de energía.	Alimentos y bebidas.
Movimiento 2: Estrés por exámenes. (Dimensión psicológica)	Que el niño aprenda herramientas de estudio para mejorar su desempeño. Lograr reducir el nivel de estrés.	Guías didácticas de estudio. Aprendizaje lúdico. Técnicas de relajación.
Movimiento 3: Inseguridad en la colonia. (Dimensión social)	Que el niño comprenda y reconozca las condiciones sociales que generan la inseguridad para aprender a prevenirla.	Juego de roles para comprender el riesgo de su contexto comunitario y los medios a su alcance para controlarlo.
Movimiento 4: Retiro o recuperación.	Cierre la sesión con un breve resumen.	Descanso o juego.

Tabla 1. En las sesiones se trabajará máximo tres *movimientos*, quedando abierto un cuarto movimiento para la recreación o descanso del niño.

Cada sesión incluirá un encuadre¹³ con el niño y su madre, para construir y mantener una relación terapéutica basada en la confianza recíproca entre los participantes. Luego se implementarán las técnicas para satisfacer la necesidad dominante del momento particular y del proceso en general; finalmente se procederá al cierre o retiro de la sesión mediante un resumen o recapitulación de lo vivido en la misma. Las sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

Inicio	Encuadre
Desarrollo	1) Preguntas de apertura, 2) preguntas específicas, 3) Intervención
Cierre	Resumen de la sesión, aclarar dudas, encomendar tareas y acordar plan de trabajo para la siguiente sesión.

Tabla 2. Estructura de las sesiones.

¹³ Contextualizar a las personas sobre el tiempo, lugar y actividades para la sesión.

Si después del trabajo programado emerge otra necesidad del caso y el tiempo disponible y los recursos del contexto lo permiten (tiempo-caso-terapeuta) se procederá a trabajar de la misma forma, tal como se muestra en el siguiente diagrama (Figura 2):

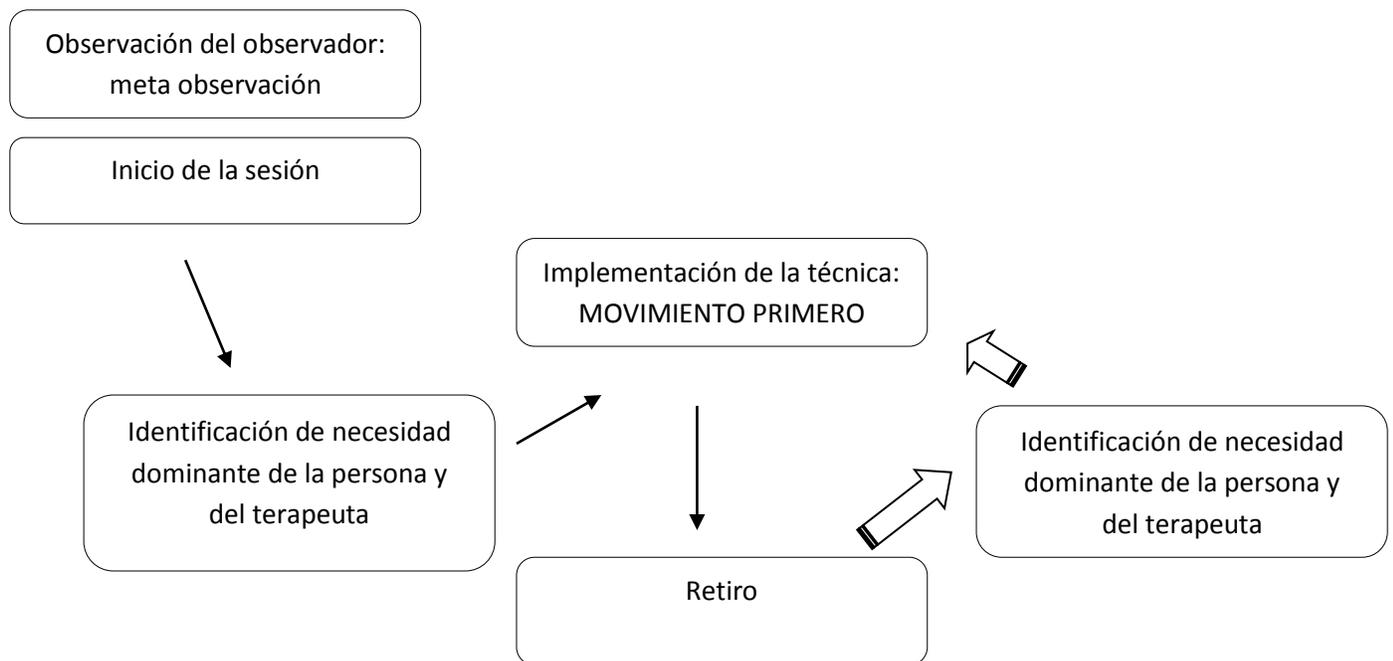


Figura 2. Organización y estructura flexible de las sesiones de trabajo.

Este método estará abierto al ajuste y re-aplicación, pues los casos no son estáticos sino constantemente cambiantes, por lo que será necesario revisar constantemente el programa para adaptarlo a las nuevas situaciones que se presenten en el contexto de la sesión o del proceso en general; es decir, se auto-reorganizará recursivamente.

En el siguiente capítulo se expondrá cómo se aplicó el método propuesto a un caso concreto de alteraciones en el desarrollo.

4. APLICACIÓN DEL MÉTODO MULTIDIMENSIONAL CONTEXTUALIZANTE

En el año 2014 como parte de la materia Psicología Aplicada Laboratorio V se me asignó un caso de Educación Especial para trabajar en la Clínica Universitaria de la Salud Integral; sus características personales y la complejidad de su problemática rebasaron los alcances del marco teórico institucional de la práctica que realicé con él, siguiendo un enfoque multilíneal: conductual e histórico cultural con interpretaciones psicoanalíticas, lo cual resultó en una intervención con poca estructura pero que promovió mi interés en diseñar un método que superara estos límites metodológicos y me permitiera abordarlo de una manera más comprehensiva y efectiva. Esta posibilidad se concretó en el presente trabajo de tesis utilizando el enfoque de las Ciencias de la Complejidad y la Metapsicología de Contextos como se ha expuesto en los capítulos precedentes.

La Aplicación del método multidimensional contextualizante constó de tres fases:

1. Evaluación-contextualización del caso (entrevista, ISED, IDEA III, IHB y cuadro de dimensiones).
2. Procedimiento.
3. Seguimiento del caso.

El caso con el que se aplicó el método de intervención multidimensional fue el de un niño de ocho años que cursaba el tercer grado de primaria y su madre de 39 años, usuarios subsecuentes del servicio de Educación Especial y Rehabilitación de la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la FES Iztacala de la UNAM. El niño presentaba “dislexia” y se “trababa al hablar” según el diagnóstico pediátrico realizado cuando el niño tenía seis años.

4.1 Fase 1. Evaluación

4.1.1 Entrevista

Se aplicó una entrevista en profundidad a la madre para conocer el contexto del caso, durante la misma expresó que “S”¹⁴ fue un niño planeado y recibido con alegría en el círculo familiar; el parto se adelantó dos semanas y nació por cesárea sin presentar complicaciones. Al mes y medio de nacido sufrió una caída, golpeándose el cráneo, sin embargo tras los estudios pertinentes se descartó daño alguno; no obstante comenzó a manifestar problemas cuando tenía un año de edad; pues ella se percató que no soplabla, al año y medio notó que no hablaba, por lo que optó por incorporarlo a una institución pensando que ésta podría facilitarle el desarrollo del lenguaje por el contacto con otros niños. En esa escuela aprendió sus primeras palabras (papá, mamá), sin embargo notó que su lenguaje estaba “retrasado”, por lo que acudió al pediatra quien le recetó Italvirón¹⁵, recomendó terapia de lenguaje y clases de regularización; el medicamento fue suspendido por los padres un año después por problemas económicos, pero continuaban con la regularización; al momento de la intervención su situación económica era estable, sin impedimentos para su desarrollo. A pesar de estas medidas el niño continuaba presentando problemas para hablar, por lo que lo llevó a “CAPER” donde recibió atención en el área de lenguaje y psicomotricidad, pues no bajaba bien las escaleras; no fue sino hasta los seis años que logró tener un lenguaje más amplio.

Sus hábitos alimenticios incluían una alta ingesta de carbohidratos, lo que le produjo sobrepeso. No consumía verduras y llegaba a arrojar la comida si ésta no le gustaba, por esto la madre describió el carácter de “S” como “explosivo, igual que su padre”, afirmó que su hijo era un niño difícil, “ya no es el niño dulce que conociste”; que no tiene una relación cercana con su hermano, ya que peleaban entre sí y se ponían apodosos ofensivos, no se comunicaban más que para confrontarse. Con su padre tampoco tenía una buena relación, pues éste llegaba del trabajo cuando los niños ya estaban dormidos y sólo se enteraba de sus logros

¹⁴ Se omitió el nombre del niño y se substituyó por “S”.

¹⁵ Suplemento alimenticio a base de aminoácidos y vitamina B6.

o fallos por mediación de la madre, siendo esta última quien le proporcionaba afecto a “S”; no obstante en ocasiones el niño acompañaba a su padre al gimnasio sus actividades giran en torno al deporte o el cine.

Con su abuela tenía poco contacto, pues ésta estaba postrada en cama por su enfermedad, sin embargo “S” constantemente preguntaba por ella e iba a su habitación a saludarla después de clases; la familia es religiosa y el niño adoptó las mismas creencias, principalmente las de su abuela.

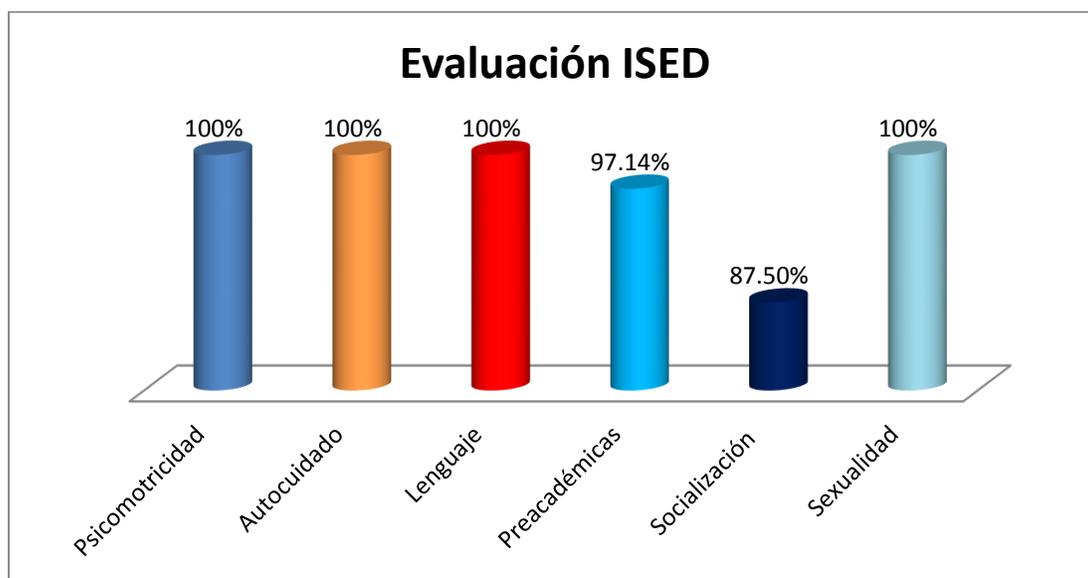
La madre también comentó que su hijo presentaba problemas conductuales como “rezongar” o molestarse cuando corregía su pronunciación, respondiéndole violentamente, desobedeciendo sus órdenes o gritándole. Describió a “S” como un niño difícil, que cambia de ánimo rápidamente, aunque también afirmó que era “noble”, pues se interesaba por su familia y era compartido. Ella por su parte se describió a sí misma como una persona pasiva en lo que respecta a la disciplina de sus hijos, pero que en determinado momento “se desesperaba” y los castigaba punitivamente. A su otro hijo, “E”, lo conceptualizó como distante de su familia, callado, pero muy buen estudiante; esto lo atribuyó a la edad y pensaba que era normal. Referente a su esposo lo describió como alguien ausente pero responsable, implicado más en la crianza y desarrollo de sus hijos, además de cariñoso con ellos. Finalmente a su madre la veía sufriendo, molesta y triste, ya que el cáncer que la aquejaba era muy doloroso, mencionó que la abuela estaba preocupada por el futuro de sus nietos, llegando a decir que no quería morir pues quiere “ver a los niños bien”.

Al terminar la entrevista se le preguntó a la madre de “S” si se encontraba bien o si deseaba agregar algo más, a lo que respondió que se sintió bien y que no necesitaba nada. Se le agradeció por la entrevista y se retiró.

4.1.2 Evaluación con inventarios: ISED, IDEA III, IHB y cuadro de dimensiones

Se hizo el encuadre donde se explicó a la madre y al niño la dinámica de trabajo: evaluar al niño y luego entrevistar a la madre.

Se aplicó al niño el Inventario Simplificado para la Evaluación del Desarrollo (ISED); la evaluación se realizó hablando con el niño sobre su día, notando la dificultad para recordar lo que había hecho, por lo que se decidió enunciarle algunos números para que los repitiera, lo cual hizo correctamente, al final de la evaluación se observaron dificultades en las áreas de preacadémicas y socialización (Ver gráfica 1).



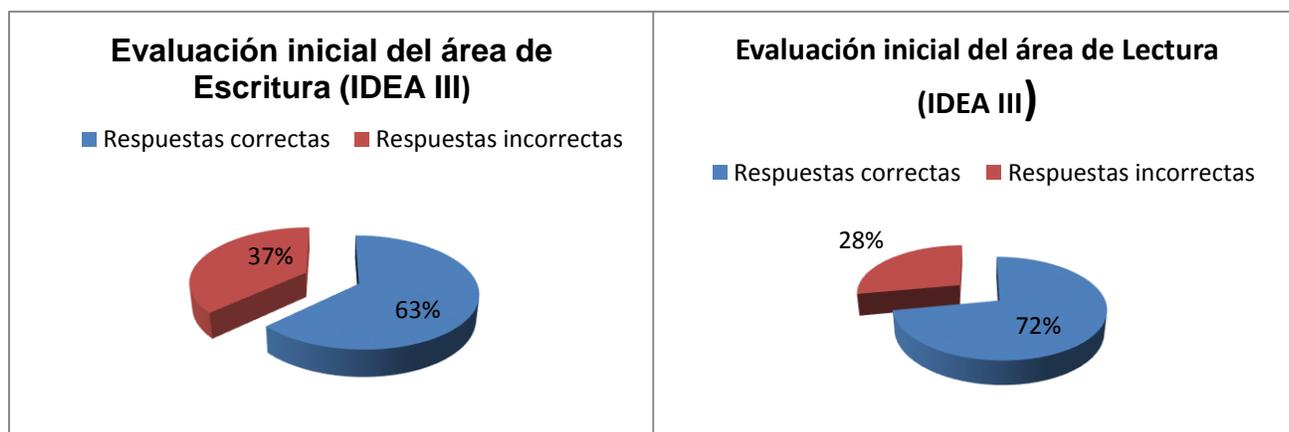
Gráfica 1. Muestra los resultados del ISED

Se puede observar en la gráfica 6 que en cuatro de las seis áreas presenta buenos resultados, sin embargo, en el área de habilidades pre-académicas, la sub área de lectura y escritura falló en el ítem 26 ya que pronuncia el fonema “rr” como si fuera “g”, mientras que en el área de socialización falló en los ítems 7 y 16, pues el niño no saluda ni se despide si no se le indica.

Se le pidió que narrara una historia lo cual hizo bastante bien, contando un cuento que leyó, pero al que le hizo modificaciones. La narración fue grabada en un teléfono celular, sin embargo al querer escucharla “S” la borró accidentalmente. Enseguida se volvió a grabar la historia. Al terminar la actividad se le dio acceso durante diez minutos al área verde.

Para evaluar la socialización se le llevó a un taller de teatro, se sentó en silencio junto al terapeuta mí, charló brevemente con un niño con quien había jugado anteriormente en el área verde y respondió una pregunta de una terapeuta. Los niños se sentaron todos juntos, sin embargo “S” permaneció al lado de su terapeuta, observándose que se le dificultaba hablar en público, posteriormente -en el área verde- se le incluyó un ejercicio de relajación con todo el grupo, lo que hizo sin dificultad.

Ante estos resultados se decidió aplicar una evaluación específica del área de lecto-escritura. Las siguientes gráficas muestran el desempeño del niño en escritura y lectura según el IDEA III (Gráfica 2).



Gráfica 2. Muestra los resultados de la evaluación en lectura y escritura.

Durante la evaluación se conversó con “S” sobre sus actividades para conocer su contexto de vida. Al preguntar sobre eventos pasados, por ejemplo lo qué había hecho en sus vacaciones (habiendo sido éstas unos días atrás) o el día anterior, tuvo una gran dificultad para contestar, se le preguntó sobre lo qué había hecho ese mismo día y dio una respuesta escueta, se le ayudó a “recordar” su día

preguntándole paso a paso las actividades realizadas y sus respuestas fueron más amplias y explícitas. En el contexto de esta conversación se le preguntó sobre su familia, particularmente sobre su hermano, respondiendo que “pelean”, al profundizar en el tema para saber qué propiciaba tales peleas no quiso dar detalles. Sobre su papá comentó que pasaba mucho tiempo con su celular o en el gimnasio, que casi no platica con él, e inmediatamente cambió de tema y contó sobre una película de superhéroes que había visto y en su discurso se observó que en ocasiones el fonema “rr” era sustituido por el fonema “g”. También comentó que el equipo de futbol donde jugaba había desaparecido y que ya no jugaba, notándose triste por esto, pero mostrándose feliz al contar una historia sobre triunfos en este deporte.

Sobre su desempeño escolar mencionó que le fallaba la materia de historia e inmediatamente contó otra historia de futbol. Finalmente habló sobre los noviazgos de sus compañeros de clase y con dificultad mencionó que le gustaba una niña de su salón. Un hecho sorprendente fue cuando “S” detuvo la conversación y dijo que confundía la letra “l” con la “r”, que le sonaban igual y puso algunos ejemplos. Hizo una definición de él mismo, aunque no quedó claro si era una repetición de lo que oía decir a su madre o realmente él era consciente de sus limitaciones. Además comentó que se sentía feliz de ver al terapeuta porque a veces se sentía triste por su abuela y no tener a quién contarle.

Posteriormente se le aplicó específicamente la sub-área de articulación del área de comunicación del Inventario de Habilidades Básicas (IHB), para evaluar articulación. La tabla 3 muestra los resultados.

Articulación de fonemas consonánticos			
	Posición inicial	Posición intermedia	Posición final
Articula	m, n, p, t, k, f, b, d, s, ch, l, y, g, j	m, n, ñ, p, t, k, f, b, d, s, ch, l, y, g, j, r	n, d, s, l
Sustituye	r por g	r por g	j, por t; r por g
Articulación de diptongos y grupos vocálicos			

Diptongos		Grupos vocálicos
Articula	ai, au, ei, ia, ie, io, ua, ue	Articula: ea, eo, oa
C. Articulación de grupos consonánticos homosilábicos		
Posición inicial		Posición intermedia
Articula	pl, pr, tr, cl, cr, fl, fr, bl, br, dr, gl, gr	pr, tr, cl, cr, fl, fr, bl, br, dr, gl, gr
Sustituye		pl por pr
D. Articulación de grupos consonánticos heterosilábicos y mixtos		
Grupos consonánticos heterosilábicos		Grupos consonánticos mixtos
Articula:	Ls, mb, mp, nch, ng, nt, st	mbr, mpr, ngr, ntr, str.
Sustituye	rd por gd; rk por gk; rn por gn; rt por gt	

Tabla 3. Muestra los resultados de la evaluación de articulación con el IHB.

Finalmente se le presentó una hoja con seis imágenes: cuchara, auto, peine, pasta dental, lápiz y plato para que pusiera el nombre de cada objeto. En la palabra “cuchara” el niño cambia el grafema “r” por “l”, en la palabra “lápiz” sustituyó “p” por “v”, argumentando que ambas letras “le suenan igual” (Ver figura 3).

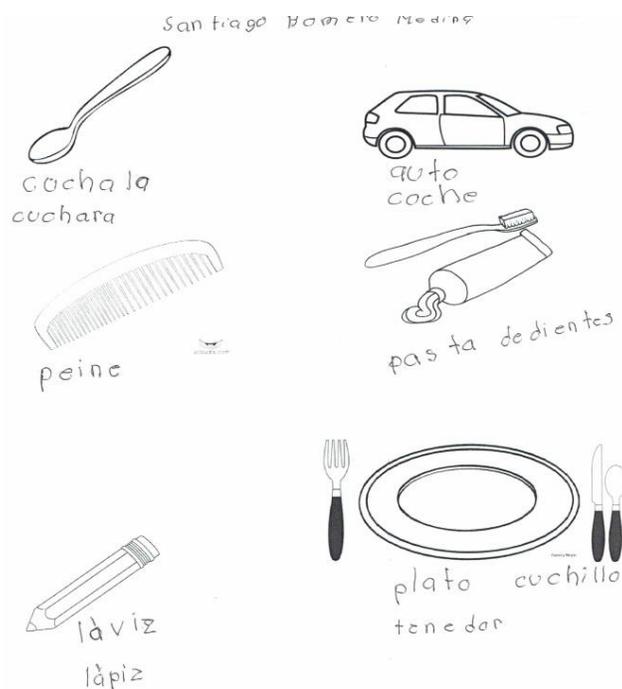


Figura 3. Se aprecia que sustituye la “r” por “l”, la “p” por “v”.

4.1.3. Trabajo con la madre

Posteriormente se trabajó con la madre de manera individual, abordando el estilo de crianza y las dificultades que enfrentaba en el hogar, tocando diferentes temas, entre ellos la violencia, la sexualidad y el mal comportamiento de “S”, pues afirmó que la amenazó con un cuchillo de la cocina cuando ésta intentaba castigarlo. Ante esto se optó por utilizar dos técnicas gestálticas (silla vacía y cambio de roles, Almada, 2017, Salama 2007) para trabajar: tolerancia a la frustración, establecimiento de límites, cumplimiento de reglas, asertividad y educación sexual para ella y sus hijos (Ver figura 4).



Figura 4. Muestra las áreas que se trabajaron con la madre de “S”.

Una vez realizada la intervención con la madre de “S”, se procedió al cierre haciendo el resumen de su evolución durante el proceso terapéutico, el cual estuvo basado en el modelo de los cuatro movimientos, trabajando: asertividad, tolerancia a la frustración, establecimiento de límites, cumplimiento de reglas y educación sexual. Se le comentó que logró ser asertiva con tendencia a lo pasivo, siendo esto un cambio radical a su estilo de crianza, pues manejaba un estilo agresivo. Esta área se relacionó con las demás, pues al ser ella asertiva pudo establecer reglas acatadas por sus hijos y cómo las técnicas gestálticas le sirvieron para mantener un estilo de crianza centrado y asertivo.

La madre de “S” tuvo un cambio total en relación con la sexualidad, se erradicaron creencias irracionales (la masturbación es mala, mis hijos son muy pequeños para hablarles de sexo) y se le felicitó por ello, ya que a lo largo de las sesiones se le notaba muy incómoda al hablar sobre este tema, pero al final lo abordó con naturalidad y seriedad.

4.1.4. Identificación de las dimensiones afectadas

La información obtenida con las entrevistas y los inventarios se analizó de acuerdo al Esquema categorial básico (ver cap. 3), con base en el cuál se categorizó el caso como: complejo de segundo orden. En este sentido, las dimensiones afectadas en el caso fueron: la biológica (sobrepeso, mala alimentación, fallas de memoria, emociones: tristeza y enojo), la psicológica: (problemas de lenguaje, lecto-escritura y conducta violenta). Una vez iniciada la intervención se incluyó la dimensión social (relación familiar y duelo). Con la identificación de estas dimensiones y sus componentes se estableció el campo de acción propuesto por el método multidimensional contextualizante, como se muestra en la tabla 4.

CAMPO DE ACCIÓN	
Dimensiones afectadas en el caso	Componentes
D. biológica	Sobre-peso, alimentación inadecuada, fallas de memoria, emociones.
D. psicológica	Lenguaje, aprendizaje, lecto-escritura, conducta violenta.
D. social	Relación familiar y proceso de duelo.

Tabla 4. Muestra las dimensiones y sub-dimensiones identificadas en el caso: campo de acción.

Una vez identificadas las dimensiones y señalados los procesos afectados en cada una que resultaron pertinentes al caso, se elaboró la matriz de recursos teóricos y metodológicos disponibles para determinar la estrategia de intervención (ver tabla 5).

Observación de lo:	Dimensión a la que pertenece la necesidad observada	Tipo de enfoque	Campo de acción
Obvio: Sobrepeso Dificultad en la pronunciación.	Biológica: Dieta alta en carbohidratos Psicológica: Aprendizaje	Complejo	Las dimensiones que se abordarán en el caso son Biológica: Modificación de hábitos alimenticios. Psicológica: Programa de hábitos de estudio; Programa de manejo de emociones; Psicoterapia gestalt para afrontar el duelo. Psico-social: Intervención con la madre.
Borroso: Agresividad y dificultad en el control de emociones.	Psicológica: Emocional y autoconcepto		
Ortogonal Preocupación por la enfermedad de la abuela	Social: Seguridad familiar		

Tabla 5. Muestra las necesidades del caso, desde las obvias hasta las ortogonales.

Las dimensiones pertinentes al caso se organizaron de acuerdo al diagrama de los cuatro movimientos quedando de la siguiente manera (ver figura 5):

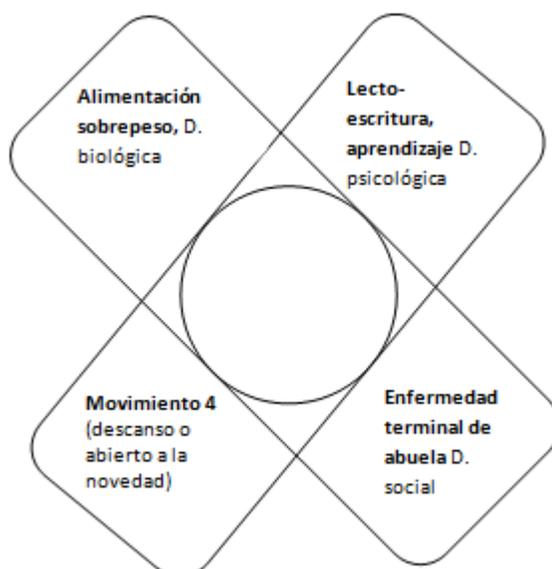


Figura 5. Muestra las tres dimensiones a trabajar.

Necesidad dominante	Propósitos de la sesión	Recursos disponibles
Movimiento 1: D. biológica: Sobrepeso, alimentación.	Modificar hábitos alimenticios.	Alimentos y bebidas.
Movimiento 2: D. Psicológica: Problemas de articulación. Problemas con el manejo de emociones	Facilitar que el niño se dé cuenta de la magnitud de su problema. Desarrollar hábitos de estudio. Reducir el nivel de estrés.	Experimentos gestálticos. Guías didácticas de estudio. Actividades lúdicas. Técnicas de relajación.
Dimensión social: Movimiento 3: Ausencia del concepto de muerte. Enfermedad de la abuela.	Entrenamiento asertivo para la prevención de violencia intrafamiliar.	Guías y ejercicios para concientizar el nivel de riesgo de algunas situaciones de su contexto.
Movimiento 4: Retiro o recuperación.	Cierre la sesión.	Dinámica de cierre. Descanso o juego.

Tabla 6. Descripción de las necesidades del caso, objetivos y recursos disponibles.

4.2. Fase 2: Procedimiento

El método multidimensional contextualizante se aplicó durante quince sesiones de dos horas cada una, en el área de Educación Especial y Rehabilitación de la CUSI Iztacala.

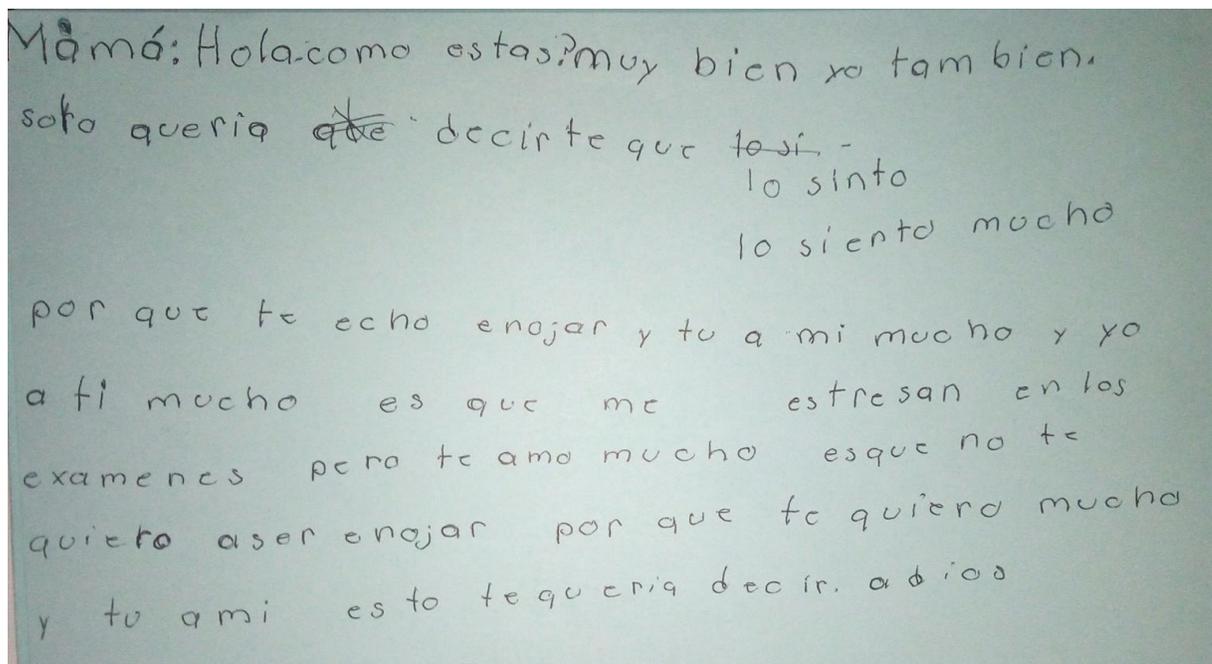
Con base en los datos de la evaluación, la identificación de las dimensiones y los procesos afectados del caso se procedió a diseñar y aplicar la intervención para atender las dificultades de lenguaje (articulación de fonemas), el manejo de las emociones (enojo, tristeza) y la relación familiar.

Sesión 1: dibujo y carta a la madre

En la primer sesión la madre comentó que “S” se había estado comportando de manera agresiva, “contestándole mal”. El niño dijo que en casa su hermano “E” se enoja con él y que su mamá tenía la culpa de que él le respondiera “feo”. En este

contexto, se le preguntó cuáles eran los roles y tareas de las madres y cuáles los de los hijos, tras un silencio breve y respondió que lo que en realidad le “estresaba” era hacer más de una cosa a la vez, se le hizo un reflejo de contenido y concretización (López, 2008; Michel, 2009). Luego se exploró si tenía asuntos inconclusos con su madre pidiéndole que escribiera una carta como si se la fuera a dar a su mamá, pero que no se la entregaría. Tuvo dificultades para iniciar la carta, preguntando continuamente sobre qué tenía que poner, se le respondió que lo que él le quisiera decirle a su mamá; jugueteaba con los colores y decía que “estaba muy difícil” deambulando por el aula, lo que se le permitió, luego inició la actividad sin que se le volviera a pedir.

En la carta de “S” expresó su enojo (Naranjo, 2011), explicando que provenía del periodo de exámenes en el que se encontraba, sin embargo también pedía disculpas a su madre por “hacerla enojar”, aunque reiteró que su madre contribuía en que él actuara de manera agresiva (Ver imagen 1).



Mamá: Hola como estas? muy bien yo tambien
 solo queria ~~que~~ decirte que te amo -
 lo siento
 lo siento mucho
 por que te echo enojar y tu a mi mucho y yo
 a ti mucho es que me estresan en los
 exámenes pero te amo mucho esque no te
 quiero aser enojar por que te quiero mucho
 y tu a mi esto te queria decir. adiós

Imagen 1. Muestra la carta de S a su madre.

Sesión 2: No asistió

Sesión 3: Dibujo de la madre

En esta sesión se trabajó la relación con la madre, para ello se le pidió que realizara un dibujo, en el que donde hizo a la madre más grande que él con un semblante de alegría, tomando de la mano a un niño (“S”) sin nariz ni ropa. A la madre la coloreó más fuertemente que al resto del dibujo, lo que -en la lógica de una actividad proyectiva- podría expresar el enojo que sentía hacia ella, sin embargo escribió a un lado de ambas figuras: “mi mamá está sonriendo y yo también”, lo que evidencia una emoción de alegría (Ver imagen 2).



Imagen 2. Dibujo de “S” y su madre.

Luego de dibujar se le preguntó cómo se sentía y dijo que se sentía mejor, se le llevó a las áreas verdes donde él y su terapeuta jugaron con otros niños, tras lo cual fueron a visitar a un profesor al cual platicó que su abuela tenía una enfermedad:

“la que se te cae el pelo”. A raíz de esto se decidió darle en la siguiente sesión una explicación sobre el cáncer y pedirle que realizara una carta para su abuela con el fin de que contactara con la tristeza que decía sentir al verla enferma.

Sesión 4: carta a la abuela

En la cuarta sesión se le preguntó a “S” sobre su día para contextualizar las actividades a realizar en la sesión, comenzando con la carta, sin embargo el niño comentó el estado de salud de su abuela, así que se optó por cambiar la actividad para abordar esa necesidad del niño y se procedió a darle la explicación sobre el cáncer y la quimioterapia.

Posteriormente se retomó la carta, pero se observó que tenía problemas para hacerla -al parecer por un proceso de deflexión¹⁶-. Se le preguntó sobre esta dificultad y respondió que casi no hablaba con su abuela, así que se dejó pendiente esta actividad para otra sesión y se le pidió que imaginara cómo sería platicar con su abuela, lo que le resultó más accesible. Se le sugirió que alargara el periodo de saludo con su abuela, pues solo en este momento hablaba con ella a lo que él accedió sin problema. Mencionó que con el terapeuta se sentía tranquilo para hablar pero con su abuela no, porque casi no le hablaba porque le daba pena. El terapeuta usó esa “pena” para que ensayara una conversación con su abuela (Salama y Villareal, 1992). Las actividades que se trabajaron en esta sesión se fueron modificando de acuerdo con el contexto de lo que ocurría tratando en todo momento de atender a las necesidades del niño.

Sesión 5.

En la sesión cinco se dialogó brevemente con el niño y se retomó la “pena” que expresó en la sesión 4 para pedirle que ensayara cómo hablar con su abuela. Se levantó de su asiento, miró por la ventana un aspersor de agua que estaba en el jardín y dijo que quería ir a nadar, luego se dispuso a escribir la carta que había

¹⁶ Este mecanismo tiene la función de desvitalizar el contacto. La persona tiene miedo a la situación o de las personas con las que está o se siente involucrada, y puede mostrarse verborreica pero vacía, silenciosa o distante, y hablar de cosas carentes de interés o poco conectadas con el tema de que se trate (Zinker, J. 1999).

quedado pendiente, primero pronunciaba las frases, veía al terapeuta antes de escribirla -como pidiendo su aprobación-, éste lo animaba a que la plasmara en el papel. Una vez terminada la carta se le preguntó qué quería hacer con ella y dijo que se la entregaría a su abuela. Una vez terminada esta actividad se le llevó al taller de teatro dónde practicó los diálogos de la obra. Al terminar la sesión se despidió del terapeuta.

Sesión 6: dibujo de la familia

La sesión seis comenzó preguntándole sobre su día y sus actividades en casa, contestó que ya eran más constantes los dolores de su abuela, y que aún no había hablado con ella.

Se le propuso que hiciera un dibujo de la familia y accedió, pero tomó su tiempo, jugueteó con la goma y preguntaba qué tenía que hacer, si fea o linda a su familia; después mientras dibujaba comenzó a cantar. Mientras lo hacía se detenía a contar alguna anécdota graciosa. Tuvo dificultad en entregar el dibujo que hizo pues dijo que “estaba inacabado”. Finalmente se le pidió que escribiera una historia de esa familia, a lo que respondió que “no sabía cómo escribirlo” (Ver imagen 3).



Imagen 3. Muestra el dibujo de la familia hecho por “S”.

Dibujó a cuatro personas: papá, mamá, y dos hijos, pero al mostrar lo que hizo inmediatamente borró al niño mayor y convirtió al niño menor en niña. Se le preguntó

a qué se debía ese cambio y respondió que el niño se murió y que el cambio de niño a niña era porque se había equivocado. Al terminar la sesión se le pregunté cómo se sentía y dijo que alegre. Se hizo con la madre una breve entrevista para indagar sobre el concepto de muerte que manejaba ella y si en casa se conocía el proceso de muerte. Ella accedió, aunque algo incómoda, pues mencionó que no se habla mucho de ese tema en casa. Mencionó que para ella “uno se muere y ya”. Se le preguntó sobre su primer recuerdo sobre la muerte, diciendo que cuando ella tenía 20 años su abuela murió de hipertensión, lo que fue muy doloroso para ella pues la veía como a su madre. El segundo evento que recordó fue sobre su tío “B” quien tenía parálisis cerebral, lo cual refirió como algo desgastante para ella pues se hacía cargo de él. El tercer evento fue cuando murió la mascota de sus hijos y ante las preguntas de éstos ella sólo comentó que “se fue”. Posteriormente comentó que cuando “S” tenía 6 años platicaba con una vecina que “ya era grande” con la cual tenía una relación cercana; cuando la señora murió, el niño manifestó tristeza y preguntaba por su amiga, sin embargo la madre dijo que “se le olvidó pronto” y no volvieron a tocar el tema.

Asimismo refirió que ella fue hija única, que no fue deseada, que conoce a su padre pero nunca convivió con él. Habló del amor que sentía hacia su madre pues ella se hacía cargo de ella y de su tío, además de que la veía más como una amiga y es por ello que le resultaba doloroso verla en cama sufriendo por su enfermedad. Sin embargo, también manifestó enojo y resentimiento hacia su madre pues comenta que era “necia” y no quería tomarse los medicamentos, sino hasta que el dolor era insoportable; añadió que fue un proceso sumamente desgastante para ella, pues al no tener a nadie que le ayudara fue difícil atender a su familia y a su madre al mismo tiempo.

Se le comentó la importancia de hablar de la muerte pues de no hacerlo había la posibilidad de que sus hijos tuvieran una idea errónea sobre ésta y hacer más difícil su proceso de duelo. Se mostró receptiva ante la propuesta pero triste pues comentó que no sabría cómo decirles a sus hijos si llegara a morir su mamá, además de que “no quería dejarla ir”; ante esto se le propuso que completara una serie de

frases con la finalidad de cerrar asuntos inconclusos con su madre (técnica gestáltica), las frases son las siguientes:

“Te honro: como mi madre, te reconozco como mi gran amor.

Te agradezco: todo lo que me has dado, porque estos 39 años que me regalaste fueron los mejores.

Te pido perdón por: cualquier acto u omisión. Si hay algo que dejé de hacer no fue intencional.

Por el amor que te tengo: cuando sea tu momento, para mí está bien que te vayas”¹⁷

Se cerró la sesión revisando el estado de ánimo de la madre y se le sugirió que como parte de hablar de la muerte también hablara de la vida, evitando así centrarse en un solo aspecto del proceso de muerte.

Sesión 7: la muerte y el duelo

En la sesión siete se le preguntó a “S” cómo estaba y comentó sobre un juego y una película que fue a ver al cine. Se le dijo que íbamos a trabajar un tema nuevo, a lo que él respondió con entusiasmo. Se le preguntó qué pasaba si alguien se moría y dijo: *“hay más muerte, porque los malos no tienen piedad”*. Pude observar que para él la muerte estaba asociada a la violencia, siendo los videojuegos o películas su único contacto con este tema. Se le mostró un libro especialmente diseñado por el terapeuta para que contactara con sus emociones, el proceso de muerte y sus problemas de escritura (Ver anexo 2) y se le pidió que lo completara.

En el material se le presentaban palabras mal escritas, con letras al revés o sustituyendo los grafemas que más se le dificultaban a “S”, con el objetivo de que al estar en contacto con una historia emocionalmente significativa pudiera lograr un aprendizaje mejor que en una actividad descontextualizada. Se introdujo el tema de la muerte mediante la historia de un niño que vivía una situación similar a la de “S”, mostrándole la manera de reaccionar ante la enfermedad del cáncer y la muerte.

¹⁷ Las partes en cursiva fueron las respuestas de la madre de “S”.

Posteriormente se le preguntó a “S” sobre lo que le pasó a la abuela del niño del cuento, respondió que tenía cáncer y que sus nietos le ayudaron a que se sintiera mejor, pero una noche ya no despertó y se fue al otro mundo, al cielo, que fue algo muy triste porque era un ser querido. Se le preguntó qué le diría al niño del cuento si fuera su amigo (Oaklander, 2012) y respondió que le diría *“que no estuviera triste, que lo debía superar y que cuando el niño del cuento sueñe con su abuela trate de recordar los momentos felices que vivieron para que nunca se olvide de ella”*. Luego “S” manifestó que quería hacerle un regalo a su abuela, por lo que se le dio unas hojas y material para pintar y decidió hacer un dibujo (Ver imagen 4).



Imagen 4. Muestra el dibujo de “S” y su abuela.

Por último se le preguntó sobre su estado de ánimo y me respondió que se sentía un poco triste, pero feliz por saber más cosas.

Sesión 8: articulando la R

En la octava sesión se trabajó con la articulación, por lo que se propuso a "S" que hicieran él y el terapeuta todas las actividades que tuvieran la letra "R", por ejemplo: rodar, reír, comer, saltar, etc. (Ver imagen 5).

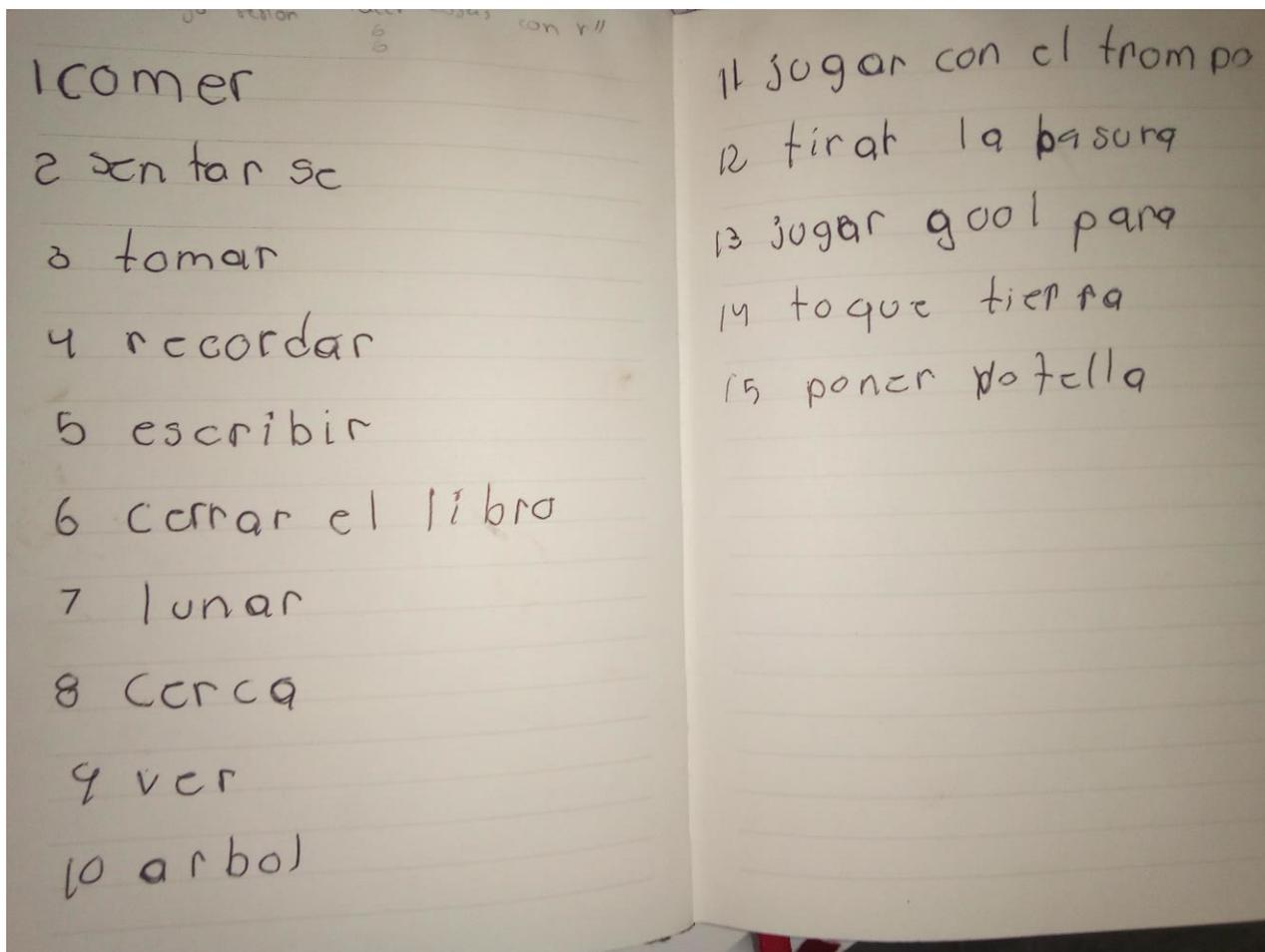


Imagen 5. Muestra frases escrita por "S".

Durante la actividad "S" tenía que articular del fonema "R" y cuando no lo hacía correctamente se lo corregía al momento, moldeándole la conducta (técnica conductual), sin embargo la actividad no fue larga, pues "S" se cansó rápidamente por lo que se decidió terminar la actividad y dedicar el tiempo restante a descansar y platicar sobre la sesión.

Sesión 9: plastilina para la R

En sesión nueve el niño estaba leyendo en las áreas verdes. Se le dijo que continuarían la actividad suspendida en la sesión anterior, se le dio una caja de plastilina y se le indicó que hiciera cosas que comenzaran con la letra “r”. Sacó las barras de plastilina y bromeó haciendo un retrato, acomodando cuatro barras. Posteriormente amasó el material pero se notaba frustrado, pues no le quedaba como él quería, se le permitió explorar el terreno en busca de un palito de paleta el cual llenó de plastilina, imitando una varita mágica. Ante su logro quiso compartirlo con un profesor de la clínica por lo que fue llevado con él. El niño bromeó con el profesor y le mostraba su varita, además conversó con otro terapeuta que estaba ahí, observándose un cambio importante en el área de socialización, pues anteriormente no realizaba esa conducta (Ver imagen 6).



Imagen 6. Usuario “S” mostrando su varita mágica.

Sesión 10: ansiedad

En la décima sesión se observó que “S” estaba ansioso, se le preguntó a qué se debía y contó que tomó café, comió dulces y no fue a la escuela. Platicó sobre la tristeza que sentía y se le pidió que la describiera, sin embargo sólo decía que “la

tristeza es triste”, así que se le pidió que pintara esa emoción. Entonces habló de cómo sus amigos molestaban a un profesor por ser homosexual, se le preguntó si él pensaba que eso estaba bien y dijo que no sabía, pero se le hacía gracioso cómo lo molestaban. Finalmente se le llevó al taller de teatro, sin embargo en los ensayos parecía retraído pues no se sabía su diálogo (Ver imagen 7).



Imagen 7. Muestra a “S” (de camisa blanca) moviendo el escenario.

Sesión 11: ausencia

En la sesión once no se presentaron.

Sesión 12: teatro

La doceava sesión se desarrolló en el Centro Cultural Iztacala donde presentarían la obra de teatro que se ensayó en el taller. Cuando los actores estaban en escena, la madre de “S” llamó al terapeuta y comentó que ya no sabía qué hacer con la tristeza que sentía por el estado de su madre e inmediatamente comenzó a llorar, fue la primera vez que expresaba abiertamente sus emociones. El terapeuta empatizó con ella y le preguntó qué necesitaba, respondiendo que con su escucha le bastaba. Por su parte el niño no presentó ninguna dificultad en la sesión, se

observó más concentrado en la obra y sus amigos, salió al escenario y desempeñó correctamente su papel. Una vez terminada la obra se quedó a ver el resto del evento.

Sesión 13: emociones, tristeza

En la sesión trece se abordó con el niño el tema de los padres, su hermano y su abuela. “S” estaba triste y no podía expresar sus emociones a su abuela, algo recurrente durante las sesiones, así que se le pidió que ensayara una escena donde pudiera expresarlas haciendo una variación de la silla vacía (basada en Oaklander, 2014) donde “S” practicó el diálogo que tendría con su abuela. Se colocaron dos sillas frente a frente, en una de ellas se sentó “S” y en la otra se le indicó que imaginara a su abuela, su ropa, sus gestos, su olor, etc. Comenzó saludando y en un principio él mismo se iba respondiendo desde su lugar, sin embargo ante las respuestas tan cortas que daba el terapeuta tomó el lugar de la abuela respondiendo por ella. Fue una sesión emotiva, pues ambos –terapeuta y usuario- contactaron con sus respectivas emociones de tristeza y afecto, mismas que fueron externadas en el diálogo y en la escritura.

Sesión 14: convivio

En la sesión catorce los usuarios llegaron tarde, por lo que se optó por suspender la actividad planeada ya que “S” estaba más interesado en asistir al convivio que se realizaba en la CUSI con motivo de cierre de curso. En esta sesión se observaron las habilidades sociales que se fueron construyendo a lo largo de la intervención, tales como saludar, pedir las cosas por favor, dar las gracias, esperar turno y despedirse.

Sesión 15: el cierre

La sesión quince fue la última de la intervención, se notó a “S” inquieto, pues era su último día en la clínica. Se dialogó sobre unos dibujos que empezaba a hacer, elaborados con cuadros. Se le hizo saber que se le re-aplicarían las mismas pruebas que al inicio de la intervención. No se mostró muy entusiasmado, pues “ya

las había hecho”, se le explicó que era para compararlas, tomó una hoja y comenzó a dibujar (Ver imagen 8).



Imagen 8. Dibujo de la familia de “S”.

El niño dibujó a su familia, sin embargo no dibujó a su abuela.

Finalmente como parte del cierre se explicó a “S” que las sesiones llegaron a su fin y él se mostró alegre y entusiasmado por haber concluido su proceso. Se le agradeció y se le mencionó que se seguiría en contacto con él. En este sentido también a la madre se le explicó el término de las actividades quedando a su disposición para cualquier situación que necesitara atención psicológica.

Fase 3. Seguimiento

Meses después de terminar la intervención, la abuela de “S” falleció; hubo un seguimiento del caso en el sepelio, apoyando al niño en su proceso de duelo. El niño contactó al terapeuta vía telefónica y le avisó sobre el suceso, ante esta situación el terapeuta decidió acompañar a la familia en el velorio, donde la madre de “S” le manifestó su preocupación por sus hijos, en especial por el hermano de “S”, quien no mostraba ninguna emoción, sino que permaneció inmutable al lado del féretro de su abuela. Se le recomendó que estuviera atenta a cualquier cambio en

el comportamiento de su hijo y que llamaran al terapeuta si se presentaba alguna situación atípica. En lo que respecta a “S” el niño manifestó *abiertamente* sus emociones. Desde entonces el contacto con la familia no se ha roto, invitan al terapeuta a su casa a fiestas o a comer con ellos.

5. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO MULTIDIMENSIONAL CONTEXTUALIZANTE

Al principio los resultados fueron pobres, dado que se empezó usando una intervención lineal la cual se vinculó después con otra del mismo tipo, pasando a ser una intervención multilineal en la dimensión psicológica, pero sin trabajar otras dimensiones del caso. Con este procedimiento no hubo cambios significativos en la articulación de los fonemas problemáticos y las tareas en casa no se realizaban. Sin embargo, en las últimas semanas el comportamiento del niño fue mejorando a partir del fortalecimiento del vínculo estrecho entre el terapeuta, el usuario y su familia, por lo que se decidió añadir una semana más de trabajo para reforzar su avance, ya que controlaba más su atención y colaboraba más en las sesiones.

A partir de la intervención con el método multidimensional contextualizante los resultados obtenidos mejoraron notablemente, lo que sugiere que la intervención multidimensional impulsó el desarrollo en todas las dimensiones trabajadas con el niño y su madre. A pesar de que se tomaron algunos datos numéricos que nos muestran las mejorías en la lecto-escritura (como se aprecia en las gráficas 1 y 2), evidentemente no nos resulta de utilidad hacer un análisis cuantitativo de los mismos, pues dada la complejidad y amplitud de los procesos con los que se trabajó no es posible registrar cuantitativamente lo que ocurrió en las diferentes dimensiones a lo largo de la intervención, pues no es nuestro propósito saber cuántas veces el niño habló con su abuela antes de morir, sino el hecho de haber hablado con ella y expresarle sus sentimientos; por lo que –dado el tipo de intervención que se realizó- resulta más accesible uno cualitativo, basado en la observaciones directas del terapeuta durante la intervención. De esta forma los resultados se organizaron por cada dimensión trabajada.

5.1. Dimensión biológica: mala alimentación y sobrepeso

A pesar de las recomendaciones que se hicieron a la madre para que modificara la ingesta de carbohidratos y azúcares, no hubo ningún cambio en el estilo de alimentación y el sobrepeso del niño, no obstante se logró inculcar en él el hábito

del ejercicio físico, que se realizó en las áreas verdes jugando con otros niños. Otro resultado favorable en esta dimensión fue que la memoria de corto plazo mejoró considerablemente a partir de que el niño aprendió a controlar su atención. Ante la dificultad que el niño presentaba para expresar sus emociones (enojo y tristeza), las técnicas gestálticas fueron de gran utilidad para desarrollar habilidades para superar estas dificultades.

5.2. Dimensión psicológica: lenguaje, aprendizaje y lecto-escritura

Las omisiones de letras, espacios o sustitución de grafemas disminuyeron a medida que avanzaba la intervención, escribiendo correctamente palabras completas y respetando los espacios correspondientes; la pronunciación del fonema “RR” mejoró notablemente, fue pronunciado consistentemente de manera correcta, teniendo únicamente mínimos errores en palabras que no pertenecían a su contexto.

Respecto de sus problemas de conducta, se eliminaron los comportamientos violentos con su madre y su hermano llegando a tener buena relación con su madre y logrando acercarse a su abuela semanas antes de su muerte. También hubo mejora en la percepción de sí mismo al asumir sus responsabilidades.

La madre manifestó que notó avances en el lenguaje de su hijo a lo largo de la intervención, sin embargo aún ve limitantes en su hijo en el área de lecto-escritura. Sin embargo aceptó que no se siguieron los ejercicios recomendados por los terapeutas ya que “no tiene tiempo” y su hijo se enoja cuando ella le recuerda practicar tales ejercicios.

En su desempeño escolar los avances de “S” fueron regulares, siguió teniendo dificultades en algunas materias pues al escribir rápido no anotaba correctamente las palabras y después no entendía sus apuntes. Sin embargo notó que su hijo estaba más interesado por la lectura, específicamente en libros de fantasía.

5.3. Dimensión social: relación familiar, duelo.

La relación familiar basada en regaños y reproches, con sentimientos de molestia y culpa fue cambiando a lo largo de la intervención; el niño aprendió a comunicarse asertivamente con su madre, manifestándole sus necesidades y entablando conversaciones conciliatorias con ella, además se percató que su madre compartía su preocupación y tristeza por la enfermedad y muerte de su abuela, lo que afianzó su relación y colaboró a que ambos pasaran sanamente el proceso de duelo. Con su hermano la relación cambió favorablemente, ya que se observó que se relacionaba con él con más respeto y compartían la preocupación por su abuela, apoyándose mutuamente. Durante la intervención se logró que el niño encontrara espacios y tiempos adecuados para relacionarse con su abuela, el acercamiento que tuvieron al final de su vida ayudó a que “S” procesara de una mejor manera sana su muerte en comparación de su hermano, quien se notó sumamente perturbado el día del sepelio. Acerca del proceso vida-muerte el uso de la metáfora “se durmió” en vez de decir claramente que la persona murió tuvo un efecto singular, pues aparentemente no afectó al concepto de muerte que se formó el niño, sin embargo cuando murió su abuela llamó al terapeuta y le dijo “ya se durmió, ya se murió”. En cuanto a la relación con el padre no se observó ningún cambio.

CONCLUSIONES

El análisis u observación cualitativa de resultados de la intervención, se considera lo más adecuado al tipo de método empleado, porque permite rescatar la experiencia de trabajo con el caso de una manera integral y holística (Álvarez-Gayou, 2003; Salgado, 2007; Valdés, Sapien y Córdoba, 2003; Vargas, Sapien y Córdoba, 2007). Lo que adicionalmente permite relacionar los datos descriptivos con la conducta observable de "S" y su madre.

En primera instancia se puede decir que se alcanzó el objetivo de la presente proyecto: Diseñar y aplicar un método de intervención multidimensional para atender un caso de desarrollo alterado. Quedando de manifiesto que el método utilizado tuvo efectos favorables en el desarrollo de "S" pero no generalizados, pues en algunas áreas del desarrollo éstos no se observaron, asimismo son evidentes las dificultades que se presentaron a lo largo de la aplicación, en particular en lo que se refiere a la recolección de datos para poder evaluar el desempeño del método, este es un aspecto en el que la propuesta se mostró francamente débil, lo que nos hace pensar en la posibilidad de registrar datos cuantitativos y cualitativos cuando sea posible.

En este sentido, la psicología moderna que ha concebido al ser humano desvinculado de su contexto, fragmentado, centrándose en una sola dimensión de éste nos ha llevado a confundir esta sola dimensión con todo el ser humano (Alcaraz, 2008), cuando éste es un ser con múltiples dimensiones interdependientes, tales como la física, química, biológica, psicológica y social, por lo que necesitamos actualizar nuestra conceptualización de los humanos como seres multidimensionales y complejos.

La concepción unidimensional de la psicología moderna se evidenció en este trabajo, en el que inicialmente se cayó en esta tendencia y resultó problemático cambiarla. Sin embargo, también se evidenció en el trabajo realizado que los casos de alteraciones en el desarrollo son de índole compleja, que presentan múltiples aristas y que no es posible tratarlos con intervenciones simples y reduccionistas

(Hernández, 2012); de modo que siendo autocríticos es necesario integrar los métodos simplificadores de la psicología moderna (Rueda, 2007) con los avances del enfoque de la complejidad en un marco interpretativo que trascienda las limitaciones de la psicología moderna pero sin desechar sus aportaciones.

Ahora bien, respecto de la autoimplicación del psicólogo en el caso que atiende, la experiencia fue muy profunda, pues tratando de concebir lo psicológico como una unidad compleja, integrada, por la dimensión física, química, biológica, psicológica y social simultáneamente, es que me propuso el diseño y aplicación un método multidimensional contextualizante. Una vez aplicado este método, me auto-observo y en primera instancia me puedo percatar de mis limitaciones teóricas en torno a varios campos del conocimiento: física, química, biología, psicología y sociología, lo cual me dificultó entender cómo todos esos campos inciden al mismo tiempo en un caso de desarrollo alterado, sin embargo al utilizar el enfoque de las Ciencias de la complejidad logré comprender los múltiples nexos que podemos establecer entre distintas disciplinas y la articulación teórica y metodológica de éstas en la psicología. Siendo congruente con el marco interpretativo que elegí para realizar este proyecto, haré una serie de metaobservaciones (que es una operación que –en pocas palabras- consiste en observar cómo, con qué y desde dónde se hace una observación), para elaborar mis conclusiones.

Primera metaobservación

Respecto a la dimensión biológica se apreció que tanto el niño como su madre presentan sobrepeso (a diferencia del hermano mayor y el padre, los cuales son delgados), se observó que las sugerencias de modificar los hábitos de alimentación no tuvieron efecto pues la señora al estar al cuidado de su madre enferma y de su familia, se encontraba en una situación muy estresante en la que no resultó significativo o vitalmente importante modificar la dieta. La mala alimentación y sobrepeso de la madre y el hijo estaba relacionada con el alto nivel de ansiedad que presentaban los dos, el cual era retroalimentado entre ellos de manera recursiva. Al metaobservar mi desempeño en este aspecto, encuentro que lo enfoqué de manera lineal, suponiendo que las simples “indicaciones” al respecto serían suficientes para

tener un efecto que modificara estos hábitos, al mismo tiempo esta estrategia ahora me parece descontextualizada, pues en su momento no pude comprender el impacto de tener a la abuela del niño enferma de cáncer en fase terminal en el contexto de vida del niño y su madre. Aunada al estrés que le generaba la “mala conducta” de “S” en el sistema familiar, esas indicaciones fueron irrelevantes, pues los hábitos alimenticios de una familia como esta no son algo simple que se establece o cambia de un día para otro, sino que están fuertemente influenciados por el contexto cultural en el que se encuentran, el cual induce pautas de alimentación con excesos calóricos que se reflejan en el sobrepeso corporal con todas sus consecuencias, como fatiga, dificultad para concentrarse, baja autoestima, etc. Esta dificultad, me revela lo difícil que es pasar del paradigma de la simplicidad al de la complejidad, pero que si no lo intentamos nos encontraremos constantemente con la frustración de que nuestras “indicaciones” como profesionales no son seguidas por nuestros consultantes, porque se encuentran fuera de contexto y por tanto no son significativas y serán dejadas de lado.

Segunda metaobservación

Los resultados obtenidos en “S” y los efectos que esto provocó en mí como observador autoimplicado en el caso fueron muy impactantes. Respecto del niño, al analizar los resultados desde un punto de vista cuantitativo, encuentro dificultad para sustentar lo que he denominado “resultados favorables” sin tener un dato numérico de antes y después para poder hacer una comparación y si encuentro un “aumento” eso es lo que desde el paradigma de la modernidad traducimos como “mejoró”, “favorable”, “positivo”, “adecuado”; sin embargo se nos ha escapado un aspecto muy importante: ¿acaso cuando las madres se presentan a consulta porque observan un problema en el desarrollo de sus hijos, les pedimos que nos muestren la gráfica o la tabla de resultados con base en los cuales apoya su juicio de que su hijo o hija andan “mal”?, por supuesto que no, de manera que la observación subjetiva de las madres desde su propia experiencia o inexperiencia en la crianza de los hijos, de cualquier manera es suficiente para impulsarlas en la búsqueda de ayuda de las y los psicólogos –en nuestro contexto- , en ese mismo sentido, creo

que puede ser válido preguntarles directamente a ellas si lo que observan en sus casas a partir del tratamiento de sus hijos por parte de los profesionales les parece “adecuado”, “bueno”, “favorable”, o no y tomar en cuenta ese juicio subjetivo que hacen desde nuestro trabajo, aunque no se tenga como base los datos numéricos, los cuales son de indudable utilidad, pero no son el único medio con el que contamos para evaluar una intervención.

Sin embargo, he de confesar que siento que en el método propuesto hubieran sido de gran ayuda algunos registros numéricos, por ejemplo para medir el avance en cuanto a la corrección de la articulación de los fonemas que se sustituían, o bien para medir la forma en que los pleitos entre hermanos iban disminuyendo. En todo caso no me parece forzoso elegir entre un análisis cuantitativo y uno cualitativo, sino que en un método como el que he propuesto son útiles –en función del contexto- ambos tipos, de modo que podemos pensar en un análisis cuantitativo-cualitativo.

Tercera metaobservación

En cuanto a mi auto-implicación en el caso, me di cuenta de lo importante que fue para “S” mi presencia en el sepelio de su abuela y el acompañamiento en la elaboración del duelo, aspectos tratados por la psicología clínica, pero que no pueden ser separados de la educación especial cuando se presentan. Me queda claro que la relación afectiva entre usuario y terapeuta juega un papel fundamental en cuanto a los efectos que se pueden producir, y esos efectos son recíprocos, se benefició el usuario “S”, pero también me beneficié yo mismo, pues como seres humanos que hacemos algo más de lo que profesionalmente se nos exige, se avanza en la construcción de una relación humana en la que los involucrados establecen vínculos afectivos –como señala el psicoanálisis- que son los que constituyen el contexto emocional que probabiliza tanto el éxito como el fracaso de la intervención, no me queda duda de que esta parte fue la que hizo que “S” avanzara tanto para mejorar la relación familiar, con su madre, su abuela y su hermano –con el padre no se notó cambio alguno-; así como tampoco la tengo respecto de que esto me afectó profundamente en mi percepción del niño y de mi mismo, como alguien que es capaz de apoyar a sus usuarios en espacios

extraconsultorio y prestar una gran ayuda para superar momentos tan difíciles e importantes como la muerte de un ser querido, lo que me prepara a mí mismo acerca de cómo afrontaré esa experiencia cuando se presente en mi vida.

Me sentí con la necesidad de acompañar al niño y su familia en este trance, porque a mí mismo me gustaría sentirme acompañado en una situación semejante. El esfuerzo y tiempo invertidos en este acompañamiento me benefició profundamente porque me sensibilizó mucho en cuanto a lo importante que es mantener una sana relación afectiva con nuestros usuarios y con nuestras propias familias.

Cuarta metaobservación

El método aplicado tuvo muchas limitaciones y problemas, el tener que modificar sobre la marcha los planes de trabajo, lo que viví como parte de mi trabajo, pero siempre con ansiedad y el cuestionamiento racional acerca de si eso era la mejor manera de proceder con “S”, y eso me hace reflexionar sobre lo difícil que me resultó apartarme de la seguridad y estabilidad que me da apegarme estrictamente a un plan de trabajo preestablecido propio del paradigma de la modernidad, en el que no hay cabida para imprevistos como la muerte, el pleito con el hermano, la pena para hablar con la abuela, la indiferencia del padre que no encuentra o no quiere darse el tiempo para ver a su hijo participar en una obra de teatro, nada de eso se considera parte de la intervención en educación especial desde el punto de vista lineal, sin embargo he constatado, que la vida no es así, que está llena de situaciones imprevistas a las que hay que responder de inmediato haciendo uso de nuestra creatividad y capacidad de adaptación y de resolución de problemas. Esta es una de las bondades que le encuentro al método que apliqué, que me dio la oportunidad de cambiar de planes, de modificar las actividades y aprovechar cualquier oportunidad que encontramos en el camino, como hablar con un profesor acerca de una “varita mágica” o hacer dibujos sobre lo que sentimos y mostrárselos a alguien cuando nos sentimos solos. Como profesionales podemos tomarnos un momento para clarificar nuestros sentimientos al momento de trabajar con un usuario y darnos cuenta de si sabemos lo que estamos haciendo o nos encontramos perdidos improvisando y tratando de dar la apariencia de que sabemos lo que

hacemos, esa honestidad profesional para con uno mismo nos permite descubrir que en la incertidumbre de una situación aplicada podemos encontrar opciones adecuadas para responder a ella y de ahí encadenar una serie de ellas hasta que la situación cambie y nos obligue a cambiar de estrategia.

Quinta metaobservación

Respecto del método aplicado, falta mucho sustento teórico, los conceptos no son lo suficientemente claros, no queda claro con base en qué criterios proceder y eso da pie al riesgo de creer que se puede hacer “cualquier cosa” sin ningún rigor metodológico, cuando en realidad es todo lo contrario, lo cambiante y complejo de la situación de trabajar con seres humanos multidimensionales exige tener claridad respecto de lo que estamos observando y cómo lo estamos observando en un momento dado, de manera que si no tengo información específica sobre lo que está sucediendo no me queda más remedio que ir a lo más general y linealizar lo que observo para poderlo manejar, sin embargo si tengo información específica entonces puedo complejizarlo y trabajar de manera compleja interrelacionando los saberes a mi disposición e manera creativa para ponerlos al servicio de mi usuario.

Sexta metaobservación

El trabajo con el niño y su madre se ha prolongado por varios años, de manera directa en las intervenciones con ellos o indirectamente con el asesoramiento e involucramiento de mi parte hacia el tratamiento que recibían de otros terapeutas. Ante esta situación, una profesora me comentó que era necesario desapegarme del caso para que logran seguir su desarrollo sin el riesgo de depender de mí, por lo que la presente tesis fue una intervención que tuvo como objetivo tácito el dar un cierre a la relación terapéutica con el caso, sin cerrar la relación humana y amistosa que se desarrolló con “S” y su familia.

Observé que mantenía contacto permanente con “S” y con la madre dadas las características físicas tan similares a mí y a mi madre, por lo que me percaté que mantenía una actitud de “cuidar” más que acompañar en su proceso, llegando a comportarme con los otros terapeutas de manera soberbia, pues tenía la certeza de

que “nadie los iba a atender mejor que yo” y que solamente yo podía “ayudarlos como ellos necesitaban”, estando claramente en un proceso proyectivo.

Con base en lo anterior y las observaciones de mis profesores pude regresar mis proyecciones y asimilarlas, entendiendo que son un niño y una madre diferentes a mí y mi familia, convirtiendo mi proyección en empatía, lo que potenció la intervención.

Séptima metaobservación

Ligada a la anterior metaobservación, me di cuenta que pocas veces preguntaba al niño qué quería hacer o qué necesitaba ese día, es decir, asumía por su comportamiento y preguntas, su necesidad, pero no hacía reflejo de contenido para asegurarme que había entendido bien su necesidad. Sin darme cuenta invalidé en ocasiones a “S” e imponía las actividades pensando que era lo que el niño necesitaba. En este sentido estaba más atento a la necesidad de construir un método multidimensional contextualizante que contribuir al desarrollo del niño.

Octava metaobservación

Reflexionando sobre la primera intervención que tuve en el caso y ésta última, pude distinguir que la primera vez que trabajé con “S” utilicé técnicas conductuales, psicoanalíticas y socioculturales, suponiendo que el método que aplicaba era complejo, sin embargo comparándolo con este proyecto de tesis, se trató de una intervención multilineal, es decir, no había una estructura compleja dado que las sesiones con técnicas conductuales no se vinculaban con el trabajo psicoanalítico y a su vez no había un marco interpretativo que permitiera entender cómo se articulaban los métodos y teorías. Aunque tenía un plan estructurado me veía diariamente en la necesidad de “improvisar” lo que me causaba ansiedad por suponer que no estaba haciendo “bien” las cosas. No estuve satisfecho con mi intervención en ese entonces pues no logré los objetivos que me propuse, sin embargo al analizar esta situación encuentro que fue por mi concepción lineal desde un enfoque médico, en el cual mi meta era “curar” a mi “paciente”.

En la MPC se acepta que sólo podemos incidir en aquellas áreas que están relacionadas con el caso de Educación Especial y que el progreso en las intervenciones depende del caso, el contexto, el terapeuta, etc; lo que indica que hay casos donde la rehabilitación será más clara que en otros, o que hay otros en donde el servicio se da de por vida. Lo anterior me ayudó a disminuir mi ansiedad en la intervención, lo que a su vez propició que mi trabajo fuera mejor y centrado en las necesidades de "S" y observando las mías.

Novena metaobservación

Este proyecto de tesis significó para mi desapegarme de la forma conocida de hacer investigación y adaptarme a una nueva manera de hacer psicología, la cual me resultó confusa y en ocasiones molesta. Reconozco que al saber que el marco interpretativo en el que se sustenta esta tesis era la Metapsicología de Contextos mi intención era darle estructura, orden e innovarla con conceptos y métodos. Ante esta ambiciosa tarea experimenté frustración y miedo pues el orden que pretendía dar era lineal, lo cual era imposible en un enfoque complejo. Sin embargo fui comprendiendo que dentro de la complejidad hay orden, un orden complejo que da cabida a la incertidumbre, la novedad, la creatividad, ente otros procesos; lo cual en la práctica fui comprobando.

Por otra parte esta tensión por producir un método novedoso estaba ligada con demostrar a mi asesor mi capacidad y valía, pensando que este proyecto tenía que ser perfecto, lo cual me llevó a abandonarlo por un tiempo pues esa pretensión era imposible. Con ayuda de un proceso psicoterapéutico pude darme cuenta que necesitaba cerrar este ciclo para entrar en una nueva etapa en la que mi perspectiva ante la psicología en el ámbito de la educación especial es con un enfoque complejo dejando atrás el modelo biomédico. Me llena de alegría tener otra visión de éste ámbito de la psicología y co-crear desde ahí bases para la Metapsicología de Contextos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, C. G., Alcaraz, G. J., Herrera, O. I., y López, R. S. (1998). *El sujeto de educación especial y las teorías psicológicas*. En R.S. López y Rivera, M. M. *Cuerpo, identidad y psicología*. (1998). México: UNAM.
2. Alcaraz, J. R. (2014). *Complejidad y transdisciplina en el ámbito de la educación especial. Conceptos básicos*. Figura-fondo, pp. 115, 152, No. 36, Otoño, México: Instituto Humanista de Psicología Gestalt.
3. Alcaraz, J. R. (2008). *La percepción consciente en el marco de la Metapsicología de Contextos*. En R. S. López (coord.). *Reflexiones para la formación del psicólogo*, 19-55. México: UNAM.
4. Alcaraz, J. R. (2012). *Metapsicología para principiantes*. En R. S. López (coord.). *Una formación metodológica en Psicología*, 125-151. México: UNAM.
5. Almada, M., H. (2017). *Teoría y método en Terapia Gestalt. Articulación crítica de los conceptos centrales*. México: Pax.
6. Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
7. Ávila, J. A. (1999). *La cultura y el sujeto con requerimiento de educación especial*. En C. G. Aguilera, G.J.R. Alcaraz, A.J. Ávila, O. I. Herrera y R.S. López. *Cuerpo, identidad y psicología*, 1-15. México: Plaza y Valdés.
8. Baumgardner, P. (2006). *Fundamentos de la Terapia Gestalt*. En P. Fritz; B. Patricia. *Terapia Gestalt*, 19-27. México: Pax
9. Bunge, M. (1980). *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. México: Siglo XXI.
10. Cárdenas, A. T. y Barraza, M. A. (2014). *Marco conceptual y experiencias de la Educación Especial en México*. México: Instituto Universitario Anglo Español.
11. Carpintero, H (1998). *Historia de las ideas psicológicas*. España: Pirámide.
12. Ciurana, R., E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo de Edgar Morín*. México: Universidad de Guadalajara.

13. Diesbach, N. (2005). *Hacia un nuevo paradigma: revolución del pensamiento en siglo XXI*. México: UNAM.
14. Doltó, F. (1991). *Niño deseado, niño feliz*. México: Paidós.
15. Devereux, G. (1994). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
16. Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., e Hinojosa, G. (2011). *Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas.
17. Ginger, S. y Ginger, A. (1993). *La gestalt. Una terapia de contacto*. México: Manual Moderno.
18. Goodman, P., Hefferline, R., y Perls, F. (2006). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. España: Centro de Terapia y Psicología.
19. Ibáñez, B., C. (2007). *Metodología para la planeación de la educación superior. Una aproximación desde la Psicología Interconductual*. México: Universidad de Sonora
20. INEGI. (2014 y 2010). *Discapacidad en México. Población*. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P> Visitado [9 de octubre de 2016].
21. Lara, V. J. (2012). *Metapsicología de Contextos: consideraciones epistemológicas y metodológicas*. En R. S. López (coord.). *Formación de estudiantes en psicología. Una propuesta metodológica*, 101-122. México: UNAM.
22. Leontiev, A. (2007). *Los principios del desarrollo mental y el problema del retraso mental*. En Vigotsky, L. *Psicología y pedagogía*. España: Akal.
23. López, A., A. (1975). *Textos de medicina náhuatl. Instituto de investigaciones históricas*. México: UNAM.
24. López, H., G. (2008). *La respuesta reflejo*. México: Texto inédito.
25. Naranjo, C. (2011). *La vieja y la novísima Gestalt*. Chile: Cuatrovientos.
26. Manonni, M. (1990). *El niño retardado y su madre*. México: Paidós.

27. Michel, S. (2009). *Parte II. Metodología del CAI. En: En busca de la comunidad. Facilitación de procesos de integración y crecimiento personal en la organización.* México: Trillas.
28. Morín, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo.* España: Gedisa.
29. Morín, E. (1982). *Ciencia con consciencia.* España: Anthropos.
30. Oaklander, V. (2004). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes.* Chile: Cuatro vientos
31. Plancarte, P. A. y Ortega, P. S. (2010). *La participación de diferentes disciplinas en el servicio de Educación Especial.* En P. Ortega, y P. Plancarte (coord.). *Educación Especial, formación multidisciplinaria e interdisciplinaria,* 41-50. México: UNAM.
32. Plancarte, P. A. (2010). *Reseña histórica de la Educación Especial en México.* En P. Ortega, y P. Plancarte (coord.). *Educación Especial, formación multidisciplinaria e interdisciplinaria,* 21-38. México: UNAM.
33. Roger, C. E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo de Edgar Morín.* México: Editorial Universitaria de Universidad de Guadalajara.
34. Rojas, C., I. (2011). *Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica.* Tiempo de Educar, Vol. 12, No. 24, julio-diciembre, pp. 277-297. México: Universidad Autónoma del Estado de México. En <http://www.redalyc.org/pdf/311/31121089006.pdf>. Visitado [2 de noviembre de 2016].
35. Rosete, S. C. (2012). *Cómo aprender a aprehender: pasado, presente y futuro desde la metapsicología de contextos.* En R. S. López (coord.). *Formación de estudiantes en psicología. Una propuesta metodológica,* 123-146. México: UNAM.
36. Rosete, C., Alcaraz, R., y Nieto, M. (2012). *La construcción multidimensional del cuerpo. Historia de caso.* En R. S. López, (coord.) *Una formación metodológica en psicología,* 153-169. México: UNAM.
37. Rueda, O.R (2007). *Para una pedagogía del hipertexto. Una teoría de la deconstrucción y la complejidad.* Barcelona: Anthropos.

38. Salama, P., H. (2007). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. México: Alfaomega.
39. Salama, H. y Villareal, R. (1992). *El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual moderno.
40. Salgado, L. A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Perú: Universidad de San Martín de Porres.
41. Tallanferro, A. (1976). *Curso básico de psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires.
42. Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.
43. Trianes, V., Jiménez, M., Ríos, M. (2000). *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares*. España: Pirámide.
44. Valdés, R. M., Córdoba, B. I., Sapien, L. J. (2003). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. México: UNAM.
45. Valencia, L. A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad. De la opresión a la lucha por sus derechos*. Argentina. Disponible en: <http://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>. Visitado [7 de enero 2017].
46. Vargas, R. M., Córdoba, B. I., Sapien, L. J. (2007). *Impacto psicológico del aborto inducido en mujeres jóvenes*. Revista Psicología y Ciencia Social. 9 (1), 5-18
47. Vargas, B., J. (2002). *Tecnología psicológica el momento de la transición*. Revista electrónica de psicología Iztacala, Vol. 5 No. 2. Julio de 2002.
48. Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. México: Cuatrovientos.
49. Zinker, J. (1999). *El proceso creativo en la Terapia gestáltica*. México: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista

S en la Clínica:

- ¿Qué avances tuvo S? Desde la intervención conmigo hasta su último semestre. ¿Qué se hizo? ¿Qué opina de estos avances?
- ¿Qué limitaciones tuvo su hijo? ¿Qué cree que le faltó?

S fuera de CUSI:

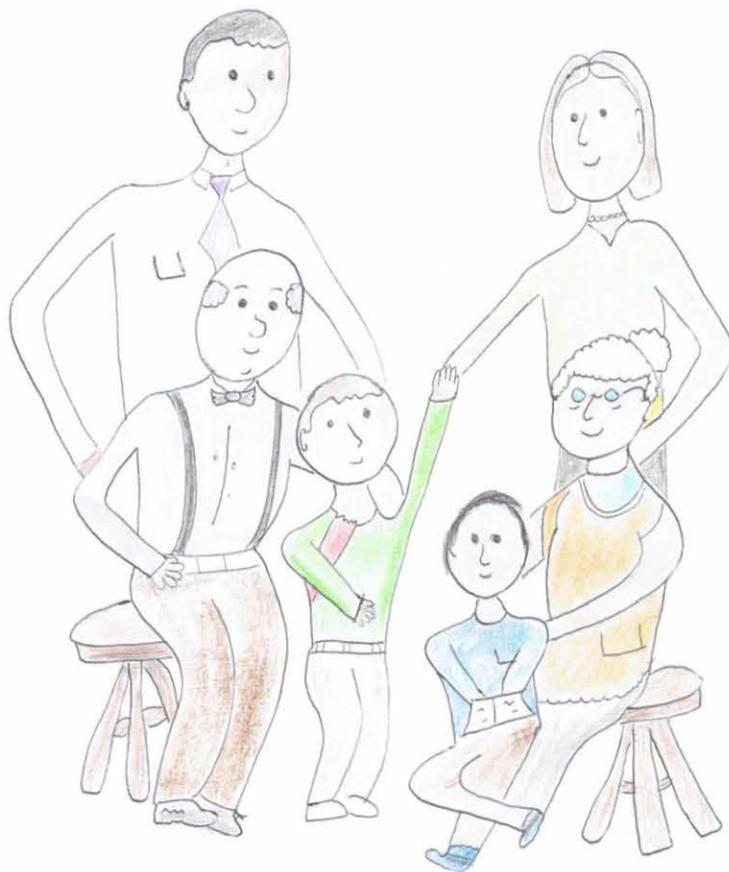
- ¿Qué avances tuvo su hijo fuera de la clínica?
- ¿Cómo es su desempeño en la escuela?
- ¿Cómo es en el deporte?
- ¿Cómo es él con sus amigos?
- ¿Qué actividades realiza en casa? ¿cómo es él ahí?
- Describa su rol de hijo, de hermano, de nieto
- ¿Qué actividades encaminadas a su terapia realizó en casa?

Convivencia familiar

>Madre

- Describa a S
- ¿Cómo la describiría él?
- Describase usted

ANEXO 2



Ellos son la familia Rodríguez, mamá, papá, abuela,
abuelo, Emilio y Samuel.

La familia vive en una casa en la ciudad, son muy
unidos y felices.

Ellos hacen muchas cosas juntos...

Comen



juegan
juegan



y rien mucho

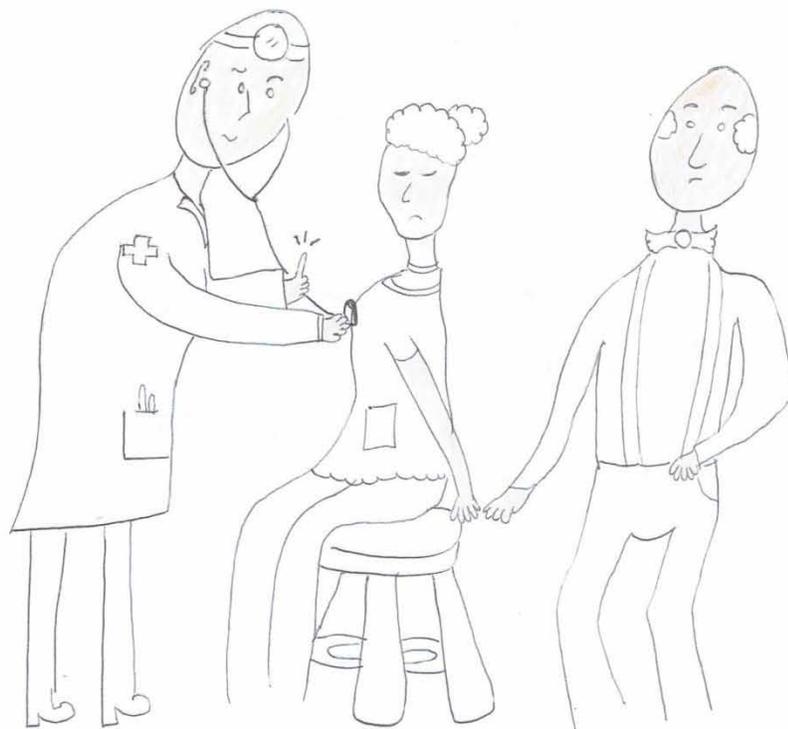


Hasta que un día abuelita comenzó a estar más cansada de lo normal...



Ya no quería salir a jugar

Abuelita y Abuelito fueron al
 mébijo ...
 medico

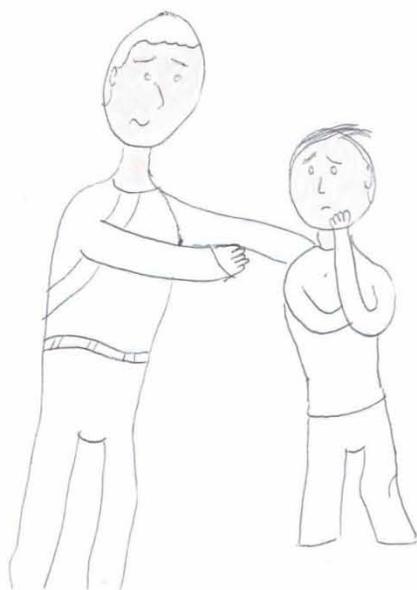


Él supo lo que
 sucedía
 El supo lo que
 sucedía

Emilio y Samuel

no sabían lo
sabían
que ocurría,

estaban muy
estaban
preocupados



Samuel se sentía

muy triste

y Emilio estaba muy
preocupado

"¿Le habrán
hecho un
encantamiento?"

Imagino
Samuel



"¿Ya no nos quiere?"

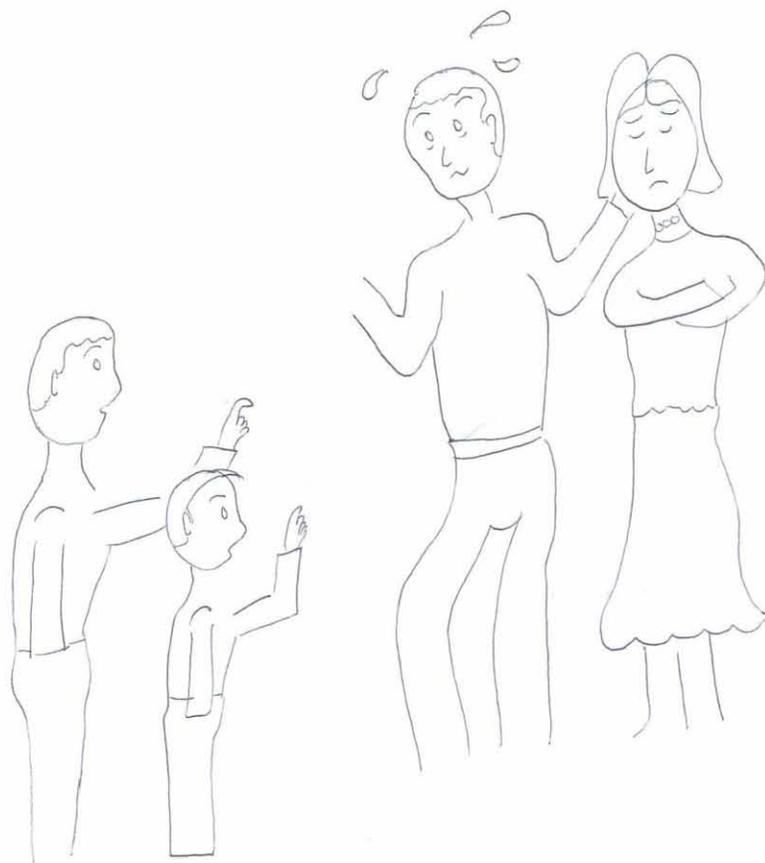
Pensó Emilio

Adelita dormía mucho tiempo...
Abelita dormía



y había perdido su hermoso
cabello blanco.
blanco

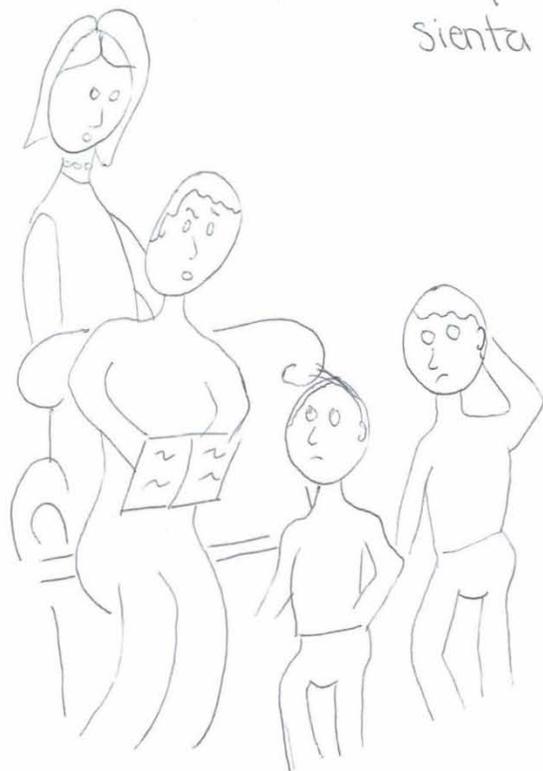
Los niños Samuel y Emilio
interrogaron a papá y mamá...

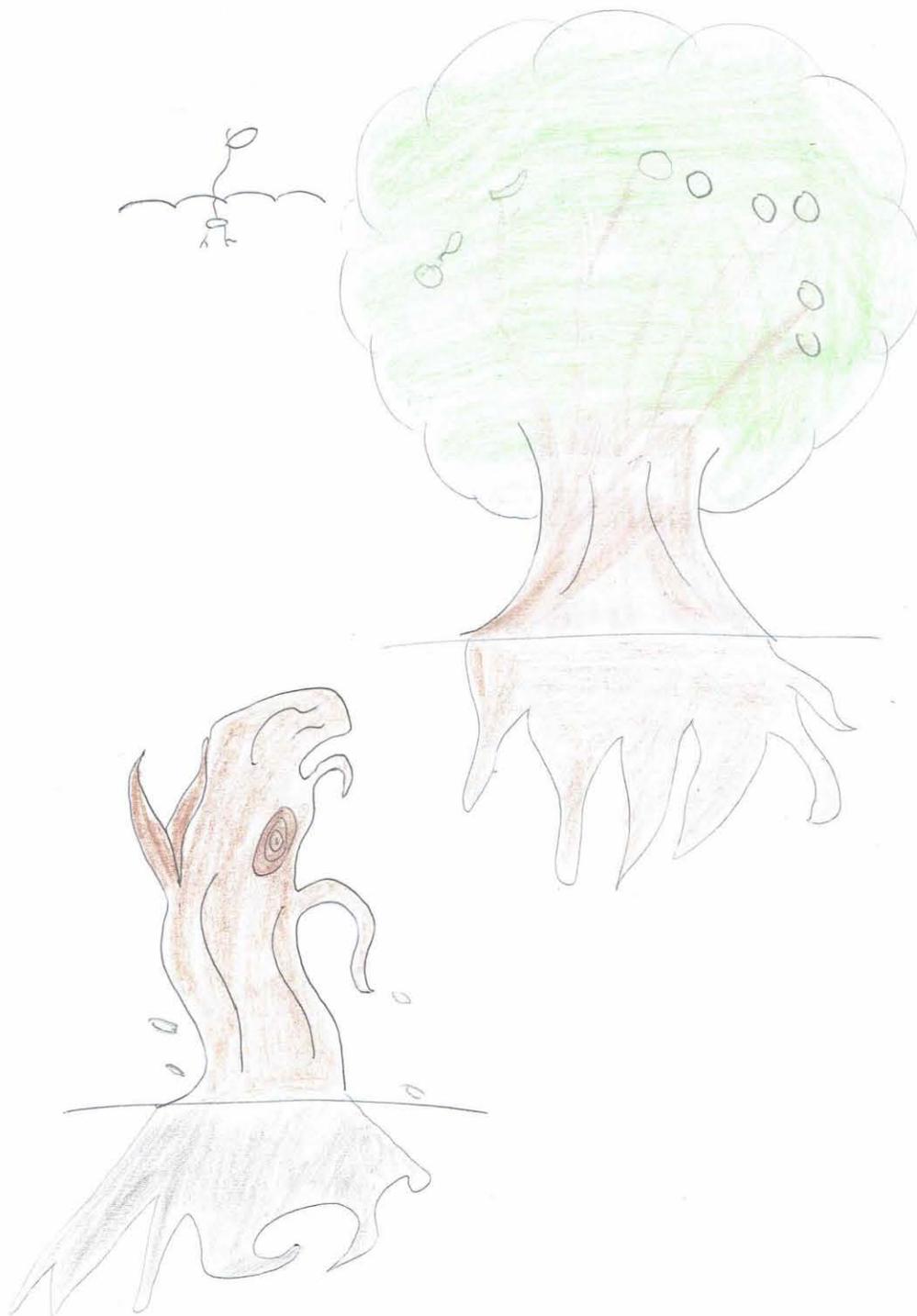


Notaban a su abuelita muy mal
y eso los hacía sentirse mucho mal
sentirse

porque no querían ver a su abuelita
porque sufrían

Finalmente papá y mamá le explicaron a Emilio y Samuel que su abuelita tenía cáncer, una enfermedad que hace que abuelita se sienta mal.





Los padres les explicaron a los niños que TODOS los seres vivos nacen, crecen, dan lo mejor de sí y finalmente mueren.

Somos como un árbol, nacemos y somos muy pequeños, crecemos, damos frutos y llega un día en que tenemos que morir, se "nos caen las hojas".

Cuando una persona muere... ~~van a~~ ^{van a} ~~sielo~~ ^{sielo}
le dan su ~~siencia~~ ^{siencia}

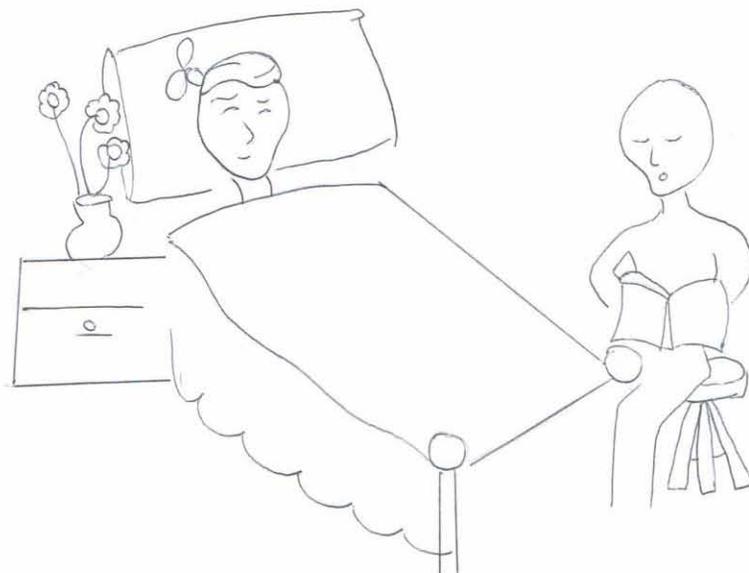
Así que tenemos que aprovechar el tiempo en vida y ~~querer~~ ^{querer} a nuestros seres queridos

Así que Emilio decidió abrazar a su abuela
todos los días y decirle que ~~la~~
amaba mucho



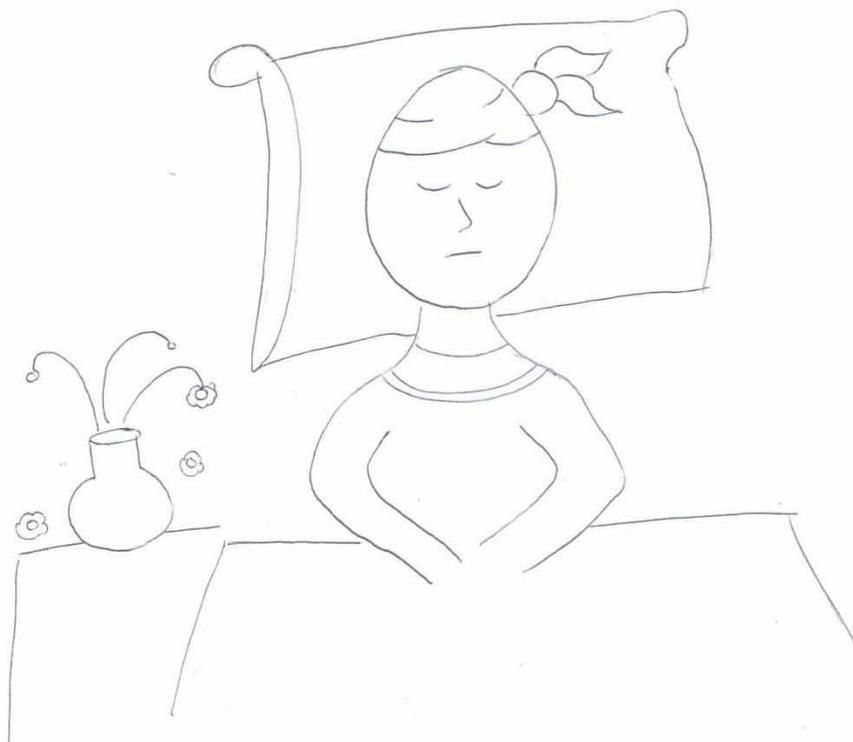
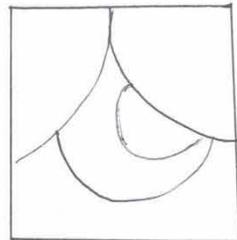
Por su parte Samuel le contaba historias
cada tarde. Además le platicaba que como
esta vez
tarde

y que se sentía mal
por ella



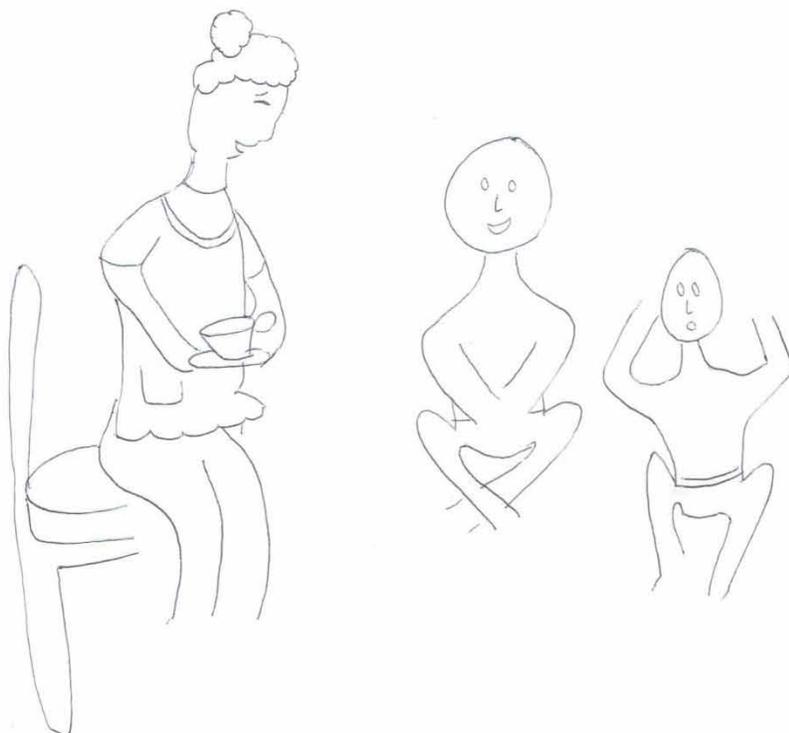
Pero que recuerda con mucha alegría el día en
que ellos abracaba y le contaba
un cuento

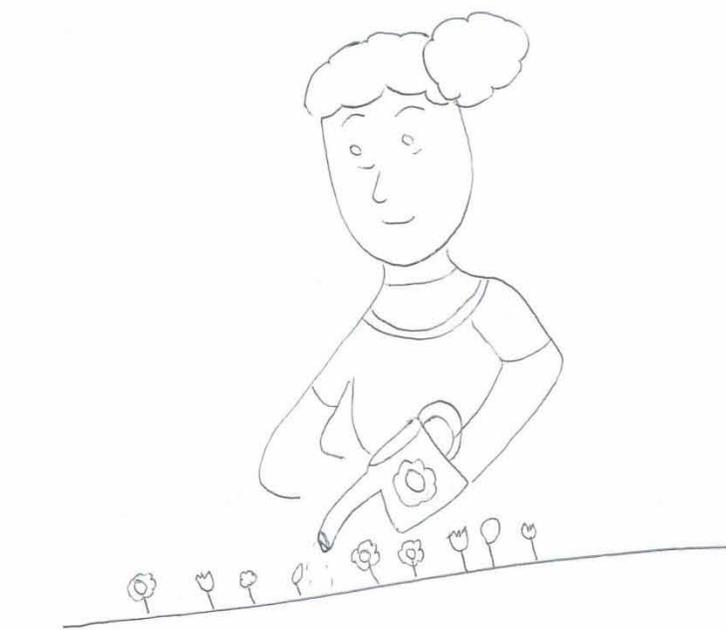
Lamentablemente una noche abuelita
fue a dormir, pero ya no
despertó ...



había dejado éste mundo,
se fue a l sieto

Pero los niños nunca olvidarán a su
abuelita, recordarán todas esas
magavillosas historias
maravillosas historias
que cotaba
contaban





Y nunca jamás ~~olvidaran~~ olvidaran
que ella fue la mejor abuela del mundo
porque ... La amaban