



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“REGULACIÓN EMOCIONAL, EMOCIONES MORALES,
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y FUNCIONES
EJECUTIVAS: ESTUDIO DE CASO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MAURICIO CONSUELOS BARRIOS

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTOR
DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

Pachuca de Soto, Hgo.

Agosto, 2020





29 de mayo de 2020

Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Mauricio Consuelos Barrios**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Regulación emocional, emociones morales, problemas de comportamiento y funciones ejecutivas: estudio de caso"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Función	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Ruben Garcia Cruz	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Mtro. Jesús Antonio Carrillo Citalán	Segundo Vocal	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Tercer Vocal	
Dra. Norma Angelica Ortega Andrade	Secretario	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Suplente	
M.S.P. Aglaia G. Salame Castro	Suplente	



AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la vida por permitirme comenzar y sobre todo terminar este proyecto.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en especial al Instituto de Ciencias de la Salud, por darme las herramientas para llevarlo a cabo.

A mi madre, por apoyarme cada vez que lo requerí y guiarme cuando lo necesitaba, no dejarme rendir y enseñarme que cualquier cosa que empiezo la debo terminar y bien, por enseñarme que el talento sin trabajo duro, no sirve de nada.

A mi padre, por apoyarme económicamente para terminar mis estudios.

A mi familia por apoyarme incondicionalmente, que siempre han sido importantes en mi desarrollo.

A la Dra. Andrómeda Valencia por el compartir sus conocimientos conmigo, el guiarme a través de este proceso y por enseñarme a creer en mí, ya que a lo largo de la carrera tuve profesores que me enseñaron evaluación psicológica, diagnóstico, metodología y demás temas, pero ninguno a soñar con cosas que ni siquiera podía imaginar que lograría.

A su esposo y gran amigo César Martínez por apoyarme cuando más lo necesité, motivarme para terminar el proyecto y sobre todo por el aprendizaje obtenido a lo largo del camino.

Al Dr. Rubén García por compartir sus historias, sus anécdotas, risas y especialmente por poner énfasis en cada detalle para que este trabajo fuera concluido de la mejor manera.

A la Dra. Norma Ortega por su paciencia y correcciones precisas, que me permitieron mejorar y aprender más.

A mis sinodales el Mtro. Jesús, la Dra. Flor, la Dra. Claudia y la Mtra. Aglaia por su apoyo y ser parte de este trabajo.

A la Mtra. Karina Traffon por compartir sus conocimientos conmigo y sobre todo su apoyo, no solo para empezar, desarrollar y terminar este trabajo, sino lo que conllevó esta tesis, siendo desvelos, frustración, alegrías y en especial muchas risas, que si bien este proceso fue extenso, dicen que con un buen amigo no hay camino que sea largo.

Al Mtro. Miguel Castillo por ser un gran instructor en el ámbito de la Neuropsicología que me permitió ampliar mis conocimientos y fortalecer los antes adquiridos, sin su ayuda esta tesis no hubiera obtenido los mismos resultados.

A mis compañeros y amigos del cubículo, Vicente, Magali, Amir, Gustavo, Alinne, Vanessa y la más pequeña, Monserrat por todas las risas, anécdotas y apoyo recibido en este largo proceso, ya que sin estas experiencias no hubiera sido lo mismo, pero sobre todo a las Mtras. Karina y Alejandra por adentrarme en el campo de la investigación y su orientación en el transcurso de este trabajo.

A mis amigos Daniela, Salvador, Edgar, Daniel, Anel, Mary, Alondra, Clariza por estar siempre apoyándome, escuchándome y motivándome, no solo en este trabajo, sino a lo largo de la carrera y desde que los conozco, este trabajo es en parte resultado de su amistad y cariño y es que cualquier cosa que hagas en esta vida, no es legendaria a menos que tus amigos estén ahí para verlo.

A las escuelas por las facilidades otorgadas y sobre todo a cada uno de los niños participantes en esta evaluación, que me permitió aprender mucho más.

Agradecer también, a todos los que no alcanzaron a ver los resultados de este trabajo, pero en algún momento estuvieron presentes en el proceso, ya que de alguna manera también son importantes.

A todos y cada uno de aquellos que me ayudaron y apoyaron de manera intencionada o inintencionadamente en este proyecto, muchas gracias.

It's going to be, legen... Wait for it.

“El simple aleteo de las alas de una mariposa puede provocar un huracán al otro lado del mundo.”

Edward Lorenz

“Una persona puede cambiar el mundo dándole esperanza a la gente”

Almte. William H. McRaven

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
Capítulo I. Salud Mental, Regulación Emocional y problemas de conducta en la Infancia	13
1.1 Salud Mental en la Infancia.....	13
1.2 Factores de riesgo para la Salud Mental en la infancia.....	16
1.2.1 Síntomas Internalizados (emocionales).....	17
1.2.2 Síntomas Externalizados (problemas de conducta)	28
1.2.3 Desregulación emocional en la infancia	35
1.3 Factores protectores para Salud Mental en la infancia	37
1.3.1 Bienestar en la familia.....	39
1.3.2 Crianza positiva	42
1.3.3 Regulación emocional en la infancia.....	43
Capítulo II. Funciones Ejecutivas y Emociones Morales	46
2.1 Funciones Ejecutivas	48
2.2 Desarrollo de las Funciones Ejecutivas en la infancia.....	50
2.3 Emociones Morales y regulación emocional	56
2.3.1 Emociones Morales Positivas.....	60
2.3.2 Emociones Morales Negativas.....	60
Capítulo III. Evaluación Psicológica y Neuropsicológica en la infancia	62
3.1 Evaluación Psicológica	62
3.1.1 Entrevista Conductual.....	66
3.1.2 Observación	67
3.1.3 Análisis funcional de la conducta.....	68
3.2 Evaluación Neuropsicológica.....	70
3.2.1 Evaluación Neuropsicológica infantil.....	71
3.2.2 Evaluación de las Funciones Ejecutivas.....	72
MÉTODO GENERAL	75
Justificación.....	75
Objetivo General.....	77
Objetivos Específicos.....	77
MÉTODO FASE I	78
Pregunta de investigación.....	78
Objetivo General.....	78

Objetivos Específicos.....	78
Tipo de estudio	78
Tipo de diseño.....	78
Variables	79
Hipótesis de trabajo	80
Participantes.....	81
Tipo de muestreo.....	81
Criterios de inclusión.....	81
Criterios de eliminación	81
Instrumentos.....	81
Procedimiento Fase 1	83
Análisis de datos propuesto.....	83
Implicaciones éticas	83
RESULTADOS FASE I.....	84
MÉTODO FASE 2: ESTUDIO DE CASO	96
Pregunta de investigación.....	96
Objetivo general.....	96
Objetivos específicos	96
Tipo de estudio	96
Tipo de diseño.....	96
Variables	97
Hipótesis clínica	99
Participante.....	99
Tipo de muestreo.....	99
Criterios de inclusión.....	99
Criterios de exclusión.....	99
Criterios de eliminación	99
Instrumentos.....	100
Procedimiento	101
Implicaciones éticas	101
RESULTADOS ESTUDIO DE CASO.....	103
RESULTADOS ESTUDIO DE CASO.....	108
CONCLUSIONES Y DISCUSIONES	115
REFERENCIAS	125
ANEXOS	136

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Definición de funciones ejecutivas.....	48
Tabla 2: Desarrollo de las funciones ejecutivas en diferentes etapas del desarrollo y edad.....	52
Tabla 3: Descripción de las principales técnicas en evaluación psicológica.....	64
Tabla 4: Baterías Neuropsicológicas con mayor uso.....	72
Tabla 5: Pruebas para la evaluación de funciones ejecutivas.....	73
Tabla 6: Principales baterías neuropsicológicas en México.....	74
Tabla 7: Operacionalización de las variables.....	79
Tabla 8: Medias obtenidas por sexo en el cuestionario CABS.....	85
Tabla 9: Estilo de comunicación identificado con el CABS, en todos los participantes del estudio.....	85
Tabla 10: Comparación de Estilo de comunicación por sexo identificado con el CABS.....	86
Tabla 11: Medias obtenidas por sexo en las subescalas del cuestionario CMAS – R2.....	86
Tabla 12: Nivel de Ansiedad Manifiesta.....	87
Tabla 13: Comparación de Nivel de Ansiedad Manifiesta por sexo.....	87
Tabla 14: Medias obtenidas por sexo en el cuestionario CDI.....	88
Tabla 15: Nivel de Depresión.....	89
Tabla 16: Comparación de Nivel de Depresión por sexo.....	89
Tabla 17: Medias obtenidas por sexo en la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas.....	90
Tabla 18: Subtotal Orbitomedial.....	90
Tabla 19: Comparación de Subtotal Orbitomedial por sexo.....	91
Tabla 20: Subtotal Prefrontal Anterior.....	91
Tabla 21: Comparación de Subtotal Prefrontal Anterior por sexo.....	92

Tabla 22: Total Dorsolateral (MT + FE).....	92
Tabla 23: Comparación de Total Dorsolateral (MT + FE) por sexo.....	93
Tabla 24: Total Batería Neuropsicológica.....	93
Tabla 25: Comparación de Total Batería por sexo.....	94
Tabla 26: Operacionalización de las variables.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Componentes de la Salud Mental.....	14
Figura 2: Diagnósticos de Consulta Externa en Hospital Psiquiátrico Infantil.....	15
Figura 3: Diagnósticos de Hospitalización en Hospital Psiquiátrico Infantil.....	16
Figura 4: Teorías que explican las causas de la depresión.....	20
Figura 5: Trastorno depresivo Mayor.....	21
Figura 6: Trastorno depresivo persistente.....	22
Figura 7: Teorías que explican la ansiedad.....	24
Figura 8: Trastorno de ansiedad generalizada.....	26
Figura 9: Trastorno de ansiedad social.....	27
Figura 10: Proceso de magnificación de la conducta agresiva.....	29
Figura 11: Trastorno negativista desafiante.....	30
Figura 12: Trastorno de la conducta.....	31
Figura 13: Tipos de Violencia.....	32
Figura 14: Clasificación de la violencia.....	33
Figura 15: El maltrato infantil modifica la arquitectura de la red cortical, Cíngulo anterior izquierdo.....	34
Figura 16: Desregulación emocional ante la situación.....	35
Figura 17: Desregulación emocional ante la experiencia.....	36
Figura 18: Desregulación emocional ante la respuesta.	37
Figura 19: Factores Protectores para la salud mental en la infancia.....	38
Figura 20: Factores Protectores de la Salud Mental.....	39
Figura 21: Características para cumplir con el bienestar.....	41
Figura 22: Características de la crianza positiva.....	42
Figura 23: Estrategias de regulación emocional.....	45
Figura 24: Proceso de la respuesta emocional.....	46
Figura 25: Flujo normal de información en el cerebro.....	47

Figura 26: Flujo normal de información en el cerebro bajo la influencia del estrés.....	48
Figura 27: Cortezas que componen la Corteza Orbitofrontal.....	51
Figura 28. Desarrollo de funciones ejecutivas en diferentes etapas del desarrollo.....	56
Figura 29. Principales técnicas utilizadas en la evaluación psicológica.....	63
Figura 30. Tipos de entrevistas.....	67
Figura 31. Proceso para recolección de datos con la técnica de observación.....	68
Figura 32. Principales características del análisis funcional de la conducta.....	69
Figura 33. Pasos a seguir en la evaluación neuropsicológica.....	70
Figura 34: Ejes de la evaluación neuropsicológica.	71
Figura 35. Esquema general de investigación.....	77
Figura 36: Número de participantes por sexo.....	84
Figura 37. Análisis comparativo de batería neuropsicológica de funciones ejecutivas entre puntuación máxima obtenida y puntuación mínima obtenida.....	95
Figura 38: Familiograma.....	104
Figura 39. Mapa Clínico de Patogénesis.....	106
Figura 40. Mapa Clínico de Fortalezas.....	107
Figura 41. Puntuación obtenida por el alumno en el CDI.....	108
Figura 42. Puntuación obtenida por el alumno en el CMASR-2 para identificar sintomatología ansiosa.....	109
Figura 43. Puntuaciones obtenidas por el alumno en las subescalas del Inventario para la medición de la Ira en niños mexicanos.....	110
Figura 44. Puntuación obtenida por el alumno en la Escala de Asertividad.....	111
Figura 45. Puntuaciones totales obtenidas por el alumno en BANFE-2.	113
Figura 46. Análisis comparativo de batería neuropsicológica de funciones ejecutivas entre R y la media de la población.....	114

RESUMEN

Las emociones morales funcionan en los individuos como un regulador de su comportamiento y así poder adecuarse a las necesidades específicas del contexto social en el que se encuentran inmersos. En algunas etapas del desarrollo como es la infancia, estas habilidades dependen en gran medida del nivel de maduración física, cognitiva y afectiva. Estudios reconocen que los lóbulos frontales se encuentran en pleno crecimiento en esta etapa, por lo tanto las funciones ejecutivas están fuertemente relacionadas con la experiencia de las emociones morales y pueden alterarse cuando el proceso de desarrollo se ve afectado por factores externos (como el ambiente familiar o escolar) y sobre todo cuando esta actividad regulatoria emocional no se vincula con la educación en valores, manifestándose como alteraciones en el comportamiento (problemas de conducta) y generando problemas en la adecuada expresión de las emociones morales. Para ejemplificar lo anterior, este estudio se divide en dos fases, la primera una evaluación a niños de 9 años (N=33) que nos permita identificar sus niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) y en la segunda fase se presenta, basada en la metodología de estudio de caso de un varón de 9 años de edad, con antecedentes de problema de conducta y dificultades en la interacción con pares, a quién se le aplicó una batería de pruebas compuesta por instrumentos que evalúan el enojo, habilidades sociales, depresión y ansiedad junto con la batería neuropsicológica BANFE-2, identificando alteraciones en la corteza prefrontal, específicamente en la zona orbitomedial. De igual forma se presenta, la propuesta de tratamiento basado en evidencia que debe realizarse para facilitar el desarrollo de emociones morales, y por consiguiente de una mejor regulación emocional y conductual que permita al menor adaptarse a su entorno escolar y familiar.

ABSTRACT

Moral emotions act in individuals as a regulator of their behavior and thus be able to adapt to the specific needs of the social context in which they are immersed. In some stages of development such as childhood, these skills depend heavily on the level of physical, cognitive and affective maturation. Studies recognize that frontal lobes are in full growth at this stage, therefore executive functions are strongly related to the experience of moral emotions and can be altered when the development process is affected by external factors (such as the family or school environment) and especially when this emotional regulatory activity is not linked to education in values , manifesting itself as behavioral alterations (behavioral problems) and generating problems in the proper expression of moral emotions. To exemplify the above, this study is divided into two phases, the first an evaluation to 9-year-olds (N=33) that allows us to identify their levels of depressive symptomatology, anxious symptomatology (emotional regulation), social skills (behavioral problems) and executive functions (moral emotions) and in the second phase is presented, based on the case study methodology of a 9-year-old male , with a history of behavioral problem and difficulties in peer interaction, to whom a battery of tests consisting of instruments evaluating anger, social skills, depression and anxiety along with the neuropsychological battery BANFE-2, identifying alterations in the prefrontal cortex, specifically in the orbital area. It is also presented, the proposal of treatment based on evidence that must be made to facilitate the development of moral emotions, and therefore better emotional and behavioral regulation that allows the minor to adapt to their school and family environment.

INTRODUCCIÓN

La Regulación Emocional (RE) funge un papel sumamente importante en el desarrollo infantil, esto debido a que presagia la forma en que un niño se llegará a relacionar a lo largo de su vida, el no expresar o regular de manera idónea las emociones, puede afectar la preservación e instauración de nuevas relaciones sociales. Así mismo, una buena RE es que contribuye a la función de la comunicación, ya que permite recabar información acerca de los pensamientos e intenciones de las personas y esto mejoraría los encuentros sociales (Rendón, 2007).

Actualmente, se han incrementado problemas conductuales en la infancia, lo que provoca una inadaptación al entorno social o al contexto (escolar, familiar, laboral, etc.). Esta problemática se debe abordar desde la Psicología, así como de manera inter y multidisciplinaria. Uno de los elementos que se vincula con la disminución de problemas de conducta es la Regulación Emocional, ya que permite ajustar la respuesta física que se obtiene al experimentar una emoción, mediante el uso de técnicas que ayudan al individuo a dar una resolución adecuada a su contexto y facilitar el cumplimiento de metas (Ramírez, 2018).

Diversos autores establecen que algunas psicopatologías se derivan, en gran parte, porque el niño, no desarrolla un proceso de regulación eficiente, esto debido a diversas circunstancias, tales como el tipo de estrategia utilizada para llevar a cabo la regulación emocional o como resultado de un desarrollo deficiente en la identificación y expresión de las emociones (Silva, 2005).

Así mismo existen, las emociones morales, que desempeñan el papel de mediadoras de nuestras conductas y comportamiento, ya que tratan de predecir las futuras consecuencias que resulten, es así como, personas que podrían pensar en realizar algo no aceptable, se detienen al sentir malestar al ver que el resultante de su acción, pueda ocasionar un mal a otro (Moll, Oliviera-Souza, Zahn, & Grafman, 2008).

La forma en cómo los sujetos intervienen en las emociones que ellos u otro experimentan, entendiendo el cómo, cuándo, dónde y de qué manera se expresan, se puede catalogar en dos maneras diferentes, tanto positivas como negativas, es por eso que el principal objetivo de las emociones morales es buscar la preservación y modular las relaciones sociales, ya que su naturaleza es buscar actos en pro del bienestar social; pero a su vez pueden existir alteraciones en la intensidad de la experiencia emocional moral y esto puede derivar en un malestar cognitivo y a su vez, disfuncionalidad en el comportamiento humano (Rueda, 2020).

Aunado a esto, uno de los principales puntos para que el desarrollo infantil sea exitoso es lograr la maduración del Sistema Nervioso, lo que se puede observar con el adecuado manejo de las Funciones Ejecutivas (FE). Las FE permiten a las personas tener un desempeño eficiente en cualquier ámbito en el que esté inmerso, incluyendo la capacidad de autocontrol o control inhibitorio, también permite discernir entre la importancia de la información que se recibe y si será de utilidad a corto plazo (Lozano & Ostrosky, 2011).

En este sentido el objetivo de esta investigación fue realizar una evaluación psicológica y neuropsicológica en niños escolarizados de nueve años del estado de Hidalgo, para llevar a cabo análisis descriptivos y un estudio de caso. En cuanto a la estructura, esta tesis, se encuentra conformada por tres capítulos de marco teórico. El primero denominado "Salud Mental, Regulación Emocional y problemas de conducta en la Infancia", seguido del capítulo número dos "Funciones Ejecutivas y Emociones Morales" y por último el capítulo tres "Evaluación Psicológica y Neuropsicológica en la infancia".

Capítulo I. Salud Mental, Regulación Emocional y problemas de conducta en la Infancia

1.1 Salud Mental en la Infancia

El académico español Gregorio Piédrola Gil decía que: “La salud es algo que todos el mundo sabe lo que es, hasta el momento que la pierde, o cuando intenta definirla”. Es por eso que el definir este concepto no es nada fácil, ya que, a pesar de ser un tema muy común, cuando se busca dar una definición, es cuando se termina por hablar de aquellos síntomas que nos aquejan y no de la salud en sí. Es importante saber esto ya que con el tiempo la definición de salud puede ser catalogada como un constructo general, algo ambiguo e incluso utópico (Salas & Castañeda, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013), en su concepto de salud menciona, que esta está catalogada como un estado completo de bienestar, tanto físico, social y mental, ya que no solo remite a la ausencia de afecciones o enfermedades. Es por eso que la salud no es algo estático, sino más bien un estado que va cambiando con el tiempo. Existen diferentes factores tanto internos como externos que pueden afectar o beneficiar a esta, estos pueden ser externos, internos, sin dejar de lado como la interacción de los mismos afectan la salud, las cuales tienen un factor sumamente importante para la reestructuración de nuestros esquemas interiores (Labiano, 2010).

La OMS desde hace algún tiempo ha tratado de definir la salud mental como un estado de bienestar en el cual una persona está consciente de sus propias capacidades y esto le permite afrontar los problemas normales de la vida, a su vez, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Cuellar, 2018).

La Salud Mental (SM) refiere acerca de la capacidad que tiene una persona de tener vivencias satisfactorias, es decir, una persona feliz, que puede tener experiencias gratificantes, ya sea que dependa en poca o gran medida de ella, será una persona con una buena SM (Sánchez, 2008).

Así mismo, retomando el constructo la salud mental, hace referencia además a la convivencia eficaz de una persona con su medio, reflejado en la percepción e interpretación de su realidad, el poder dar cuenta de sus características físicas y mentales, esto aunado a la manera de satisfacer sus necesidades físicas básicas, con el fin de promover en sí un estado prolongado de bienestar (Moscoso, Rodríguez, Reyes, & Colón, 2016). Por lo tanto, la calidad de vida y una sana convivencia, están sumamente influenciadas por la buena salud mental (Mebarak, De Castro, Salamanca, & Quintero, 2009).

Sánchez (2008), menciona que, a pesar de varias definiciones con respecto a la salud mental, se pueden abordar tres principales características que la componen, las cuales son explicadas en la figura 1.



Figura 1. Componentes de la Salud Mental. (Adaptado de “Salud mental y enfermedad” por P. Sánchez, 2008, *Psicología Clínica*).

Sin embargo, en el campo de la salud mental se le da prioridad al modelo biologicista, dándole mayor énfasis a la atención de la patología, excluyendo el concepto de salud mental, restándole importancia y utilidad, y esto a su vez disminuye la percepción de sus beneficios en el campo de la medicina preventiva, por lo que existen conflictos para desarrollar planes de acción que se enfoquen en el bienestar como una estrategia para que los trastornos que aquejan a la población sean tratados (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Una mala salud mental afecta de manera considerable a una persona, y a diferentes ámbitos en los que se encuentra inmerso, como lo son el familiar, social, a los sistemas de salud y a la economía (Organization for Economic Cooperation and Development, 2016).

Los primeros años de vida son fundamentales para un desarrollo óptimo de la salud mental en la vida adulta. Las experiencias personales, familiares y sociales fungen como principal moldeador para poder obtener un desarrollo favorable de la salud mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000).

La salud mental de los infantes se ve influida por los antecedentes psicopatológicos familiares y la posible interacción, a través del tiempo, con las variables psicológicas y socioeconómicas identificadas como se puede observar en las figuras 2 y 3 (Caraveo-Anduaga & Martínez-Vélez, 2018).

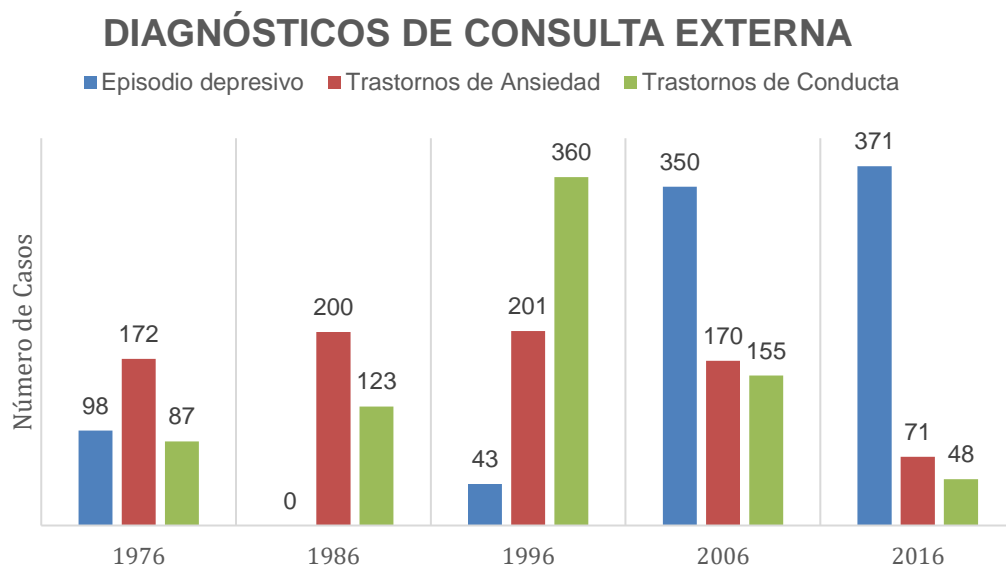


Figura 2. Diagnósticos de Consulta Externa en Hospital Psiquiátrico Infantil. Se presentan los diagnósticos principales en los pacientes de consulta externa en forma comparativa de acuerdo con la evolución del hospital psiquiátrico infantil en la Ciudad de México. En México los trastornos de ansiedad son los que mayor prevalencia tienen en los adolescentes, pero no se tratan por eso el índice es relativamente bajo. Adaptada de “Salud mental infantil: una prioridad a considerar” por J., Caraveo-Anduaga & N., Martínez-Vélez, 2019, *Salud Pública de México*, 61.

DIAGNÓSTICOS DE HOSPITALIZACIÓN

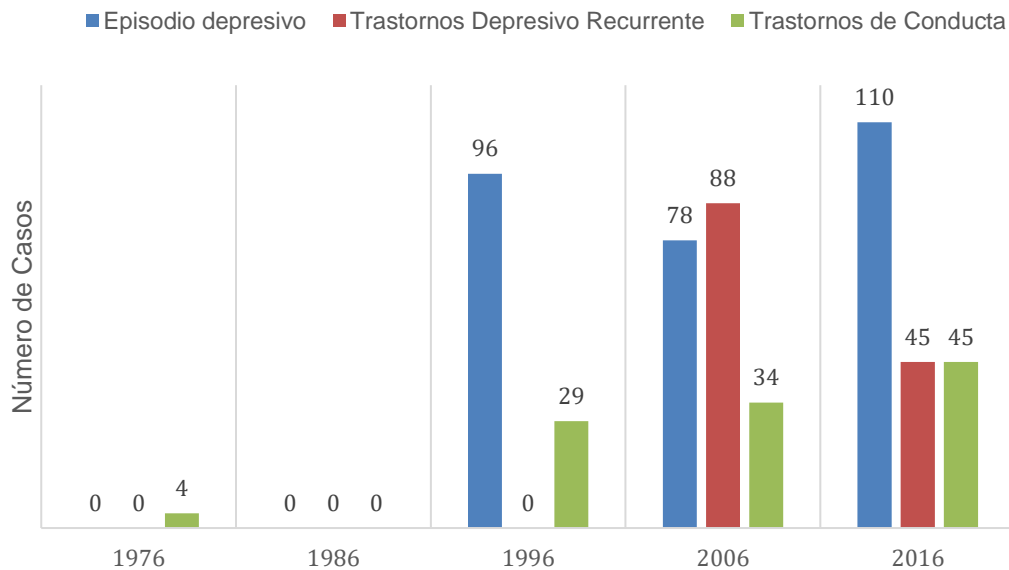


Figura 3. Diagnósticos de Hospitalización en Hospital Psiquiátrico Infantil. Adaptada de “Salud mental infantil: una prioridad a considerar” por J., Caraveo-Anduaga & N., Martínez-Vélez, 2019, *Salud Pública de México*, 61.

En la figura 3 se presentan los diagnósticos principales de hospitalización en los 50 años de historia del Hospital Psiquiátrico Infantil, donde los trastornos de conducta, depresivos y de ansiedad han aumentado de manera considerable en los últimos años, siendo un problema de salud alarmante (Caraveo-Anduaga, Arroyo-García, Granados-Rojas, & Ángeles-Llerenas, 2017).

1.2 Factores de riesgo para la Salud Mental en la infancia

Los factores de riesgo son considerados como una característica perceptible de forma personal o grupal, que se ve reflejada en la probabilidad a estar expuesto a padecer un proceso de enfermedad. Algunas de las principales características que se asocian a estos factores de riesgo son de índole individual, familiar, comunitario y ambiental, reflejándose en la salud del individuo (Echemendía, 2011).

Los factores de riesgo suelen presentarse de diversas maneras, las cuales pueden ser características, rasgos o condiciones biológicas, psicológicas, sociales o

ambientales, y estos tienen una relación significativa con el desarrollo o aparición de la enfermedad. Conocer estos factores de riesgo nos ayuda a entender la historia clínica de cada individuo, lo cual nos ayudaría a llevar un adecuado manejo en este proceso Salud – Enfermedad (Sedano, 1999).

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Existen dos categorías que abarcan la sintomatología en niños y adolescentes: a) trastornos o desórdenes de interiorización donde se pueden encontrar síntomas tales como ansiedad y depresión, y b) trastornos o desórdenes exteriorizados, que pueden llegar a ser la desobediencia y problemas de conducta (Mazadiego-Infante, Vera-Pedroza, & Ruiz-Carús, 2011).

1.2.1 Síntomas Internalizados (emocionales)

Los síntomas internalizados, hacen referencia a una sucesión de conductas problema derivadas de una mala adaptación al ambiente, en donde se exhiben conductas de evitación, la timidez, depresión, inquietud, entre otros y estos pueden ser observados por alguien externo, en donde se pueden identificar a través de miedos, fobias o temores (Vanegas, 2013).

En la población, incluyendo la infantil, la ansiedad y la depresión son de los trastornos más comunes. Dentro de las principales causas de estos trastornos internalizados, podemos encontrar la disfunción familiar y los conflictos maritales, los cuales se incrementan en familias monoparentales e hijos de padres divorciados (Arias, 2013; Lima & Straffon, 2018).

Depresión

La depresión es considerada de manera importante en la carga global de enfermedades; estimada como una de las principales causas de discapacidad y se cree que perjudica a 350 millones de personas en el mundo. La depresión habitualmente comienza en edades tempranas y disminuye exponencialmente el funcionamiento de las personas (OMS 1996 cómo se citó en Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Estudios demuestran porcentajes representativos en población estudiantil estadounidense con prevalencia depresiva, mayor en mujeres con un 25% y en hombres un 10% (Saluja et al., 2004 como se citó en Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López, & de Castro, 2015).

En México el porcentaje de la sintomatología de la depresión se calcula que es más elevada en mujeres que en hombres estimando un 17.9 y un 11.1% respectivamente (Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López, & de Castro, 2015).

La proporción de depresión en adultos en México en el 2004 fue de 4.5%, con diferencias entre sexos, edad. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología depresiva fue de 5.8% y la cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano, 2005).

La depresión se clasifica dependiendo la cantidad y el grado de los síntomas que se presentan en una persona, los episodios depresivos se clasifican en leve, moderado y grave. Los episodios depresivos leves suelen causar problemas en las actividades laborales y sociales cotidianas a las personas que los padecen, aunque posiblemente no se suspendan completamente. La depresión moderada se sitúa en medio de la leve y la grave teniendo los mismos síntomas, pero algunos tienen mayor o menor intensidad. Por otro lado, un episodio depresivo grave se caracteriza al mermar de manera considerable las actividades sociales, laborales o domésticas (OMS, 2016).

Kraepelin (1904) divide en endógenas (origen biológico) y exógenas, también introducía que un sujeto puede enfermarse debido a situaciones que se derivan entre él y su relación con el mundo y no por algo hereditario. Lo cual llevó a que clasificará a la depresión en cinco tipos:

- Depresión Endógena: derivada de algo hereditario, e incluía la psicosis maniaco depresiva
- Depresión Psicógena: esta inicia después de un estrés psíquico
- Personalidad Depresiva: esta se caracteriza por un estado de depresión permanente

- Depresión Sintomática: estas se podrían derivar de una enfermedad somática o psíquica
- Depresión Involuntiva: esta inicia después de los 45 años, y tiene una sintomatología parecida a la depresión endógena (Kraepelin, 1904 como se citó en Colorado, 2009).

Existe una división de las principales causas que podemos encontrarlas cuales son las biológicas y las psicosociales. Las biológicas a través de varios estudios mencionan que la transmisión genética es un factor que influye en la generación de la depresión (Fernández, 2011).

La influencia genética se nota mucho más en pacientes con formas graves de depresión, se ha descubierto que existe una alteración genética, que hace proclive a las personas a desarrollar depresión, en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Se demostró que existen variaciones funcionales en la región que provee el gen que transporta la serotonina (5-HTT) que esté a su vez regula cómo influyen los eventos estresantes cotidianos en la depresión. También se ha demostrado que existen alteraciones en los neurotransmisores, muestra que a niveles fuera de lo normal de la serotonina, la norepinefrina y dopamina, que son neurotransmisores que trabajan en las neuronas del sistema nervioso central, tienen mucho que ver para generar una fisiopatología depresiva (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Y dentro de las causas psicosociales podemos observar que algunos elementos como los estresores y las estrategias de adaptación, el apoyo social, la alienación y la autoestima determinan la variabilidad en los niveles de depresión. Dichas imposiciones estructurales limitan la capacidad del accionar de una persona y se cree que son una amenaza al equilibrio psicológico de esta (Wheaton, 1999 como se citó en Estramiana, Garrido, & Schweiger, 2010). Y a su vez existen teorías que explican las causas de la depresión (véase figura 4).

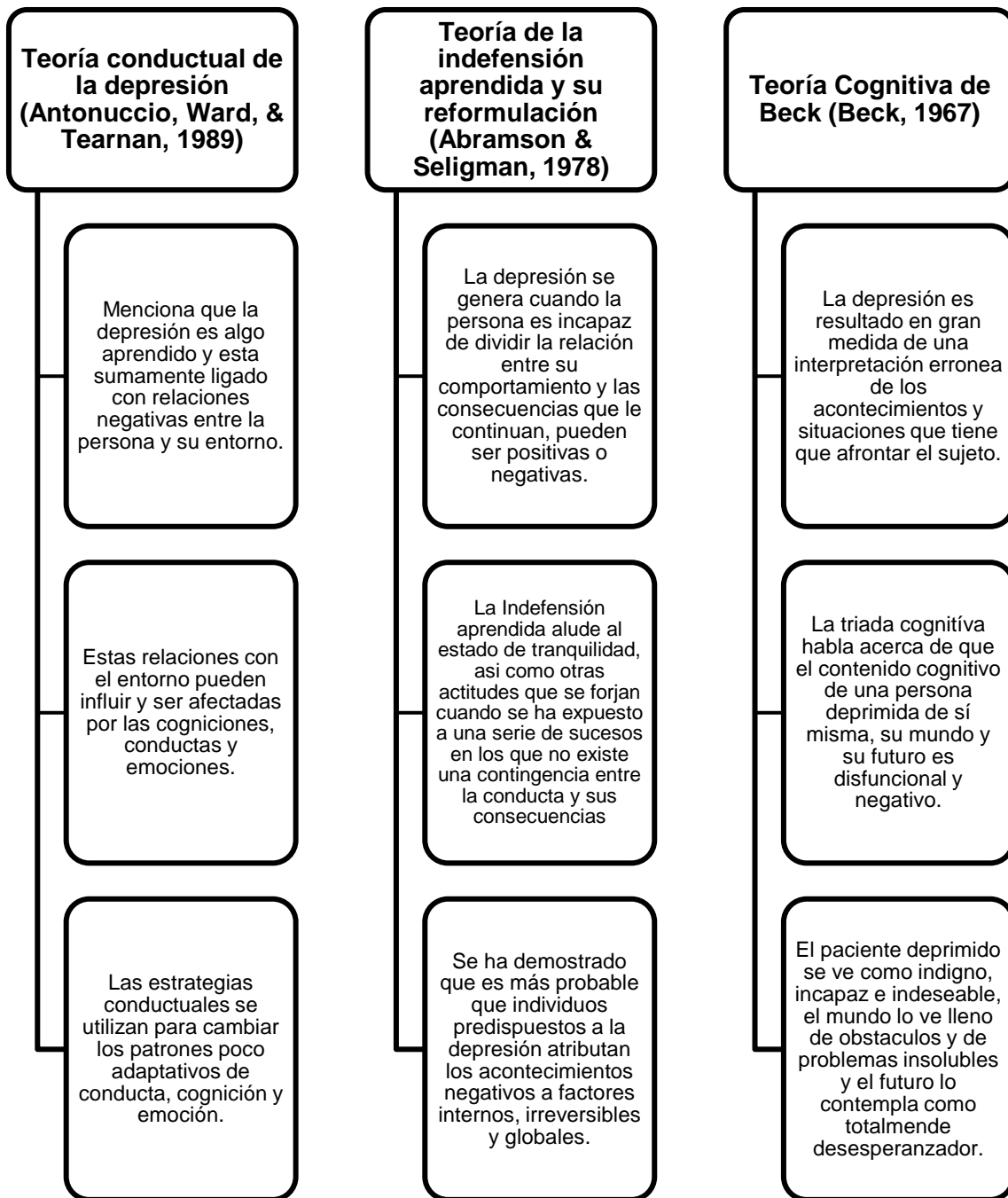


Figura 4. Teorías que explican las causas de la depresión. Elaboración Propia

Tipos y Criterios Diagnósticos

Trastorno Depresivo Mayor

Se clasifica a la depresión mayor entre uno de los trastornos depresivos. Para su diagnóstico, se requiere la manifestación de por lo menos 5 o más de los síntomas que se indican, durante un periodo de dos semanas, además dichos síntomas deben representar un cambio en el funcionamiento previo. Para su diagnóstico se debe identificar al menos uno de los primeros dos síntomas (véase figura 5).

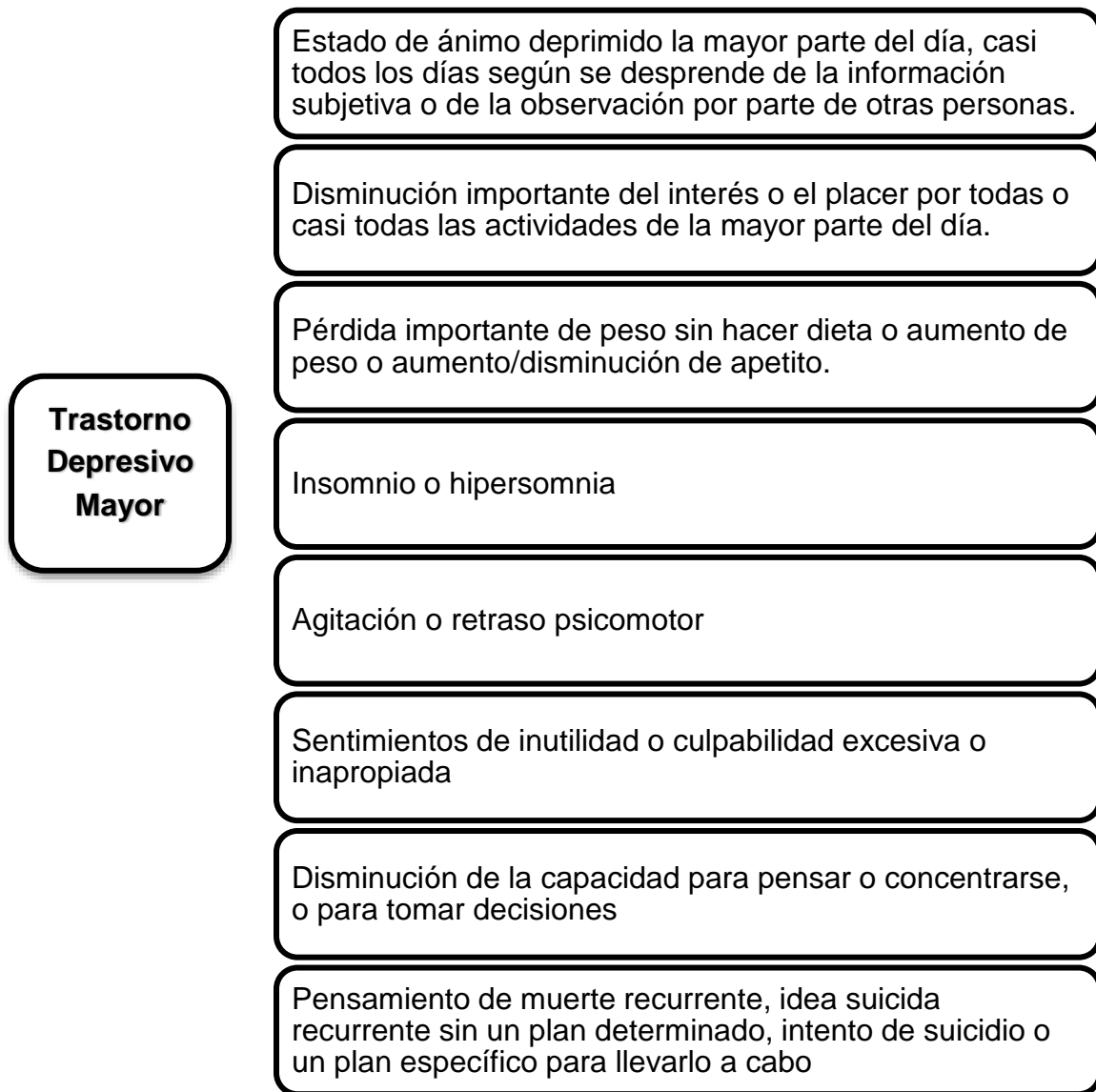


Figura 5. Trastorno depresivo Mayor. Adaptado de “DSM – 5. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*”, por American Psychiatric Association, 2013.

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Se considera al trastorno depresivo persistente (Distimia) como una variación del estado de ánimo, que tiene una duración mínima de dos años, y tiene síntomas característicos como lo pueden ser la anorexia, insomnio, pérdida de energía, entre otros (Cárdenas et. al., 2010). Se necesita que el paciente presente dos o más de los criterios para ser diagnosticado, que son los siguientes (ver figura 6).

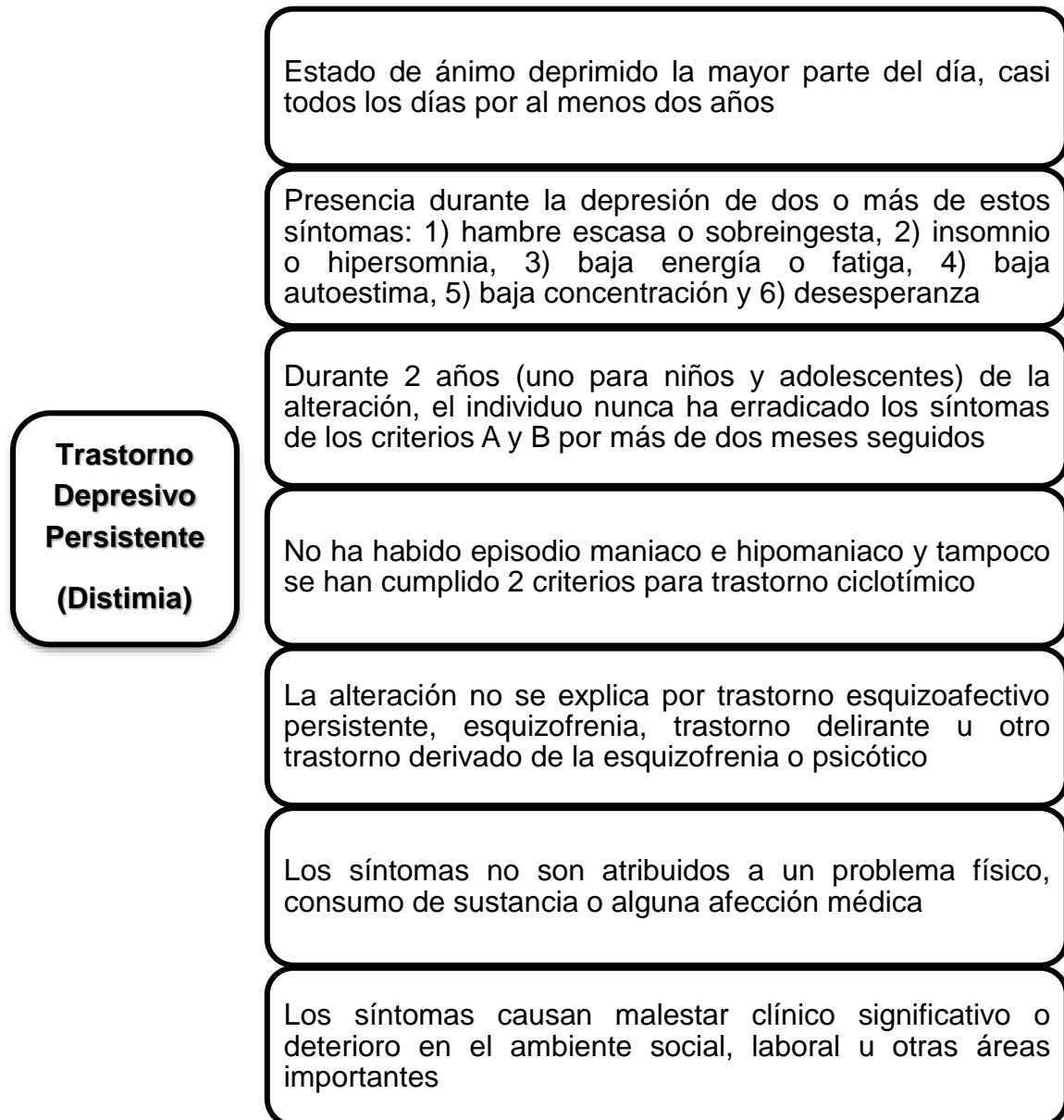


Figura 6. Trastorno depresivo persistente Adaptado de “DSM – 5. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*” por American Psychiatric Association, 2013.

Ansiedad

Las respuestas emocionales adaptativas, nos permiten adecuarnos a un medio o una situación, pero también pueden llegar a provocar enfermedades o malestar, todo esto debido a su intensidad y frecuencia. La presencia de ansiedad a edades tempranas es un claro ejemplo de esto (De la Fuente, Medina-Mora, & Caraveo, 1997), ya que este problema de salud mental es reconocido como un sentimiento de estar a la espera de algo que podría ocurrir, y esto puede llegar a generar en una sensación incómoda, pero a su vez nos permite mantenernos alerta ante situaciones de peligro y así desarrollar estrategias que nos permitan resolver conflictos (Freeman, García, & Leonard, 2002, en Chamorro & Muñoz, 2010).

No obstante, las respuestas emocionales de ansiedad pueden provocar alteraciones o malestar en la salud mental de quien las presenta, debido a que la ansiedad funge como respuesta adaptativa, resulta difícil distinguir entre un comportamiento normal y uno patológico (Chamorro & Muñoz, 2010). Es por eso que la reacción de un niño ante una situación que le provoca ansiedad, debe favorecer a que esta sintomatología desaparezca después de que la situación se termine, en caso de que esto no ocurra y las respuestas cognitivas como lo son los pensamientos, las fisiológicas que se presentan como síntomas (taquicardia, sudoración, dolor de estómago o cabeza entre otros) y las conductuales que se ven reflejadas por medio de llanto, conductas de evitación, etc., se consideraría como una ansiedad patológica, debido a que las respuestas ante cierta situación se notarían intensas y afectarían la vida cotidiana del niño (Kristensen, Mortensen, & Mors, 2009).

Según la Asociación Americana de Psicología (2010), la ansiedad está catalogada como un sentimiento de tensión que generalmente va acompañado por pensamientos de preocupación y también afecta de manera fisiológica.

En la figura 7 se muestran diferentes teorías que explican el surgimiento de la sintomatología ansiosa.

Teorías que explican la ansiedad

Modelo Cognitivo (Burns, 2006)

La ansiedad es el resultado de pensamientos negativos que una persona tiene ante una situación en particular. Este modelo se basa en tres aspectos importantes, el primero es que la persona se ve influenciada por sus sentimientos y eso repercute en su sentir, el segundo es que cuando una persona sufre de angustia, empieza a tener pensamientos ilógicos lo cual aumentará su ansiedad y por último el tercero es que si el individuo cambia su manera de pensar, cambiará el cómo se siente.

Modelo de la emoción oculta (Burns, 2006)

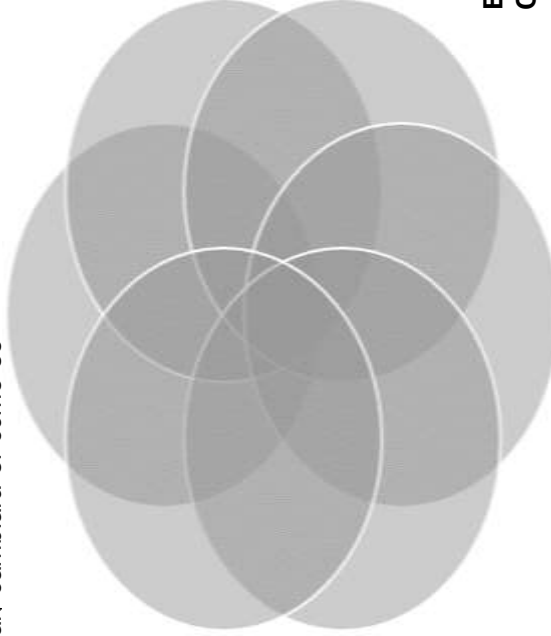
Explica que los individuos buscan ser agradables con la gente, no les gusta verse involucrados en conflictos y tampoco les gusta externar los sentimientos negativos cuando presentan ansiedad. Cuando la persona cree que está inmerso en un trastorno, de manera inconsciente no lo demuestra para no "contagiar" a las personas que lo rodean. Existe una gran posibilidad de que la sintomatología ansiosa disminuya cuando los sentimientos negativos sean expuestos o se resuelva el problema que lo aqueja.

Modelo de la exposición (Burns, 2006)

Se explica que la ansiedad surge al momento en que nosotros comenzamos a evitar todo aquello a lo que le tememos, generando angustia. La manera de extinguir esta angustia o ansiedad, es al enfrentar nuestros miedos y dejando de huir.

Teoría del aprendizaje y psicología conductual (Strongman, 1995)

La ansiedad está sumamente relacionada con el sentimiento del miedo, solo que sucede de una forma previa a recibir algún estímulo, y también mencionan que existe la posibilidad de que el estímulo nunca llegue a presentarse pero la ansiedad ya estará manifestándose



Experimental motivacional (Ansonera, Cobo y Romero, 1983)

Varios autores consideran la ansiedad como un activador motivacional, ya que el individuo emite una respuesta ante cierto estímulo. El nivel de ansiedad está sumamente relacionado con la resolución de conflictos, esto quiere decir que, a mayor nivel de ansiedad, será mejor la resolución de los problemas presentados en comparación con las personas que presentan un nivel de ansiedad bajo.

Figura 7. Teorías que explican la ansiedad.

Elaboración Propia

Es trascendental entender la importancia de los trastornos de ansiedad, ya que estos son lo que se encuentran con mayor frecuencia en niños, esto es equiparable con un 9-21% de los trastornos psiquiátricos atendidos en esta edad, lo cual representa un problema de salud importante (Ruiz & Lago, 2005), además de considerar los efectos que representa para los niños cuando este malestar no ha sido atendido de forma oportuna y continua durante la adolescencia o la vida adulta (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Trastorno de ansiedad de ansiedad generalizada

La fobia social es aquel temor a ser humillado, o la vergüenza que se puede sentir ante situaciones sociales, temen exponerse y evitan la mayoría de contacto social, en niños la ansiedad ocurre en escenarios con pares y no solo cuando interactúa con adultos; la fobia específica es una categoría que incluye fobias aisladas, ésta causa deterioros significativos a nivel clínico, en niños se manifiesta la ansiedad en forma de berrinches, llanto, etc. (Black, 2014). Los principales criterios de diagnóstico se muestran en la figura 8.

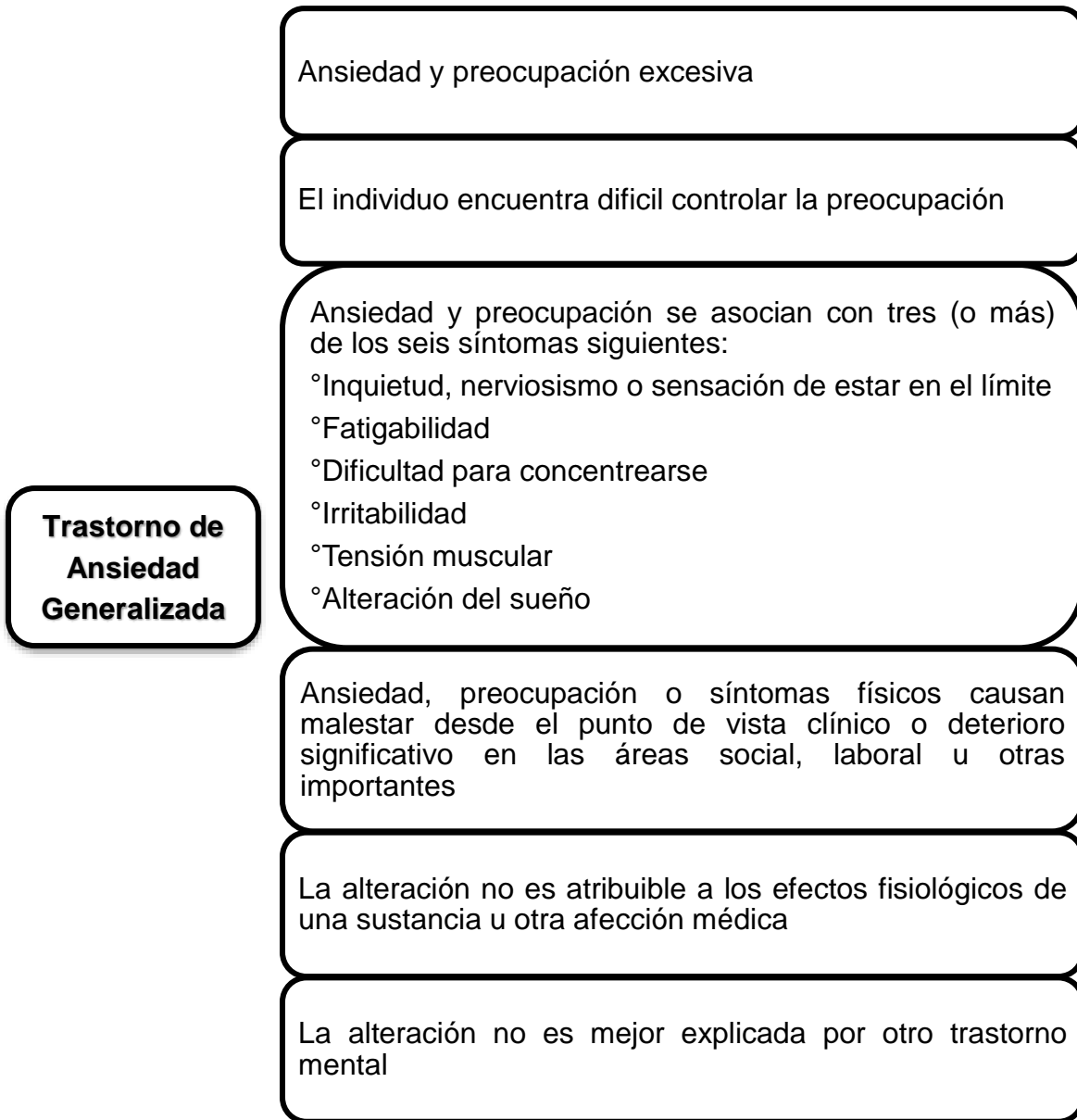


Figura 8. Trastorno de ansiedad generalizada. Adaptado de “Texto introductorio de Psiquiatría” por D. W., Black, 2014.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Estos pacientes se preocupan excesivamente sobre situaciones cotidianas de la vida, como la limpieza, la salud, la economía, el trabajo y las relaciones familiares (APA, 2013).

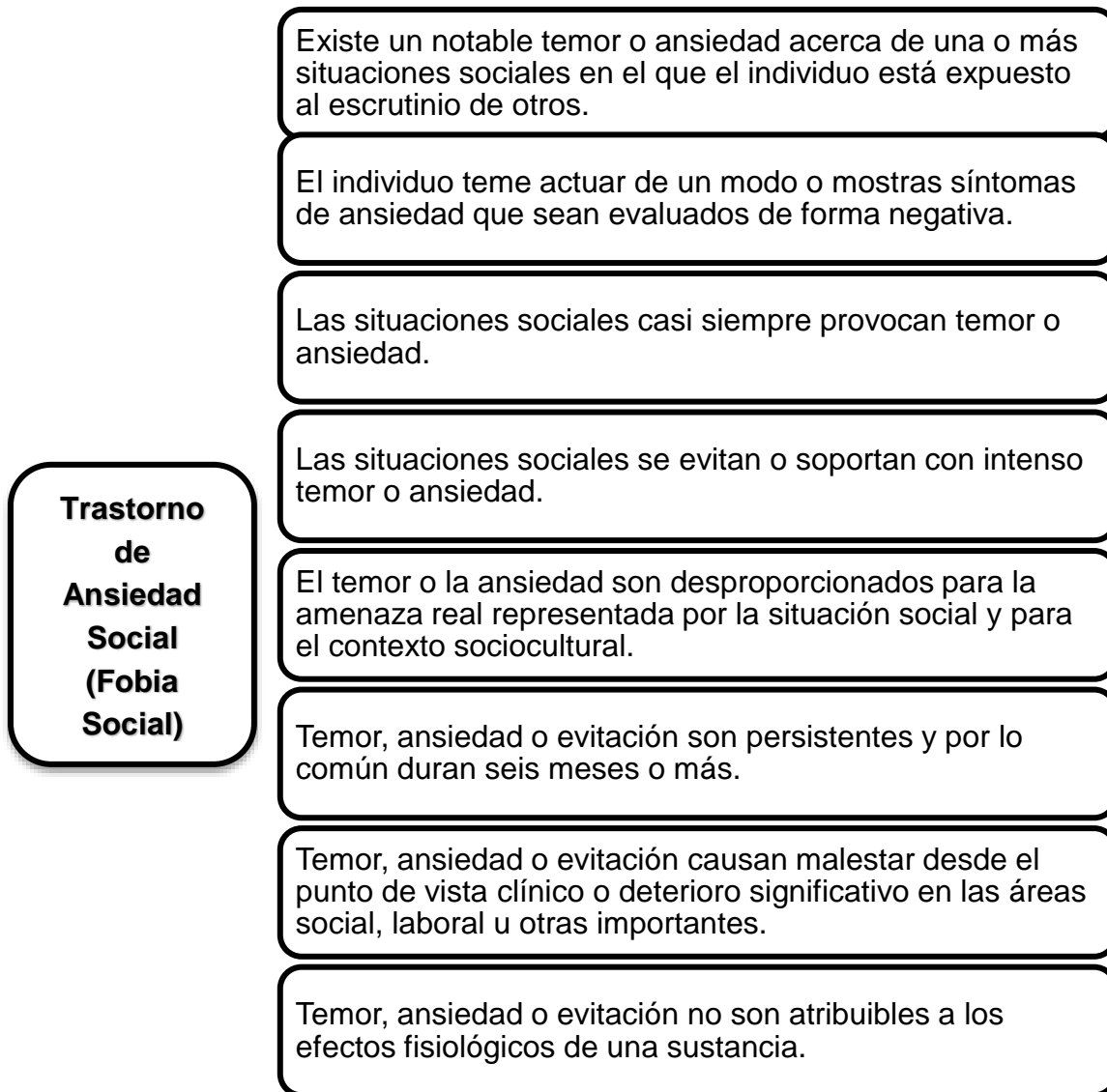


Figura 9. Trastorno de ansiedad social. Adaptado de “DSM – 5. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*” por American Psychiatric Association, 2013.

1.2.2 Síntomas Externalizados (problemas de conducta)

Los síntomas externalizados, se tratan de comportamientos y alteraciones psicológicas en el ámbito conductual y sus manifestaciones pueden llegar a producir algún conflicto o daño en el entorno en el que se desempeña el sujeto y en otras personas (Romero, Lucio, & Forns, 2015).

Problemas de conducta

Diferentes investigaciones indican que la prevalencia a nivel mundial de trastornos de la conducta va desde un 3% a un 7%, esto implica una gran probabilidad de que en consulta con infantes, 1 de cada 15 pacientes presente un Trastorno de Conducta (TC) (Rodríguez, 2017).

Según informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por su nombre en inglés United Nations Children's Fund), en 2009 México ocupó el primer lugar en violencia (física, abuso sexual y homicidios) contra los infantes menores de 14 años. Además, de que tan solo en el estado de Chihuahua se informaron que 50 855 estudiantes de primaria presentaban problemas de conducta agresiva contra sus compañeros. Siendo así un grave problema en nuestro país (Ramírez, 2018).

Los problemas de conducta en la infancia, son un comportamiento que se puede observar de manera sencilla por su sintomatología, dentro de la cual podemos encontrar: el desafío a personas de autoridad, oposición a las normas, irritabilidad, enojos frecuentes y estos, a su vez, pueden derivar en agresiones a personas, destrucción de objetos y propiedades, también se manifiesta en robos o incumplimientos graves de normas sociales (Rodríguez & Barrau, 2012).

Es importante mencionar que estudios indican que la prevalencia en infantes menores de 10 años, es mayor en niños con un porcentaje que oscila entre un 4 y 7%, mientras que solo entre el 2 y el 3% de niñas lo presentan (Rodríguez, 2017).

Es normal que la mayoría de los niños presenten un mal comportamiento de vez en cuando, pero una pequeña parte de estos niños presenta problemas de conducta recurrentemente, que van más allá de un berrinche ocasional, un mal

comportamiento con sus compañeros de salón, entre otras situaciones. Algunos niños con problemas de conducta suelen pasar por un proceso que va magnificando su conducta agresiva, lo que puede desencadenar un trastorno como se muestra en la figura 10 (Black, 2014).



Figura 10. Proceso de magnificación de la conducta agresiva. Adaptado de “Texto introductorio de Psiquiatría” por D. W., Black, 2014, El Manual Moderno. Elaboración propia.

Principales trastornos de conducta en niños

Trastorno negativista desafiante

Para llegar a un diagnóstico de un trastorno negativista desafiante el niño necesita tener un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 (o más) de los siguientes comportamientos mostrados en la figura 11.

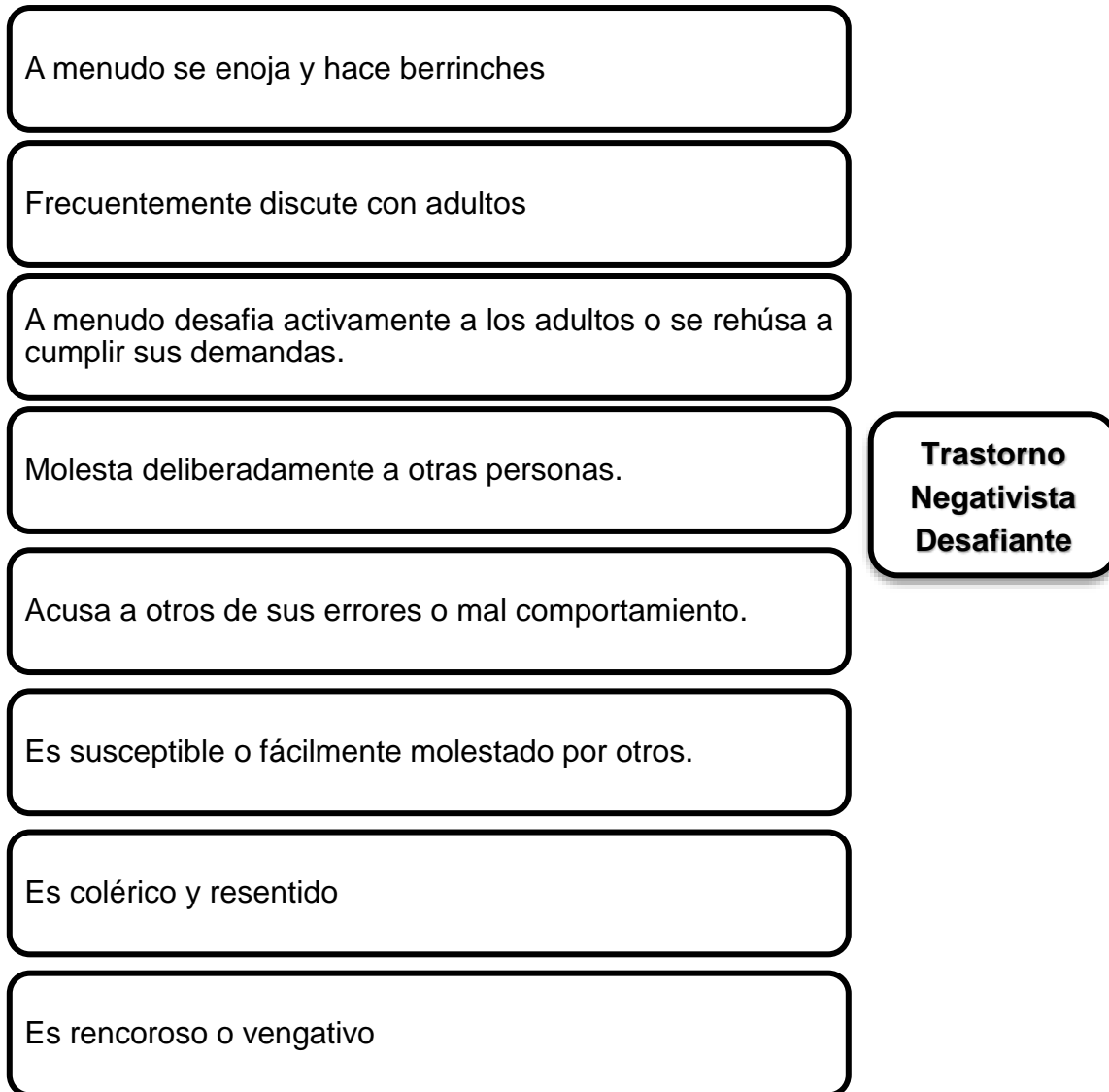


Figura 11. Trastorno negativista desafiante Adaptado de “Texto introductorio de Psiquiatría” por Black, D. W., 2014.

Trastorno de la conducta

Es necesario que el infante presente en un periodo de los últimos 12 meses al menos 3 de 15 conductas antisociales para que sea diagnosticado como una persona con trastorno de la conducta, tal como se observa en la figura 12.

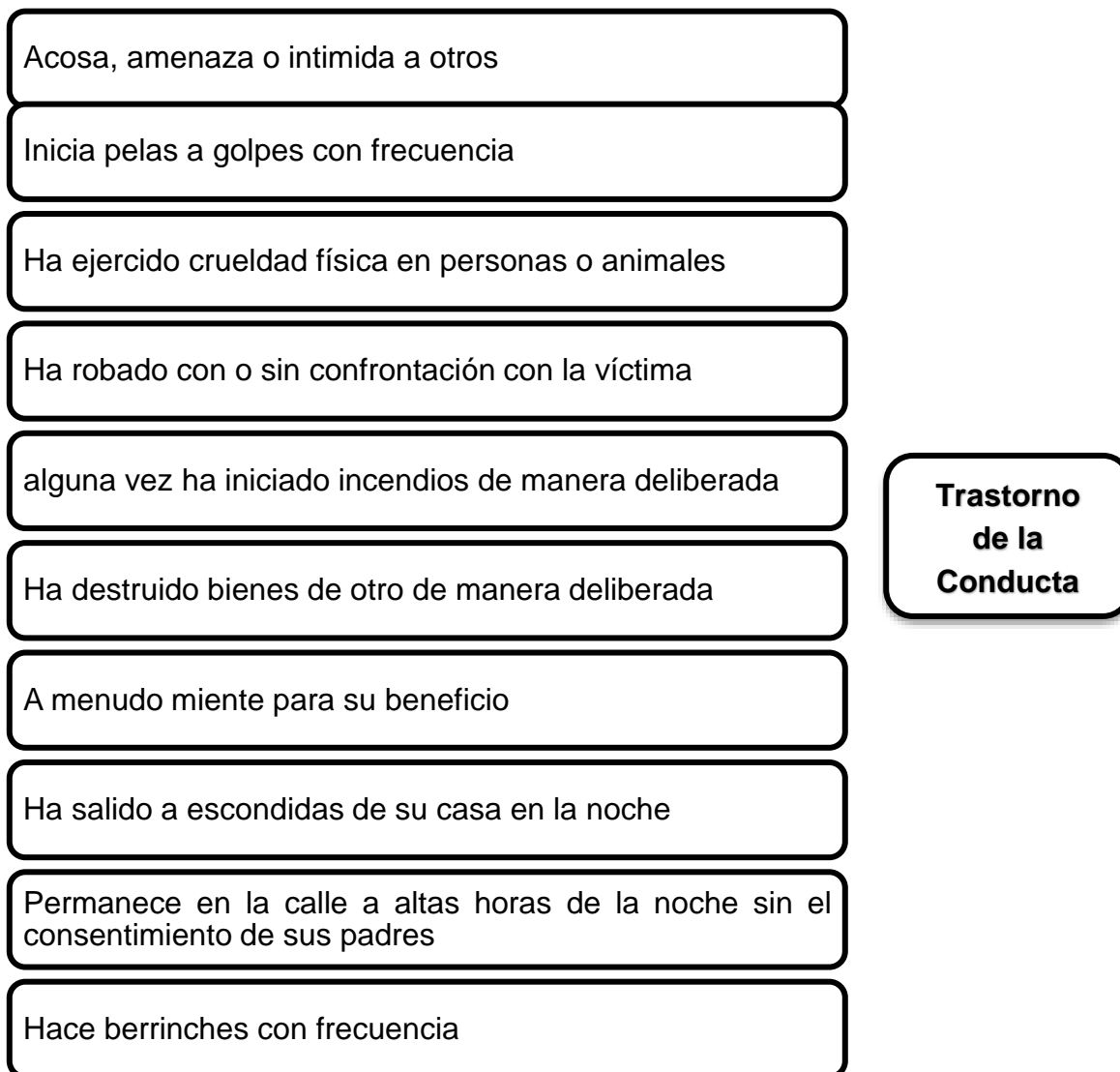


Figura 12. Trastorno de la conducta. Adaptado de “Texto introductorio de Psiquiatría” por D. W., Black, 2014.

Existen diversas estrategias que van enfocadas a la atención del individuo y que se ha demostrado son eficaces y prometedoras para prevenir las conductas violentas o problemas de comportamiento (OMS, 2017).

Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2002), la violencia se explica cómo el uso intencionado de fuerza física, contra sí mismo, otro individuo, un grupo o la sociedad en general, ya sea en forma de amenaza o físico, y que llegue o pueda

ocasionar lesiones, daño psicológico, privaciones o la muerte. Esta definición también abarca el fenómeno suicida y conflictos con uso de armas, así como las consecuencias del acto violento.

Tipos de violencia

Silva (2003), describe diferentes tipos de violencia, con respecto a cómo es ejercida y el daño que provoca, las cuales se pueden observar en la figura 13.

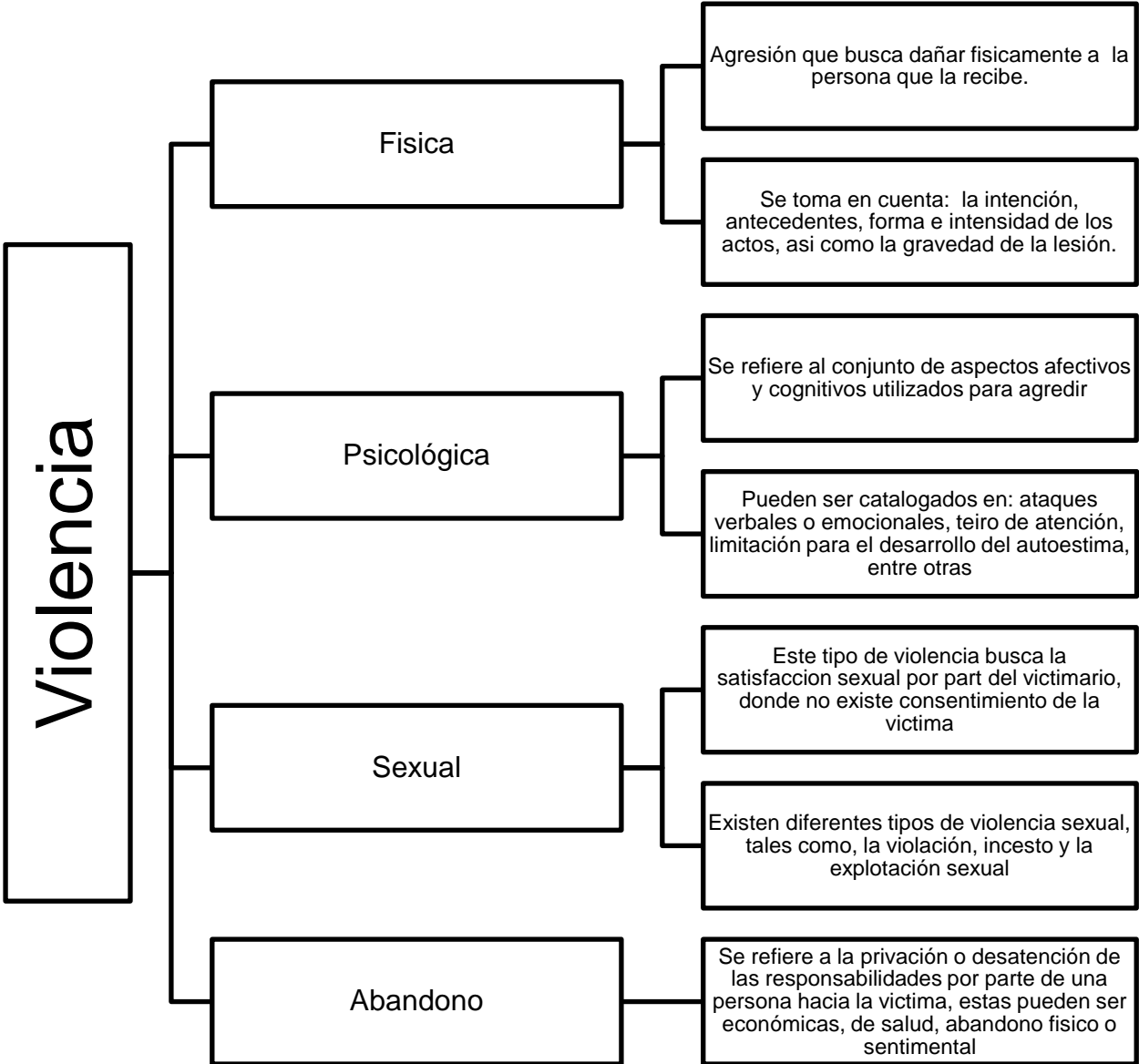


Figura 13. Tipos de Violencia. Adaptado de “Maltrato Infantil. Conducta antisocial: un enfoque psicológico” por A., Silva, 2003.

Clasificación de la violencia

La violencia se puede clasificar en tres con respecto a quien la ejerce, las cuales son: autoinfligida, interpersonal y colectiva. La violencia autoinfligida puede observarse de dos formas, en las autolesiones y el comportamiento suicida, y esta puede ser una violencia física, psicológica y violencia de privación o desatención. La segunda clasificación que es la interpersonal, dividida en dos partes, las cuales son la violencia interpersonal infligida por familia o pareja y la violencia comunitaria que es llevada a cabo por amigos o extraños, y esta violencia se puede observar en 4 tipos, que son violencia física, sexual, psicológica y de privación o desatención. Por último, está la violencia colectiva, ejercida de forma social, política o económica y afecta de manera física, sexual, psicológica y en forma de privación o abandono a quien la recibe como se observa en la figura 14 (OMS, 2002).

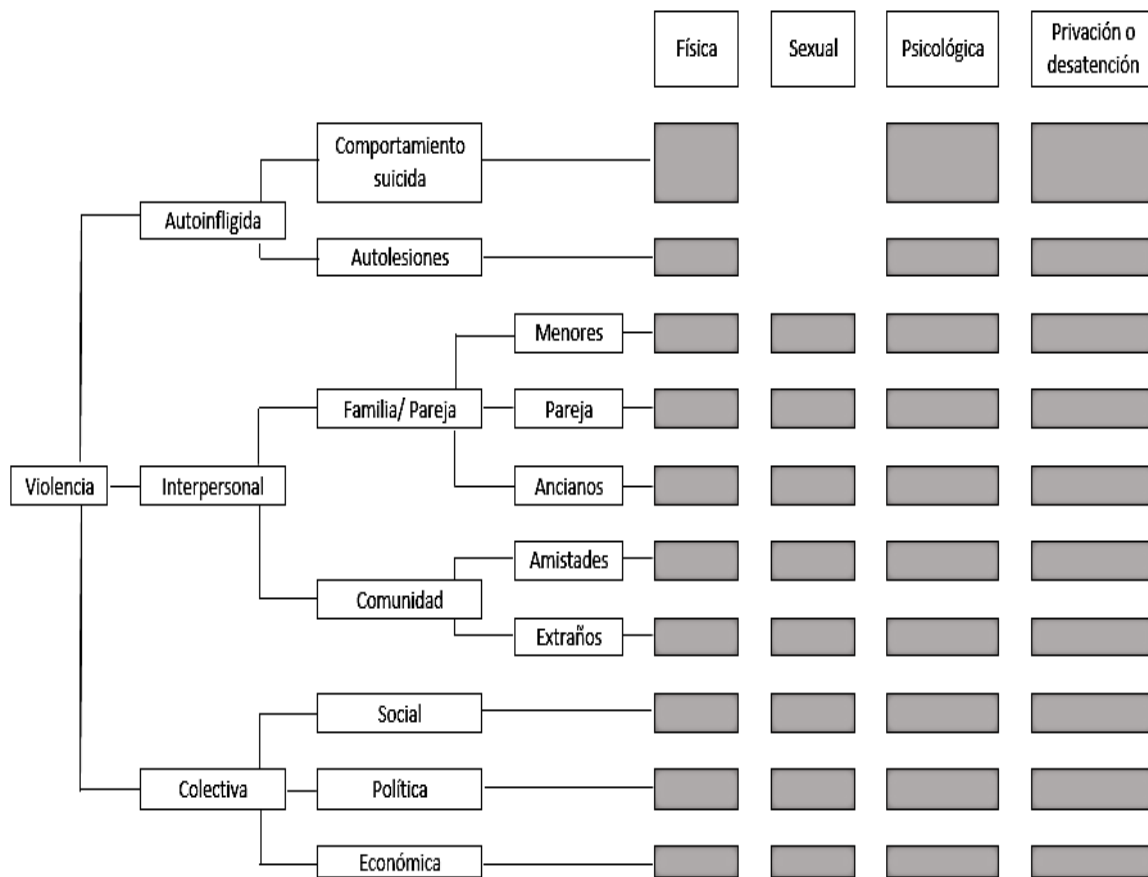


Figura 14. Clasificación de la violencia. Adaptado del “Informe mundial sobre la violencia y salud” por OMS, 2002.

La violencia es un problema de salud pública muy importante, debido a que esta produce 1,4 millones de muertes al año a nivel mundial, esto equivale a 3800 muertes al día. De las personas muertas por violencia: 56% lo son por suicidio, 33% por lesiones ocasionadas intencionalmente por terceros y 11% como consecuencia directa de guerras u otras formas de violencia colectiva (OMS, 2017).

El maltrato durante la infancia, es un problema considerable ya que afecta de manera importante su desarrollo, como se puede observar en la figura 15, se exponen dos resonancias magnéticas diferentes, del lado derecho es la de un niño que no ha sido víctima de maltrato y de lado izquierdo uno que si la ha sufrido, el cíngulo anterior izquierdo (círculo verde), que es la zona más afectada en este caso, exhibe que los niños víctimas de maltrato muestran menos conexiones con menos regiones, en comparación con adultos jóvenes que no habían sido maltratados, esta zona es importante debido a que participa en la regulación de las emociones e impulsos (Teicher, Anderson, & Ohashi, 2014).

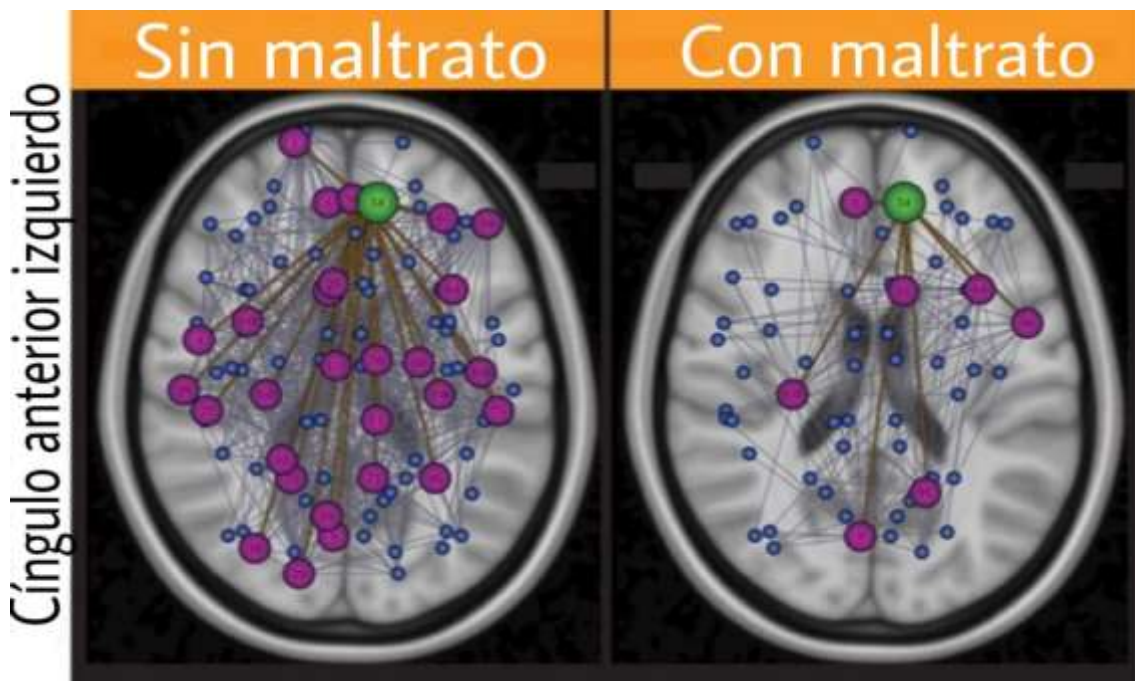


Figura 15. El maltrato infantil modifica la arquitectura de la red cortical, Cíngulo anterior izquierdo. Adaptado de “Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula”, por M.H., Teicher, C.M., Anderson & K., Ohashi, 2014.

1.2.3 Desregulación emocional en la infancia

La regulación emocional ineficaz o conocida también como desregulación emocional, es un principal factor de riesgo para producir complicaciones importantes tanto para la salud mental como física de las personas (Pérez & Guerra, 2014).

A su vez, Elices (2016), menciona que el término desregulación emocional nos es utilizado para la falta de capacidad que sufre una persona para modificar o regular una experiencia, acciones, así como expresiones verbales o no verbales, todo esto ante la presencia de un estímulo emocional.

La desregulación emocional se refiere a la falta de capacidad que tiene una persona para regular como expresa sus emociones y la manera en que esta las procesa, es por eso que son divididas en tres formas diferentes de desregulación emocional, las cuales se muestran en las figuras 16, 17 y 18 (Reyes & Tena, 2016).

Reyes y Tena (2016), mencionan que cuando se presenta una situación nueva para el niño, existen dos formas de respuesta, las cuales pueden ser rehuir a esa situación (evitación) o la otra que habla acerca de la toma de medidas planificadas para afrontar esta situación (estrategias de control y seguridad). (Véase Figura 16)

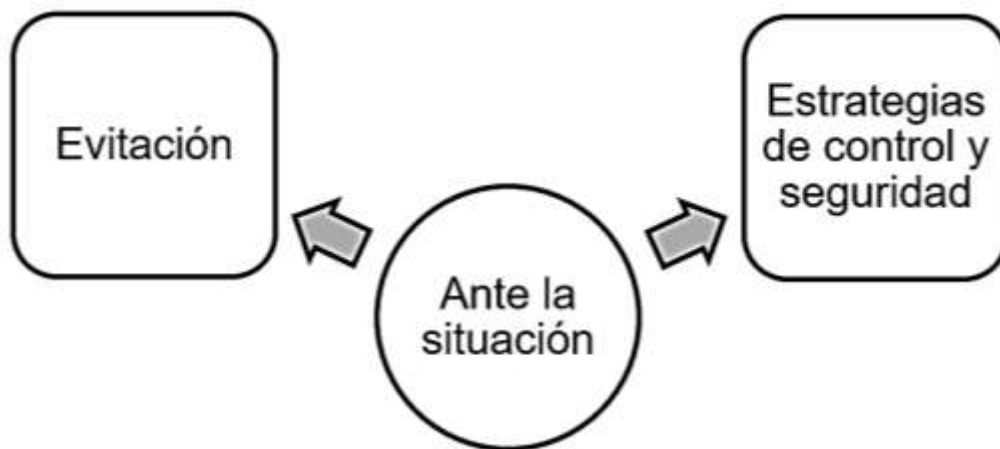


Figura 16. Desregulación emocional ante la situación. Adaptado de “Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas”, por M., Reyes & E., Tena, 2016.

Con respecto a las respuestas que existen ante una experiencia Reyes y Tena (2016), mencionan que se puede reaccionar de dos formas totalmente diferentes una es con una manipulación inefectiva de la atención, esto quiere decir que la persona le cuesta trabajo prestar atención o concentrarse ante ciertas cosas, o por otro lado una resistencia emocional o situacional, donde el sujeto evita confrontar sus emociones o situaciones que le producen esta experiencia, así como se muestra en la figura 17.

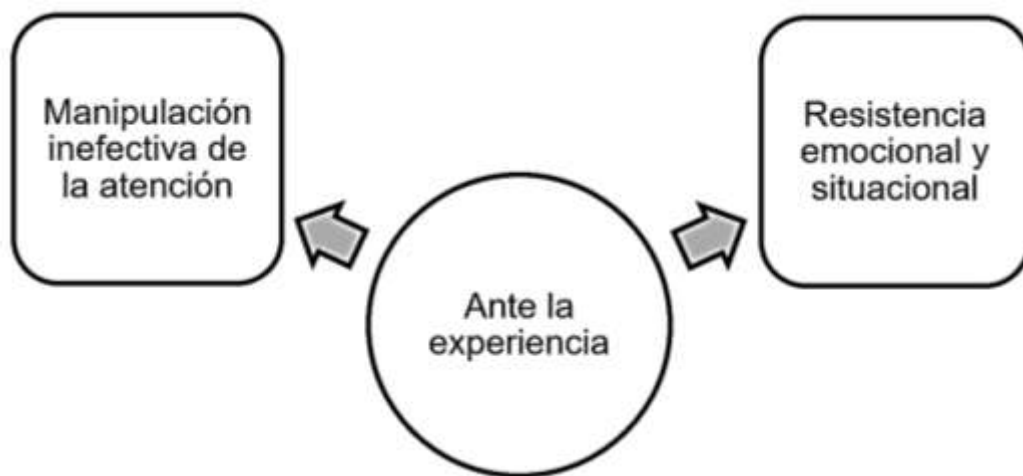


Figura 17. Desregulación emocional ante la experiencia. Adaptado de “Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas”, por M., Reyes, & E., Tena, 2016.

Por último, están las formas de reaccionar ante una respuesta, las cuales se dividen de dos formas, una haciendo catarsis, que significa la liberación de recuerdos o situaciones que afectan a una persona, por medio de algún tipo de expresión (verbal, artística, etc.) o existe la inhibición emocional, que no permite al sujeto despojarse de estos malestares que lo aquejan (Reyes & Tena, 2016).

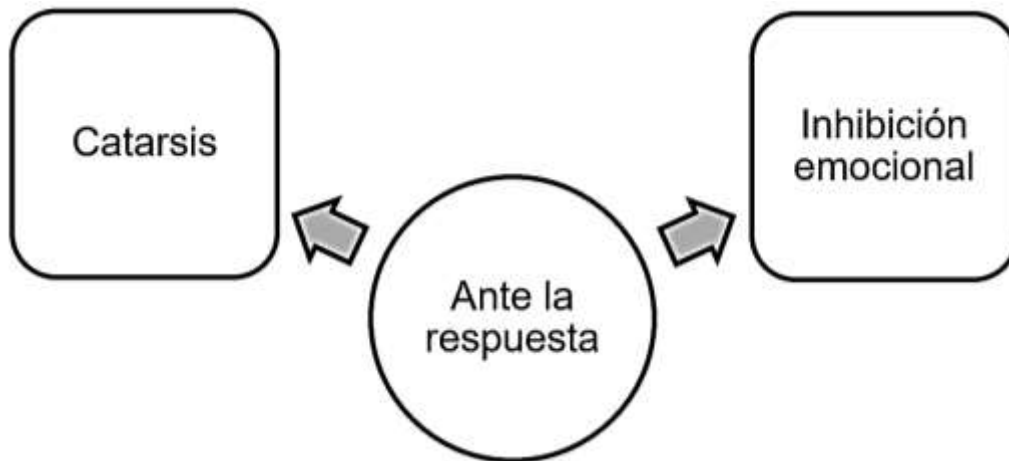


Figura 18. Desregulación emocional ante la respuesta. Adaptado de “Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas”, por M., Reyes, & E., Tena, 2016.

1.3 Factores protectores para Salud Mental en la infancia

Los factores de protección en la infancia, hacen referencia a características que se pueden observar en un individuo, en su familia, contexto social o grupo al que pertenezca, que le permita mantener o mejorar su salud mental, y a su vez aminorar los posibles factores o conductas de riesgo que se puedan suscitar a lo largo de su desarrollo (Páramo, 2011).

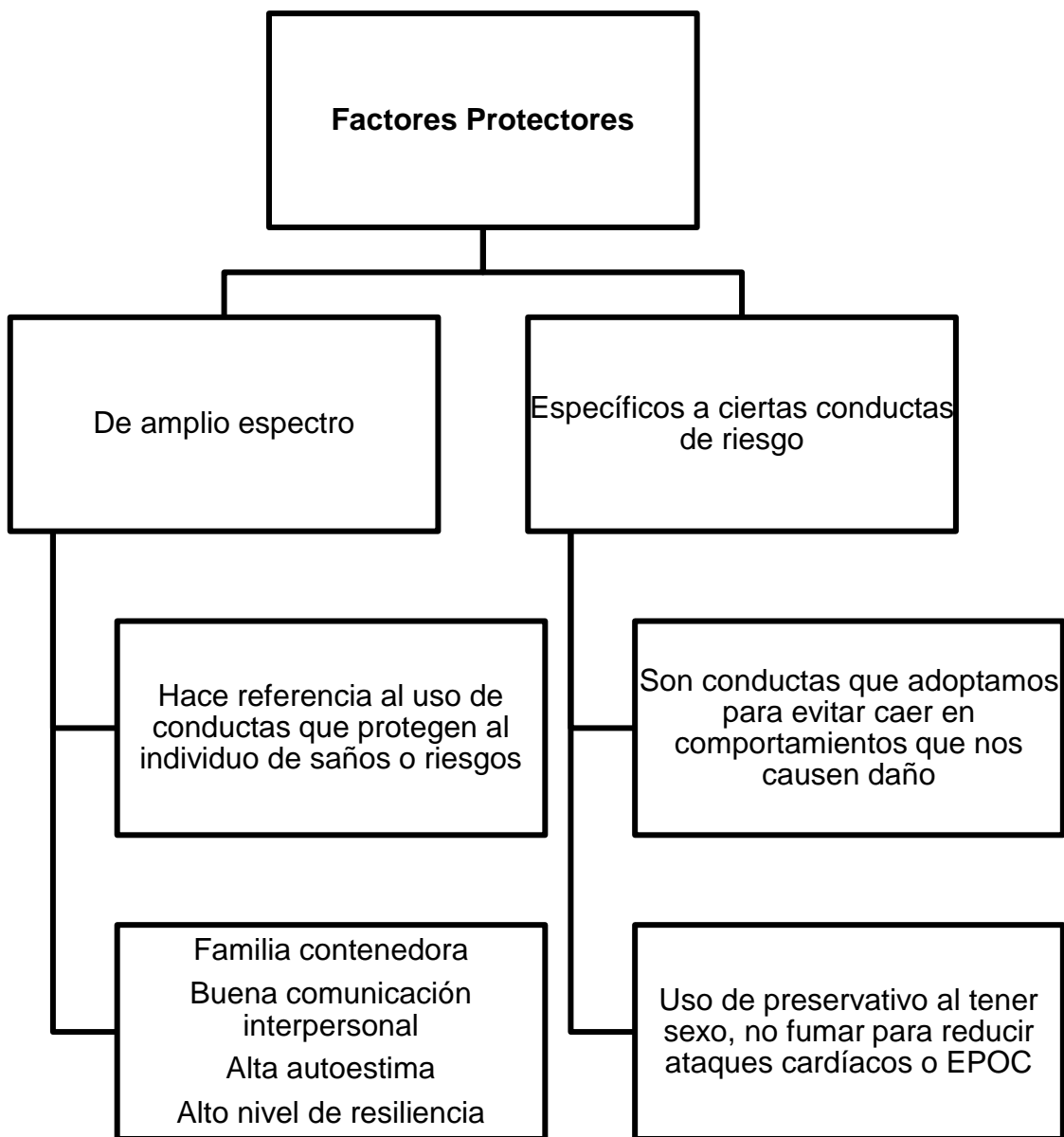


Figura 19. Factores Protectores para la salud mental en la infancia. Adaptado de “Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes” por S., Donas, 2001, *Adolescencia y juventud en América Latina*.

La Secretaria de Salud Mexicana (2002), hace una división en cinco factores protectores que influyen de manera positiva en la salud mental de los individuos y en especial en niños como se muestra en la figura 20.

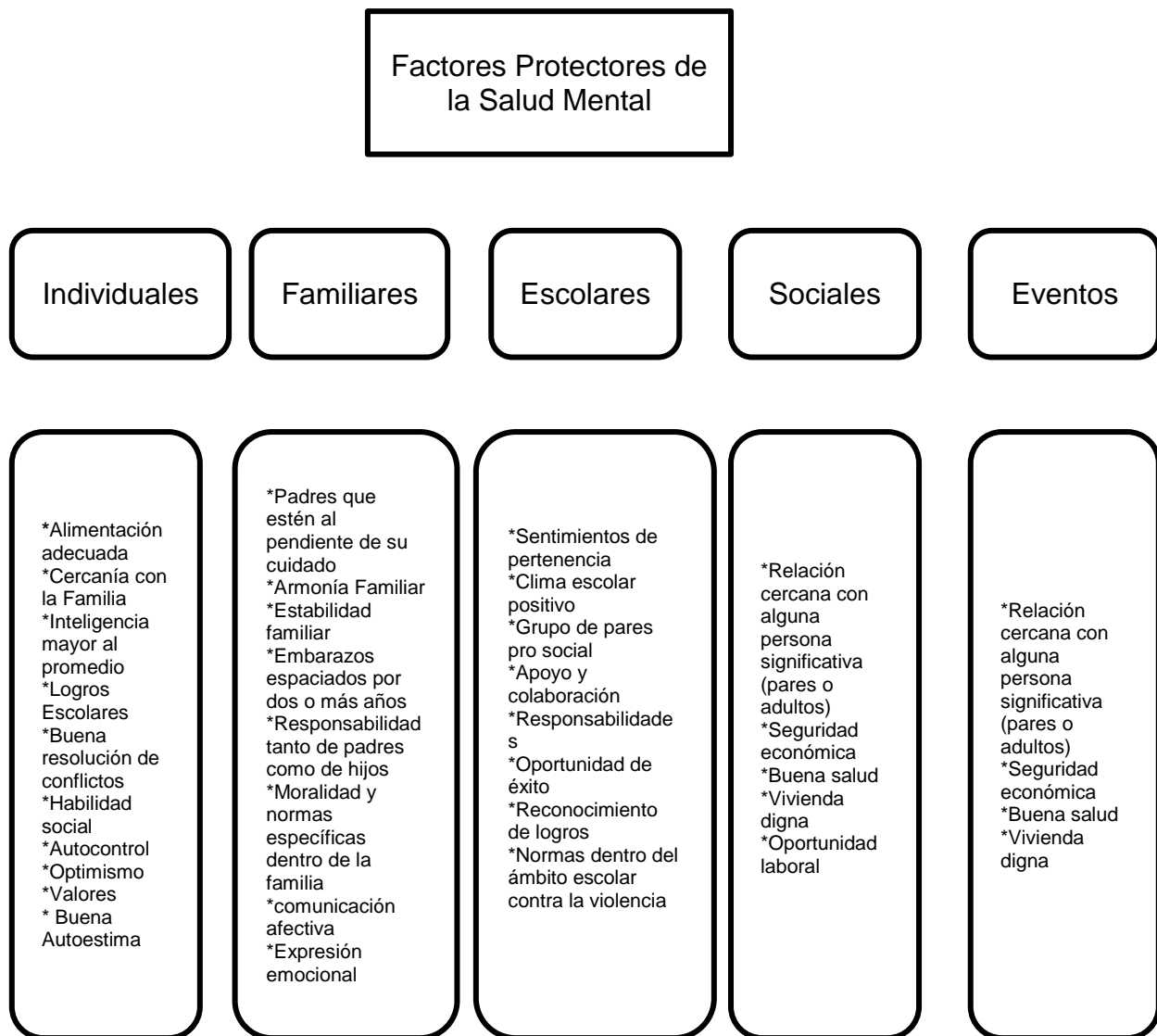


Figura 20. Factores Protectores de la Salud Mental Adaptado de Programa de “Acción en Salud Mental” por la Secretaria de Salud Mexicana, 2002, recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf.

1.3.1 Bienestar en la familia

La importancia de los cuidados dados por los padres a los niños en su infancia, ha ido aumentando considerablemente, debido a que es primordial para el futuro de la salud mental del infante. Diversos estudios llevados a cabo por psicólogos y psiquiatras demuestran que el calor, la intimidad y la interacción constante de la madre (o de quien funja como sustituto) son sumamente indispensables para la

buena salud mental del recién nacido o niño pequeño, ya que ambos encuentran satisfacción en esta interrelación. Es por eso que la ansiedad y la culpa (características principales de las perturbaciones mentales) disminuyen o se manifiestan de manera mesurada en esta relación segura (Bowlby, 1954).

Como uno de los principales factores protectores de la salud infantil, es considerada una paternidad acogedora, que sea responsable y a la vez sensible, ya que esto ayuda generar una buena relación entre los padres y el niño. Es sumamente importante prestar una atención sumamente específica a los niños que pueden ser considerados como vulnerables, dentro de los cuales podemos encontrar a los niños prematuros, discapacitados, víctimas de abusos o negligencias, de familias conflictivas y refugiados. (Red Europea de Promoción de la Salud Mental, 2000).

Pliego (2012), hace referencia al bienestar como una vía hacia una mejor calidad de vida humana, pero son indispensables cuatro características para cumplir con este bienestar, como se observa en la figura 21.

Capacidad de adquisición en recursos materiales para mejorar la calidad de vida

Se refiere a la cantidad de servicios o bienes que necesita una persona para solventar sus necesidades básicas

Servicios de salud o de educación

Tipo de vivienda

Equipamiento del hogar

Disponición de alimentos

Trabajo estable (ingresos económicos)

Calidad de vida

Es la medición del impacto positivo de los bienes y servicios en la persona, de acuerdo a diferentes características importantes como lo son:

Sexo

Edad

Tradiciones propias de la cultura

Necesidades especiales

También se debe conocer la importancia del medio en la calidad de vida ya que algunos factores que pueden afectarla de manera positiva son:

Entorno libre de violencia

Ambiente natural sustentable ecológicamente

Capital social (hace referencia al status social del ambiente en el que se desarrolla la persona)

Nivel de satisfacción (bienestar subjetivo)

Este es compuesto por tres evaluaciones subjetivas propias de cada persona para determinar su nivel de satisfacción particular

Evaluación Afectiva

Es el gusto o disgusto que le ocasiona a la persona ciertas situaciones que vive

Evaluación Normativa

Es lo bueno o malo, lo injusto o lo injusto que valora una persona de acuerdo a su propio criterio y sus juicios

Evaluación Cognitiva

Aquí se toma en cuenta el nivel de eficiencia, eficacia y el uso adecuado de técnicas para llegar a un medio o en este caso a un nivel de satisfacción

Contar con habilidades necesarias para llevar a cabo la participación activa en el desarrollo de la propia personalidad y en el bien común

Se refiere a la habilidad que tiene el sujeto para realizar actos apreciados por los demás, tanto de manera social como personal.

Figura 21: Características para cumplir con el bienestar Adaptado de “Estructuras de la familia y bienestar de niños y adultos” por Pliego, 2012,

1.3.2 Crianza positiva

Los niños son los encargados de evaluar los estilos de crianza, todo esto mediante la apreciación que tienen de las conductas de sus padres ante diversas situaciones con respecto a ellos (tales como, su comportamiento, reglas/disciplina dentro de la casa, la forma de socializar, educación, comunicación, afecto, etc.). Estos comportamientos representan diversos patrones en la crianza, que son transmitidos de padres a hijos durante el proceso de crecimiento de estos, y pueden influir en su desarrollo y equilibrio psicológico (Valiente, Magaz, Chorot, & Sandín, 2016).

Dentro de las principales características que se relacionan en la crianza positiva Pedreira (2014) habla de tres conceptos esenciales en la enseñanza parental “Las tres Ces”, los cuales se muestran en la figura 22.

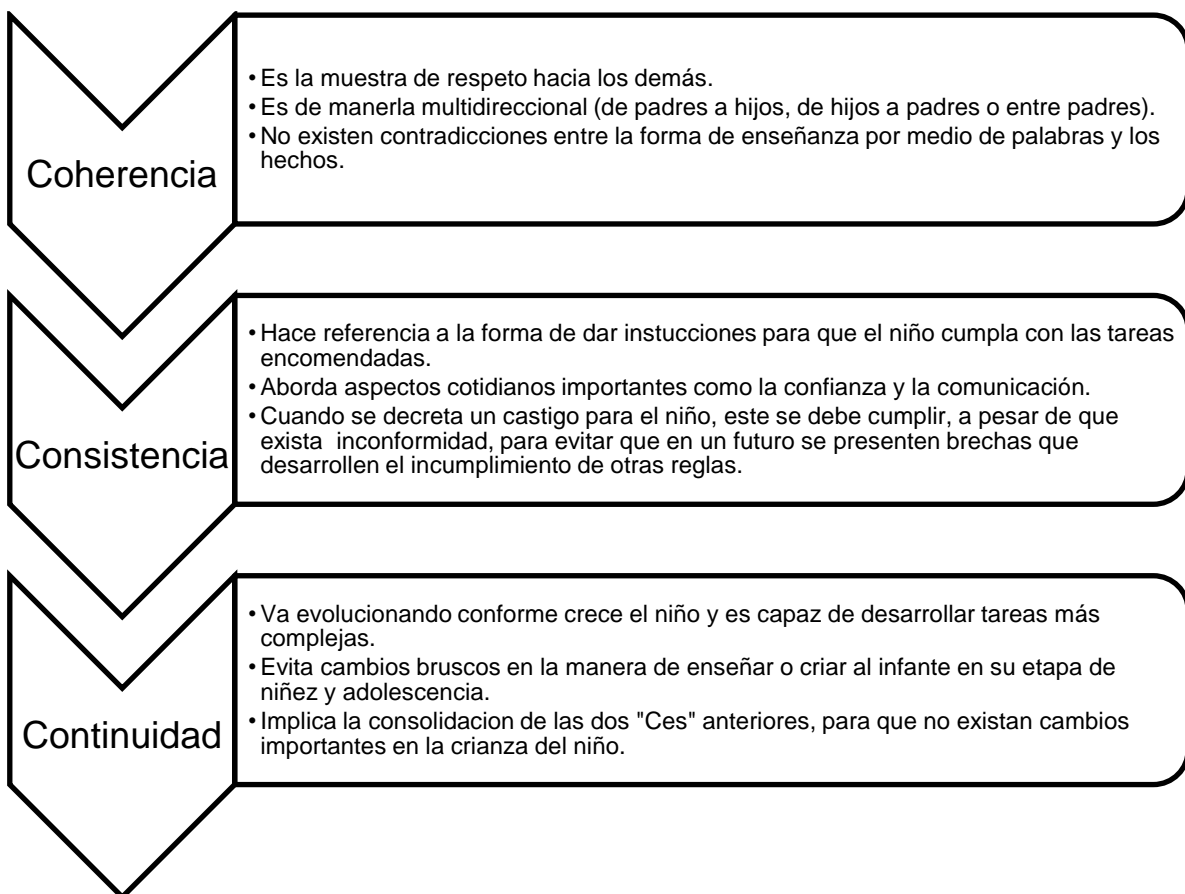


Figura 22: Características de la crianza positiva. Adaptado de “Agresión y comportamiento en la adolescencia” por M. J., Pedreira, 2014, *Monografías de Psiquiatría*, p. 1-20.

Desarrollar estrategias que se centren en la familia tienden a demostrar una eficacia para prevenir la violencia: tales como la disciplina no violenta, la formación de los padres en materia de desarrollo infantil, y aptitudes para resolver los problemas; es fundamental fomentar la participación de los padres en la vida de los niños y los adolescentes a través de programas que desarrollen la alianza entre el hogar y la escuela, así como programas de tutoría que permitan establecer vínculos entre los jóvenes de alto riesgo y adultos que los cuiden y así proporcionarles habilidades sociales y una relación sostenida (OMS, 2017).

Así mismo, es primordial fomentar el apoyo en comunidad, para generar un entorno de seguridad, apoyar la amistad entre iguales, y promover un entorno no violento y acogedor. Desarrollar guarderías, escuelas y centros de día que enfoquen y promuevan la salud mental en la infancia (Red Europea de Promoción de la Salud Mental, 2000).

La sociedad funge un papel de suma importancia para evitar problemas de conducta o violencia en los niños, esto si se reducen factores de riesgo, tales como la disminución de la disponibilidad del alcohol y de su abuso, con base a la proclamación y cuidado del cumplimiento de leyes sobre las licencias de venta de licores, los impuestos y los precios; reducción del acceso las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas, y promoción de la igualdad de género (OMS, 2017).

1.3.3 Regulación emocional en la infancia

Se entiende como Regulación Emocional al procedimiento que sigue una persona para generar una influencia en las emociones que percibe, cuándo las percibe, cómo las siente y cómo las expresa (Gross, 1998).

Desde el enfoque Cognitivo Conductual la Regulación Emocional, es sumamente importante, ya que permite regular la respuesta física que se obtiene al experimentar una emoción, mediante el uso de técnicas que permitan al individuo dar una resolución ajustada a su contexto y facilitar el cumplimiento de metas (Thompson, 1994).

En una revisión literaria realizada por Hervás y Vázquez (2006), aluden diferentes tipos de modelos correspondientes a la RE dentro de los cuales destacan:

- Modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social (Erber & Erber, 2000)
- El modelo homeostático de Forgas (Bower & Forgas, 2001)
- El modelo cibernético de Larsen de regulación del estado de ánimo (Larsen, 2000)
- El modelo de regulación Emocional de Gross (Gross, 1998).

El modelo de Gross (1998) hace mención que existen diversas estrategias que podemos encontrar en diferentes etapas de la regulación emocional, en una persona que tiene una psicopatología podemos observar fallas en el proceso de regulación emocional, donde podemos puntualizar mecanismos subyacentes. El proceso al que se refiere describe varias categorías, las cuales son detalladas en la figura 23.

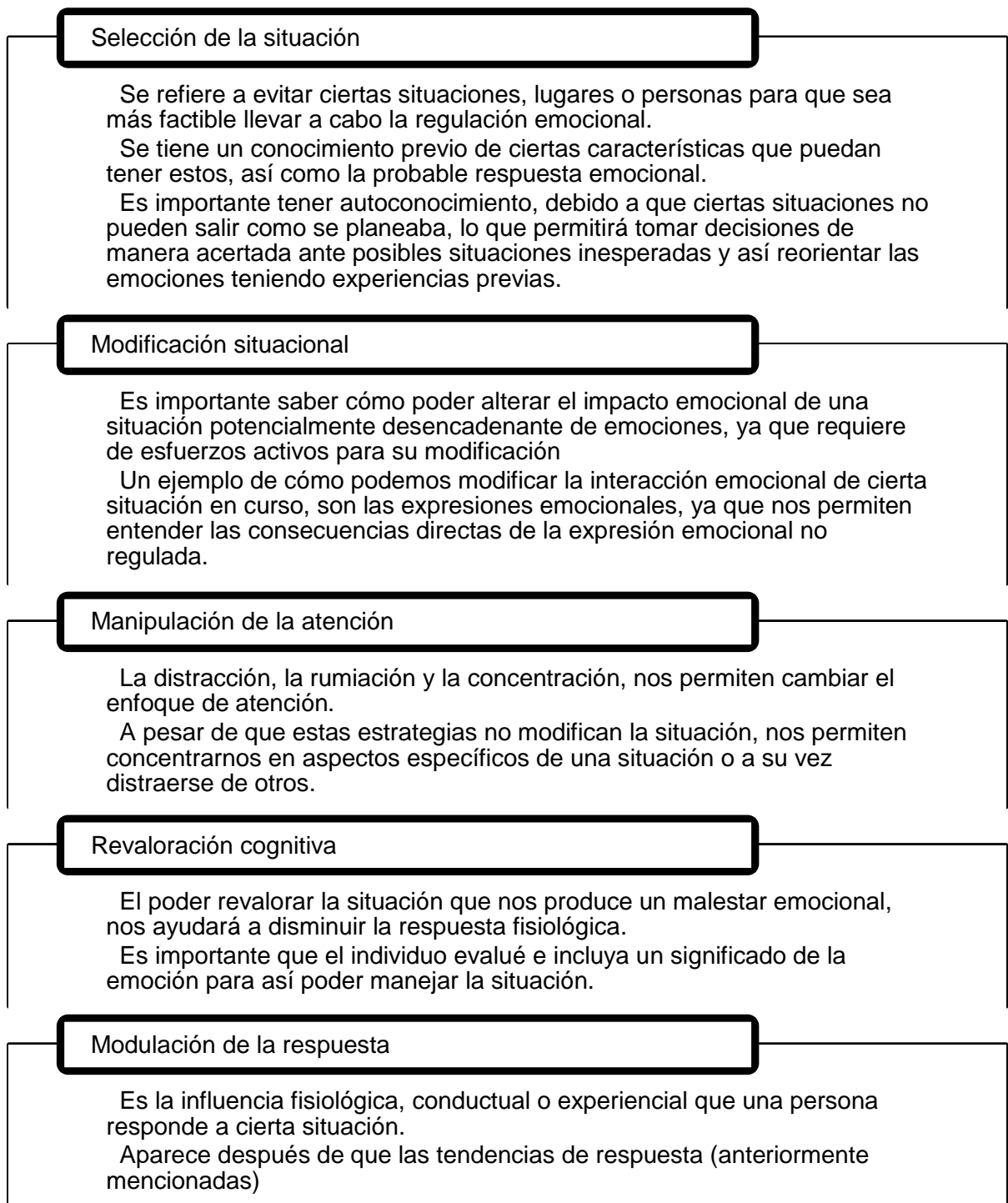


Figura 23: Estrategias de regulación emocional. Adaptado de “The emerging field of emotion regulation: An integrative review” por J. Gross, 1998, *Review of General Psychology*, 2, p. 271.

Capítulo II. Funciones Ejecutivas y Emociones Morales

Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas (2009), mencionan que las emociones son consideradas como una respuesta presentada por una persona y esta se da de una manera psicofisiológica, antes ciertas situaciones que resultan importantes en el ámbito adaptativo, como lo son las situaciones que representan un peligro, daño, éxito e incluso algo novedoso entre otras más. Es importante entender que estas reacciones son independientes de la cultura, es decir, universales, ya que producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en el impulso fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva)

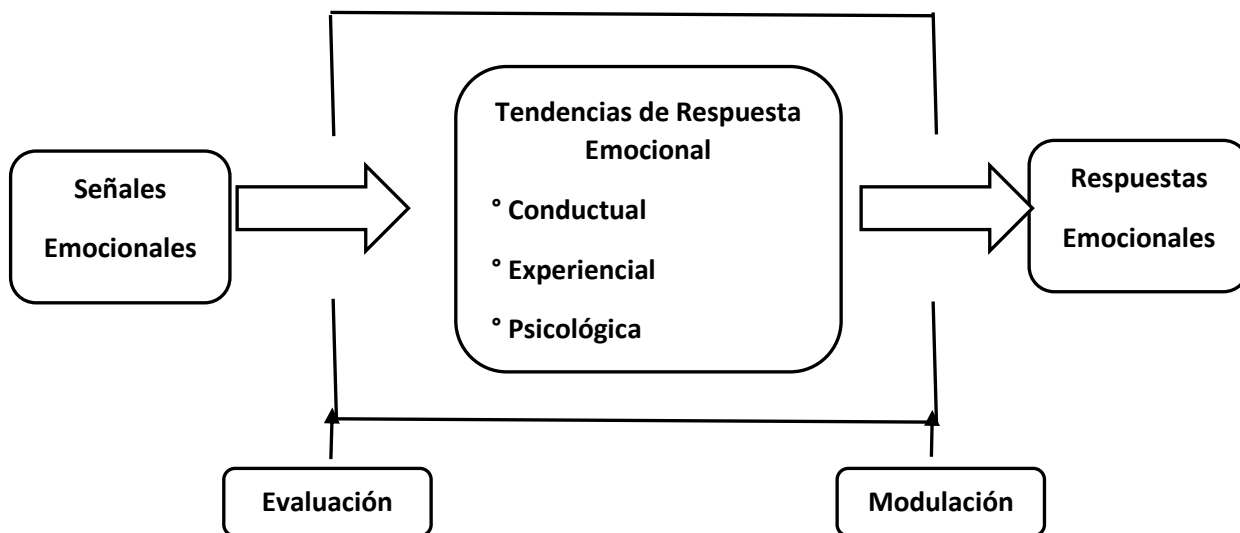


Figura 24: Proceso de la respuesta emocional. El rectángulo del lado izquierdo nos indica que existen estímulos conocidos como señales emocionales las cuales siguen un proceso para convertirse en una respuesta emocional, después de percibir la señal emocional, existe un proceso de evaluación donde se discierne si es bueno o malo, y así presentar una tendencia de respuesta emocional, la cual se puede dividir en tres categorías: en conducta, en experiencia o en psicológica, después de pasar por este proceso existe una modulación que hace que la persona nivele su respuesta de la forma que cree apropiada o de acuerdo al aprendizaje obtenido o experimentado en sucesos anteriores y al final presentar una respuesta emocional. Adaptado de “Emoción y cognición: Implicaciones para el tratamiento”

por Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. & Oblitas, L., 2009, *Terapia psicológica* 27 (2), p. 227.

Para Ginnet (2016), la información que nosotros recibimos es percibida por nuestros sentidos, como la vista (número 1) en este ejemplo, para después ser procesada por la corteza visual (número 2), esa información será enviada al área responsable del funcionamiento ejecutivo, la corteza prefrontal (numero 3), es ahí donde la información es analizada y se toma la mejor decisión, y así, esa información es enviada a la corteza motora (número 4) para llevar a cabo una acción, como se puede observar en la figura 25.

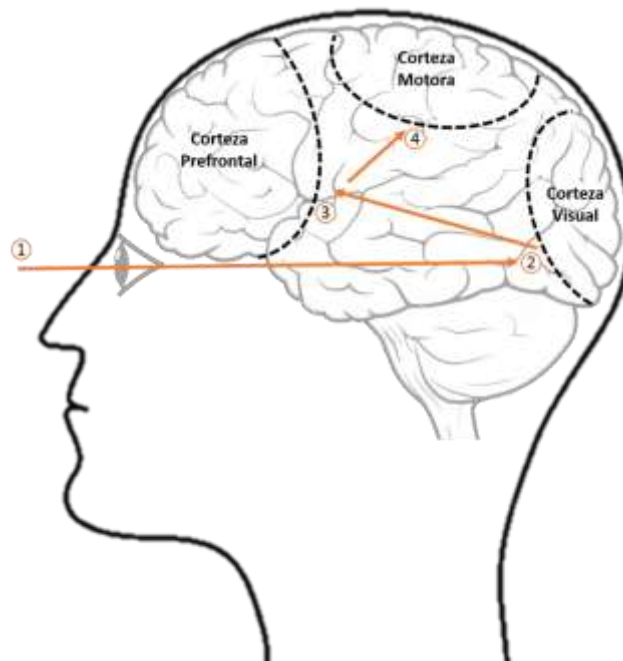


Figura 25: Flujo normal de información en el cerebro. Adaptado de “Who doesn’t have trouble with executive Functioning?” por A., Ginnet, 2016, archivo de video. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zq0oNVb0k58>

Cuando estamos bajo la influencia de niveles altos de estrés, el flujo de la información se ve interrumpido, ya que la corteza prefrontal es pasada por alto y así la información que recibimos no es razonada, lo cual nos impide generar múltiples soluciones a la situación en la que nos encontramos, es decir, sería como tomar decisiones de manera impulsiva sin pensar en las consecuencias de nuestras acciones (Ginnet, 2016).

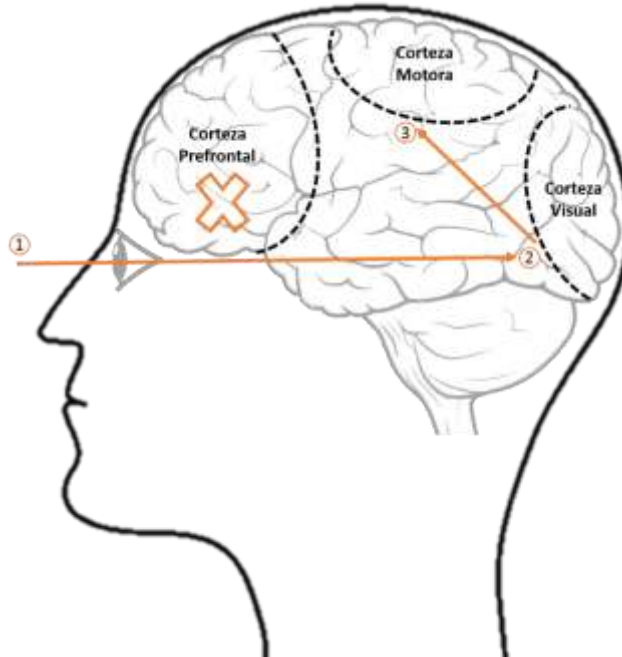


Figura 26: Flujo normal de información en el cerebro bajo la influencia del estrés. Adaptado de “Who doesn’t have trouble with executive Functioning?” por A., Ginnet, 2016, archivo de video. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zq0oNVb0k58>

2.1 Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas son consideradas como una serie de órdenes que gobiernan una acción que va dirigida hacia un objetivo, ya que esto permite expresar respuestas adaptativas ante situaciones nuevas o complicadas. Algunos de los elementos claves que están inmersos en las funciones ejecutivas se pueden apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1.

Definición de funciones ejecutivas

Función Ejecutiva	Definición
Abstracción	Conforme a información presentada esta función nos da la capacidad de analizarla

Función Ejecutiva	Definición
Atención sostenida	En un tiempo definido, se debe tener la capacidad de mantener enfocada la atención en una situación en específico
Autorregulación	Se dirigen y controlan de manera apropiada las propias emociones
Control Metacognitivo	A través del propio monitoreo se regula o ajusta el proceso cognitivo
Flexibilidad Mental	Se busca adaptarse a nuevas situaciones, mediante el cambio del patrón de respuestas y tareas, derivado de la detección de un resultado equivocado, se inhibe un patrón de respuestas anterior para encontrar otro patrón que resuelva el problema
Fluidez	Es la capacidad de generar una respuesta inmediata antes cierto momento en particular
Inhibición	Se elimina una respuesta dominante y se cambia por alguna otra
Memoria de Trabajo	Se refiere a la capacidad para conservar y usar información previamente obtenida, mientras se realiza una acción o proceso cognitivo en un periodo de tiempo relativamente corto

Función Ejecutiva	Definición
Mentalización	Esta función permite anticipar los pensamientos o sentimientos de otras personas en ciertas situaciones
Planeación	Se pretende lograr una meta mediante una integración, secuencia y desarrollo de pasos
Procesamiento de Riesgo - Beneficio	Se determina el riesgo o beneficio de una elección mediante la detección y anticipación

Nota. Adaptado de “Funciones Ejecutivas y lóbulos frontales” por M., González, 2015, *Desarrollo de las funciones ejecutivas en preescolar*, p. 1.

2.2 Desarrollo de las Funciones Ejecutivas en la infancia

Neurobiología de la Funciones ejecutivas

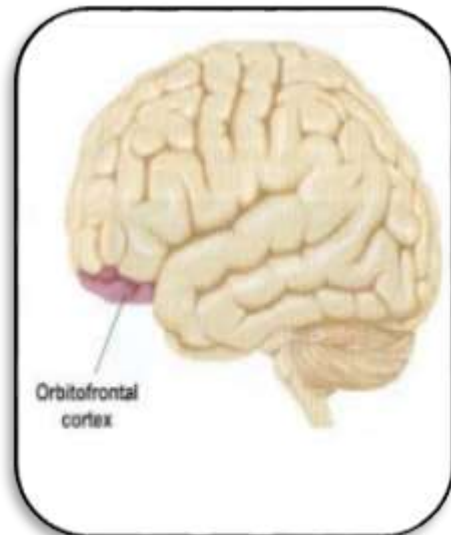
Se ha encontrado que dificultades para la regulación de la cognición, emoción y del comportamiento se relaciona con traumas en las áreas de los lóbulos frontales.

Los lóbulos frontales se dividen en cuatro regiones; corteza motora, corteza pre-motora, cíngulo anterior y corteza prefrontal (esta última es la de mayor tamaño y se relaciona en mayor medida con las funciones ejecutivas) (Figura 27).



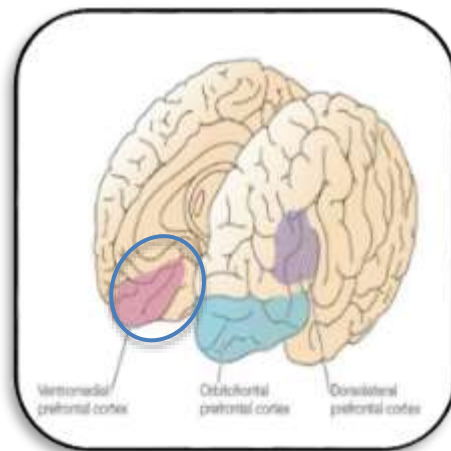
Corteza prefrontal (CPF)

La corteza prefrontal (CPF) se localiza en las áreas más anteriores y rostrales del cerebro, se divide en tres regiones principales; Corteza Orbito-frontal (COF), Corteza prefrontal medial (CPFM) y Corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL).



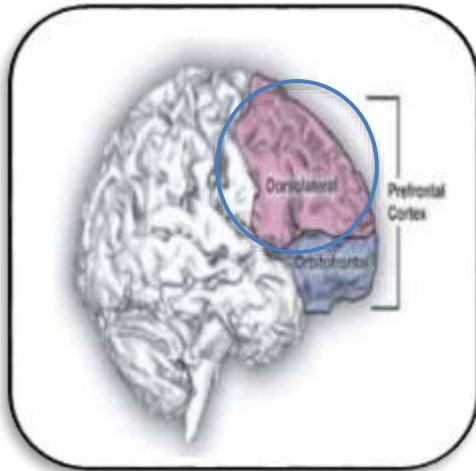
Corteza Orbito-frontal (COF)

Se halla en la base de los lóbulos frontales, en un punto superior a las órbitas oculares. Recibe información del sistema límbico y olfatorio: Es por eso que se ve mayormente involucrado con tareas de índole social. Participa en la regulación de las emociones y conductas afectivas y sociales, así como en la toma de decisiones basadas en estados afectivos



Corteza prefrontal medial (CPFM)

Se relaciona con procesos de inhibición, detección, solución de conflictos, regulación de la agresión y los estados motivacionales, así como el esfuerzo atencional.



Corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL)

Está ubicada en la porción más anterior de la CPF; Se relaciona con procesos cognitivos más complejos como la planeación, abstracción, meta-cognición, memoria de trabajo, solución de problemas complejos, lenguaje, atención, así como el monitoreo y la manipulación de la actividad.

Figura 27: Cortezas que componen la Corteza Orbitofrontal Adaptado de: “Desarrollo de las funciones ejecutivas y de la Corteza Prefrontal” por A., Lozano & F., Ostrosky, 2011, Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 11 (1). p. 159.

Como mencionan Flores y Ostrosky (2012), las funciones ejecutivas tienen un proceso de desarrollo el cual se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2.

Desarrollo de las funciones ejecutivas en diferentes etapas del desarrollo y edad

Función ejecutiva	Etapas de Desarrollo	Edad
Detección de selecciones de riesgo	Desarrollo muy temprano	Alrededor de los 4 – 5 años se puede observar en situaciones de pérdidas o castigo
Control Inhibitorio	Desarrollo temprano	Empieza a los 4 años por ejemplo con la denominación de objetos con colores distintos, y alcanza el punto de

Función ejecutiva	Etapa de Desarrollo	Edad
Memoria de Trabajo	Desarrollo temprano	<p>mayor maduración a los 9 - 10 años de edad</p> <p>El punto de maduración se encuentra en promedio en un rango de edad de entre 7 – 13 años</p>
Flexibilidad Mental	Desarrollo Intermedio	<p>Esta FE se va desarrollando progresivamente durante la infancia, hasta alcanzar su máximo desempeño alrededor de los 12 años</p>
Planeación espacial	Desarrollo Intermedio	<p>El progreso de esta función es sumamente evidente y veloz durante la infancia. Su gestación máxima se alcanza a partir de los 12 años</p>
Memoria Estratégica	Desarrollo Intermedio	<p>El proceso del desarrollo de la memoria estratégica es lento pero</p>

Función ejecutiva	Etapa de Desarrollo	Edad
		<p>al mismo tiempo es constante, su máximo desempeño se alcanza alrededor de los 12 años de edad.</p>
Planeación Secuencial	Desarrollo Intermedio	<p>Algunas pruebas, como la Torre de Hanoi, indican que esta función alcanza su proceso de maduración máximo hasta los 15 años de edad, siendo la FE que más se tarda en alcanzar su maduración en la etapa de desarrollo intermedio.</p>
Fluidez Verbal	Desarrollo tardío	<p>Esta función aumenta de manera progresiva hasta los 16 años aproximadamente y algo que repercute mucho en su desarrollo es el nivel de escolaridad con el que cuente la persona, debido a que es una</p>

Función ejecutiva	Etapa de Desarrollo	Edad
Abstracción y actitud abstracta	Desarrollo tardío	<p data-bbox="1019 264 1377 348">tarea de producción de lenguaje.</p> <p data-bbox="1019 464 1377 1041">Esta función es de las últimas en aparecer debido a que comúnmente, un adulto normal (escolarizado), ya es capaz de analizar información de manera abstracta a pesar de que haya sido educado para detectar datos concretos o perceptuales.</p>

Nota: “Adaptado de Neuropsicología de los lóbulos frontales. Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas” por J. C. Flores & F. Ostrosky – Shejet, 2012, p. 1

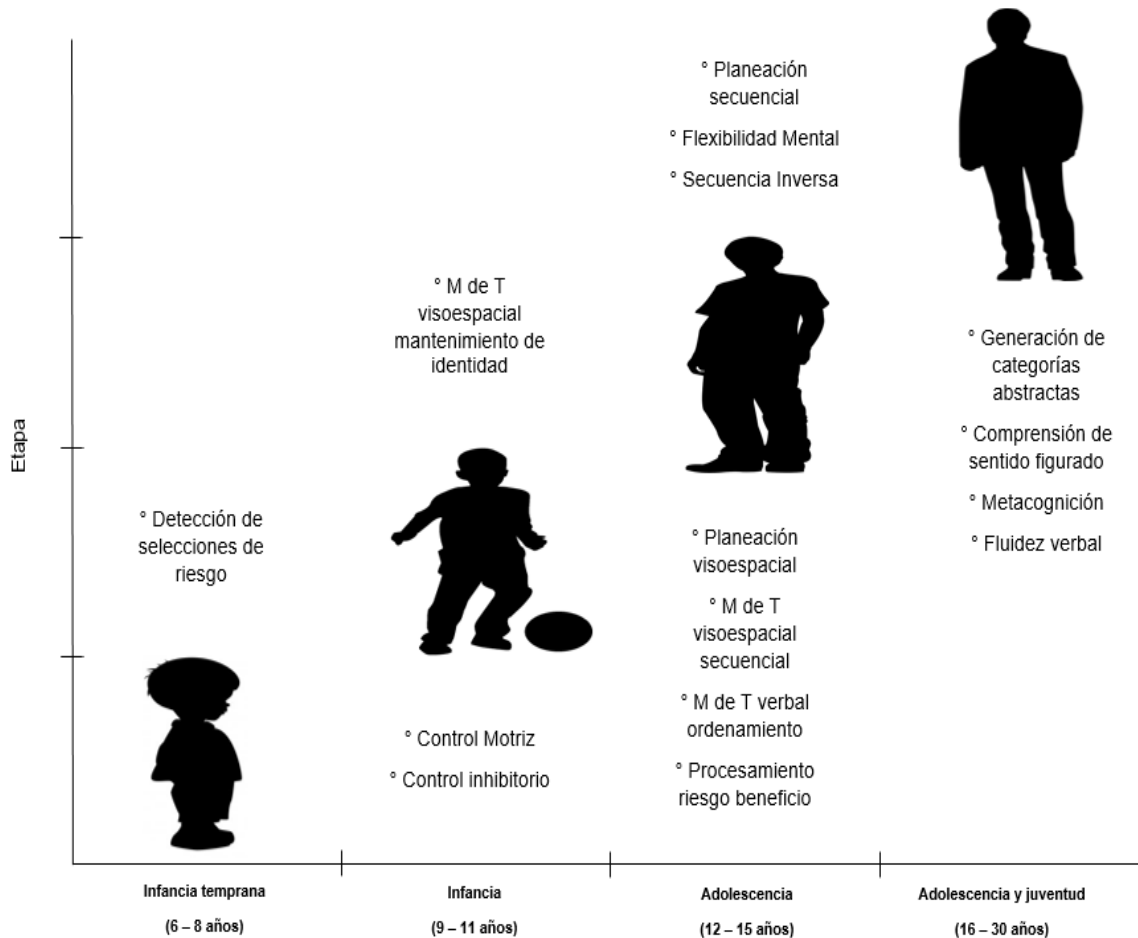


Figura 28. Desarrollo de funciones ejecutivas en diferentes etapas del desarrollo. Adaptado de Neuropsicología de los lóbulos frontales. Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas” por J. C. Flores & F. Ostrosky – Shejet, 2012 (M. T. = Memoria de Trabajo).

2.3 Emociones Morales y regulación emocional

Para entender el papel que juegan las emociones morales en la vida de un individuo es necesario partir desde el entendimiento de las emociones básicas, las cuales son conceptualizadas como una serie de cambios fisiológicos y conductuales acompañadas de sentimientos, la cual por mínima que sea su intensidad produce un impulso a llevar a cabo una acción para lograr una meta u objetivo que beneficie al organismo en su adaptación al entorno (Carlson, 2014).

A pesar de que existen numerosas investigaciones, no se ha podido demostrar que cada emoción sea sumamente diferente a las otras por medio de un modelo determinado de glándulas y músculos que produzcan una gesticulación específica, cabe resaltar que aunque la expresión de algunas emociones no varían mucho en diferentes personas, también hay que considerar otras variables que puedan afectar la gesticulación o expresión de la emoción, no obstante las expresiones pueden llegar a ser imitadas debido al entorno social donde se desenvuelve cada individuo para obtener un sentido de pertenencia, es por eso que las expresiones emocionales pueden ser catalogadas como un constructo cultural o social. (Skinner, 1974).

El proceso emocional inicia cuando el organismo reconoce una situación que puede ser significativa para su seguridad física o metas personales, este proceso tiende a ser altamente automatizado, con retribuciones fisiológicas, conductuales y expresivas (Reidl & Jurado, 2007).

Para comprender la importancia de las emociones morales hay que considerar la diferencia entre juicios y normas morales, ya que las normas morales son concebidas como una serie de pasos a seguir para evitar el daño físico y psicológico, tanto personal como hacia otros, en esta parte los mayores educan a las generaciones venideras de tal manera que los niños puedan socializar (madurar socialmente) y adaptarse (crecimiento personal) al mundo donde nacieron, se busca que esta nueva generación represente las ideas, sentimientos y prácticas ya establecidas (Ocaña, Pérez, Hernández, Pastrana, & Anaya, 2015). Mientras que los juicios morales son la aprobación o desaprobación de una manera razonada de una acción moral que haya sido hecha por el individuo o la cual fue observada al realizarse por alguien más, llegando a la conclusión de si puede causar daño o no a otro o a esa misma persona (Tovar & Ostrosky, 2013).

Partiendo del modelo piagetiano es necesario que nosotros podamos entender a los demás para que podamos expresar un juicio moral. Para diferenciar los términos norma moral y juicio moral se puede considerar que la norma moral es cuando una persona debe pensar qué haría si se ve envuelto ante una situación, por ejemplo, se

puede presentar cuando un individuo no cuenta con dinero para usar el transporte público y necesita pagar para llegar a su casa, de pronto observa que a una persona se le cae dinero que le pudiera servir para pagar su traslado, entonces surge el dilema de devolverlo o no, lo que decidimos hacer está en función de nuestras *normas morales*. Por otra parte, un ejemplo de juicio moral sería que una persona vea a otra orinando en la vía pública a plena luz del día, nosotros pensaríamos que es una violación a la ley o a la privacidad de las personas que pudieran mirarlo al pasar por la calle, por consiguiente, el observador emitirá un juicio moral probablemente de desaprobación ante tal situación (Tovar & Ostrosky, 2013).

Las Emociones Morales tienen como función principal el salvaguardar las relaciones sociales, es por eso que las emociones morales están presentes en nuestra vida cotidiana, al momento de quebrantar una norma social o regla, que es sumamente naturalizado dentro de nuestro entorno social o personal, surgen las emociones morales fungiendo como respuesta ante esa experiencia subjetiva de transgresión a las normas estipuladas, donde existe también una respuesta física (Farnsworth, Drescher, Nieuwsma, Walser, & Currier, 2014; Mercadillo, Díaz, & Barrios, 2007).

Existe un constructo creado por diferentes autores para conocer las características de una emoción moral. La primera a la que hacen referencia es a que existe un agente desencadenante para que se presente una emoción moral. Un ejemplo es cuando se nos presenta una situación nueva que pudiese ser peligrosa para nosotros (agente desencadenante), esto normalmente nos provocaría miedo (emoción moral). Una segunda característica es la valoración cognitiva del evento, esto quiere decir que, si no es que cada uno de nosotros cree que ha habido un daño moral o no. Un tercer punto es la motivación, ya que estas emociones nos permiten actuar de una manera específica en alguna situación, teniendo un comportamiento conciliador, empático o reparador hacia otro. Una cuarta característica es que tanto efecto tiene esta emoción en pro de la sociedad o de uno mismo. Y como último punto habla desde el punto de vista que es catalogada la emoción moral con respecto a otra persona, y si esta afecta o beneficia a su entorno (Cova, Deonna, & Sander, 2015).

Fritz Heider (Citado en Körner, Tscharaktschiew, Schindler, Schulz, & Rudolph, 2016) propuso una clasificación de las emociones morales mediante la identificación de sus presuntos antecedentes cognitivos. De acuerdo con este punto de vista, las emociones morales están fuertemente determinadas por tres conceptos, es decir, deber, esfuerzo y logro de metas. Las consideraciones de deber (es decir, correcto e incorrecto), ya sea en relación con las acciones de uno mismo o de otras personas, incluyen evaluaciones de si un objetivo moralmente positivo o negativo está presente.

Además, las acciones humanas pueden diferir con respecto a la cantidad de esfuerzo o intensidad con la cual se persiguen dichos objetivos. Finalmente, el objetivo respectivo, sea correcto o incorrecto desde una perspectiva moral, puede alcanzarse o no. El deber, el esfuerzo y el logro de metas explican grandes cantidades de varianza en las emociones morales. Otros dos elementos conceptuales ayudan a clasificar la variedad de emociones morales, a saber, (a) el objetivo de la emoción y (b) la función evaluativa o de señal a la que sirve la emoción (Farnsworth, Drescher, Nieuwsma, Walser, & Currier, 2014)

Las emociones morales se pueden clasificar de acuerdo con su objetivo: las emociones que evalúan las propias acciones o características, como la culpa, el orgullo, el remordimiento o la vergüenza, se han referido como emociones dirigidas por uno mismo. Por el contrario, las emociones que se dirigen a las acciones o características de otra persona, como la admiración, la ira, el desprecio o la simpatía, se han etiquetado como emociones dirigidas a otros o emociones del observador (Malti & Latzko, 2012)

Además, todas las emociones morales contienen una función evaluativa: es decir, las emociones morales positivas se obtienen siguiendo las propias emociones (emociones del actor) u otras (emociones del observador) comportamiento moralmente positivo, es decir, acciones que cumplen o superan estándares morales positivos como la ayuda a alguien que lo necesita o que invierte esfuerzos para alcanzar un objetivo moralmente positivo. En contraste, las emociones morales negativas ocurren después de las propias (emociones del actor) u otras (emociones

del observador) comportamiento moralmente negativo, es decir, transgresiones de estándares morales como mentir o hacer trampa o no invertir esfuerzos para alcanzar un objetivo positivo (Cova, Deonna, & Sander, 2015).

En resumen, concluimos que las emociones morales positivas se obtienen cuando se persiguen objetivos moralmente positivos, especialmente cuando se invierte esfuerzo para alcanzar estos objetivos, mientras que las emociones morales negativas ocurren dado que se persiguen objetivos morales negativos, o no se invierte esfuerzo para alcanzar moralmente metas positivas (violando así una 'norma de esfuerzo').

2.3.1 Emociones Morales Positivas

Dentro de las emociones morales positivas podemos encontrar **la admiración** (se caracteriza por un sentimiento de alabanza hacia un comportamiento altamente virtuoso o reconocido), **el orgullo** (que surge del reconocimiento de las habilidades, comportamientos o esfuerzos invertidos de una persona por una meta positiva) y **el respeto** (este acontece después de un comportamiento moralmente positivo, donde se reconocen las habilidades y el esfuerzo de la persona) (Körner et al., 2016).

2.3.2 Emociones Morales Negativas

Por otro lado, también existen emociones morales negativas tales como **el enojo** (que surge por un comportamiento que se considera como decepción o fracaso por otra persona hacia los objetivos personales), **la indignación** (se presenta cuando una persona le hace daño a una tercera y el que observa puede o no estar involucrado en la acción) y por último **el desprecio** (este se relaciona con la percepción de incompetencia y de violaciones a la comunidad) (Körner et al., 2016).

Es por eso que la conjunción de la neuropsicología (específicamente en este caso la parte de las funciones ejecutivas) en la rama de las emociones y comportamiento del ser humano nos ayuda a entender de mejor manera estas funciones. Es bien sabido que las respuestas emocionales y las funciones ejecutivas están sumamente relacionadas, específicamente con la Corteza Prefrontal (CPF) (Flores & Ostrosky-Shejet, 2012).

Estudios demuestran que personas que tienen una baja percepción de moralidad, comúnmente presentan altos índices de agresividad, violencia y han obtenido altos indicadores de afecciones orgánicas. Por ejemplo, sujetos con impulsos agresivos, presentan diferencias en la estructura cerebral, así como en el ámbito funcional y cognitivo esto con respecto a sujetos con conductas sociales normales (Rueda, 2020).

Por eso es de suma importancia obtener un diagnóstico clínico preciso que nos permita entender y conocer la problemática que aqueja al individuo, esto se puede lograr mediante la puntual aplicación de baterías y test, que ayudan en el proceso. El diagnóstico a tiempo incide en la mejoría del pronóstico (Rodríguez, 2017).

Capítulo III. Evaluación Psicológica y Neuropsicológica en la infancia

3.1 Evaluación Psicológica

El término evaluación psicológica data de 1948 en el libro “Assessment for Men”, que tenía como finalidad dar a conocer los procedimientos para la selección de reclutas para misiones militares estadounidenses. El término de evaluación en este ejemplar da prioridad a las virtudes de cada prospecto, mientras que el término psicodiagnóstico, hacía referencia a la patología (Mikulic, S/A).

La aparición de la evaluación conductual, fue un momento de suma importancia para lo que hoy conocemos como evaluación psicológica, ya que fungió como una alternativa para el diagnóstico psiquiátrico, ya que al llevar a cabo una evaluación psicológica adecuada se podía llevar a cabo un tratamiento idóneo de acuerdo a la problemática y necesidades del paciente (Aragón, 2015).

La evaluación psicológica es usada y abarca distintos campos que enriquecen el trabajo profesional de los psicólogos, ya que puede ser usada en el ámbito laboral, clínico, jurídico, organizacional, educativo, entre otros. Esto nos permite analizar las distintas conductas del ser humano en diferentes contextos y así entenderlos y explicarlos (Casullo, 1999).

La principal función de la evaluación psicológica es poder llegar a tener un diagnóstico del paciente, ya sea patológico, de aptitudes, conocimiento, etc., dependiendo del área en donde se llevará a cabo esta evaluación. Aunque habría que entender que su función no es simplemente llegar a un diagnóstico, sino es toda una secuencia de pasos con la que se busca el identificar problemas, plantear objetivos, pronosticar y así como evaluar si los objetivos previamente planificados y llegaron a cumplir; es el parte aguas para la toma de decisiones (Aragón, 2015).

La Evaluación Psicológica es considerada como una técnica o instrumento sumamente complejo debido a que abarca demasiadas particularidades, tales como el planteamiento del problema, las recomendaciones de la solución que se le pudiera a tal situación y la toma de decisiones (Garaigordobil, 1998, citado en Aragón, 2015).

En la evaluación psicológica es necesario entender que pueden utilizarse varias técnicas, tales como las que se muestran en la figura 29.

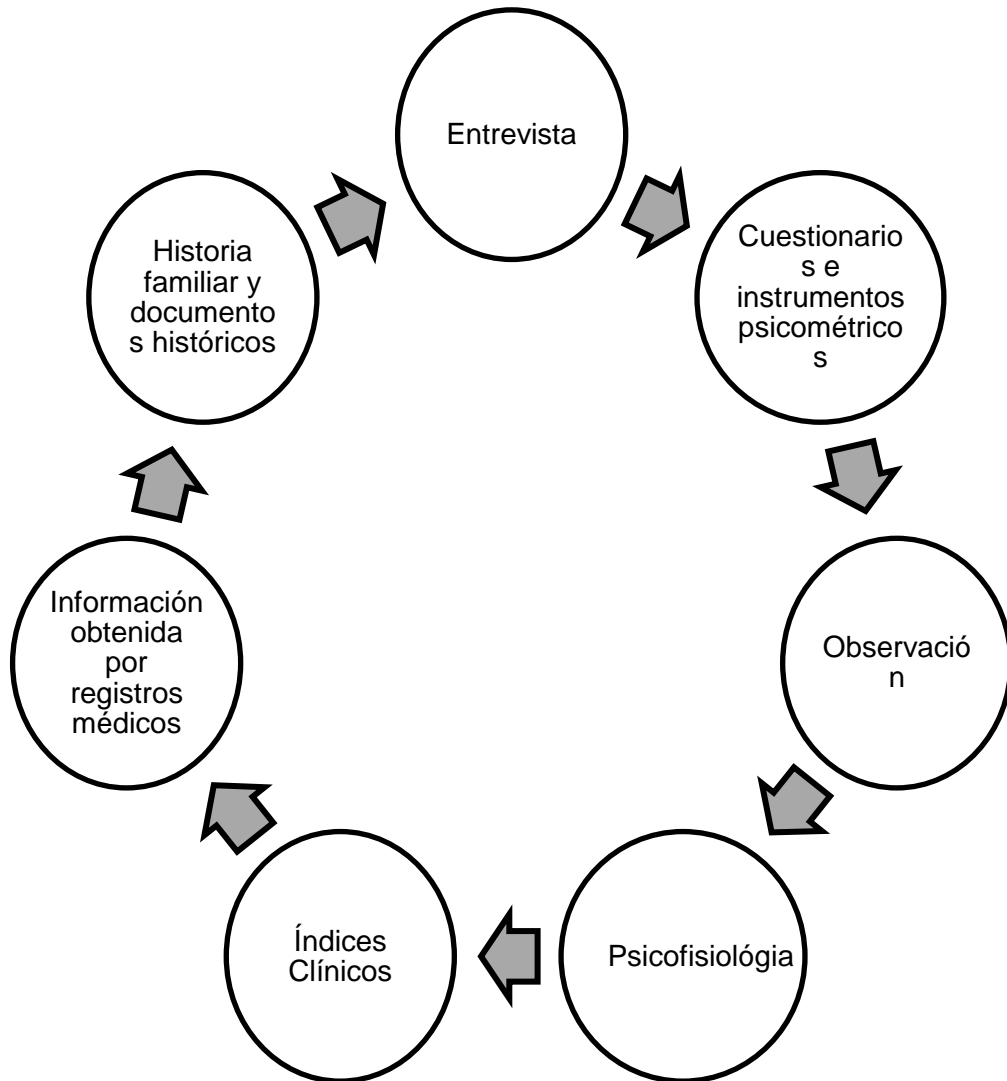


Figura 29. Principales técnicas utilizadas en la evaluación psicológica. Adaptado de “Introducción. Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos” por M., García., M. E., Guzmán & G., Solano, 2012, *Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos*, p, 15.

Tabla 3.

Descripción de las principales técnicas en evaluación psicológica

Técnica	Descripción
Entrevista	Son utilizadas como técnicas que permiten obtener información, ya sea demográfica, conductas, creencias y sentimientos, entre otros datos.
Cuestionarios e instrumentos psicométricos	Es la medición realizada por medio de instrumentos válidos y confiables, se pueden usarse instrumentos previamente hechos o creados en función de la población o persona que se va a evaluar.
Observación	Implica hacer la evaluación por medio de registros precisos de algunas conductas del paciente.
Psicofisiología	Se evalúan las reacciones fisiológicas por medio de instrumentos especialmente diseñado para este tipo de evaluación, como los cardiovasculares
Índices Clínicos	Se evalúan aspectos, tales como el peso, la temperatura o el pulso, todo lo que tenga que ver con su situación física
Información obtenida por registros médicos	Se obtienen resultados a partir de una evaluación médica como por ejemplo un encefalograma, resonancia magnética, análisis de sangre, conteo de células CD4, etc., todo dependerá de la situación y diagnóstico del paciente, así como del trabajo con el equipo multidisciplinario.

Técnica	Descripción
Historia familiar y documentos históricos	Se determina la predisposición genética que tiene un paciente de padecer una misma enfermedad o uso de sustancias, con respecto al núcleo familiar cercano del paciente

Nota: Adaptado de “Introducción. Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos” por M., García., M. E., Guzmán & G., Solano, 2012, *Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos*, p, 15

Según Fernández – Ballesteros (1996), la evaluación psicológica se usa para indagar acerca de la conducta humana, ya sea de manera individual o grupal y de ahí poder partir para la toma de decisiones.

Es necesario conocer los fundamentos científicos y psicométricos de cada prueba antes de que sean aplicadas, independientemente de lo que se busque encontrar en la aplicación de cada una de estas (Aragón, 2015).

Antes de seleccionar una batería de pruebas psicométricas que nos ayudaran a complementar la evaluación psicológica es necesario, haber realizado una buena entrevista psicológica.

La Evaluación Psicológica (EP) conforma un capítulo tanto de la psicología básica como de la aplicada en los distintos campos o contextos que estructuran el quehacer profesional de los psicólogos: clínico, laboral, educativo, social, jurídico, comunitario. En cualquiera de sus aplicaciones supone siempre la posibilidad de analizar los diversos comportamientos humanos a fin de comprenderlos, compararlos, explicarlos.

3.1.1 Entrevista Conductual

Según Choragwicka & Moscoso (2007), la Entrevista Conductual Estructurada (ECE), se desarrolló durante los años 80's extendiéndose al siglo XX, dentro de las ECE están inmersas diferentes tipos de entrevistas, tales como:

- Entrevista de descripción de conducta
- Entrevista desarrollada a partir de un análisis del puesto
- Entrevista situacional
- Entrevista multimodal
- Entrevista conductual
- Entrevista conductual estructurada.

Cada una de ellas comparten una serie de características que permite que su denominación sea la misma, tales como: (a) Las preguntas de la entrevista parten de un análisis de puestos; (b) a todos los candidatos se les hacen las mismas preguntas; (c) se utilizan las escalas de valoración basadas en la conducta; (d) Se realiza el mismo proceso con todos los entrevistados; (e) los entrevistadores son previamente formados sobre la ECE y (f) la decisión sobre la contratación se toma una vez terminadas todas las entrevistas.

Así mismo Morgia (2012) hace una diferenciación entre el tipo de entrevistas que podemos encontrar de acuerdo al objetivo que estas tengan (véase figura 30).

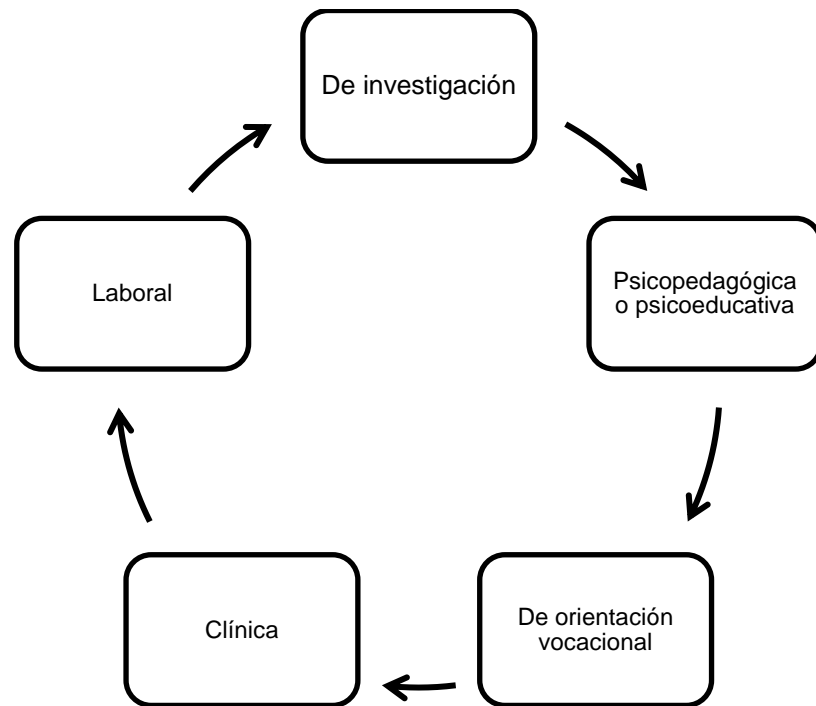


Figura 30. Tipos de entrevistas. Adaptado de “Tipos de entrevista por objetivos” por L. E., Morga, 2012, *Teoría y técnica de la entrevista*, p.14.

Una entrevista nos dice Salgado, Moscoso, y Gorriti (2004), tienen un formato o grado de estructuración, básicamente hay que enfocarse en 1. El grado de la estructuración de los cuestionamientos, y 2. El grado de estandarización y estima de las respuestas.

- Qué es
- Donde se desarrolló
- Quien la creó

3.1.2 Observación

Esta técnica consiste principalmente en que el observador, lleve a cabo un registro y tome nota de algunos acontecimientos o conductas en particular.

Después de decidir que se utilizará la observación como una técnica para reunir información del paciente, el terapeuta debe seguir una serie de pasos para que la observación genere datos fiables y válidos (Figura 31).

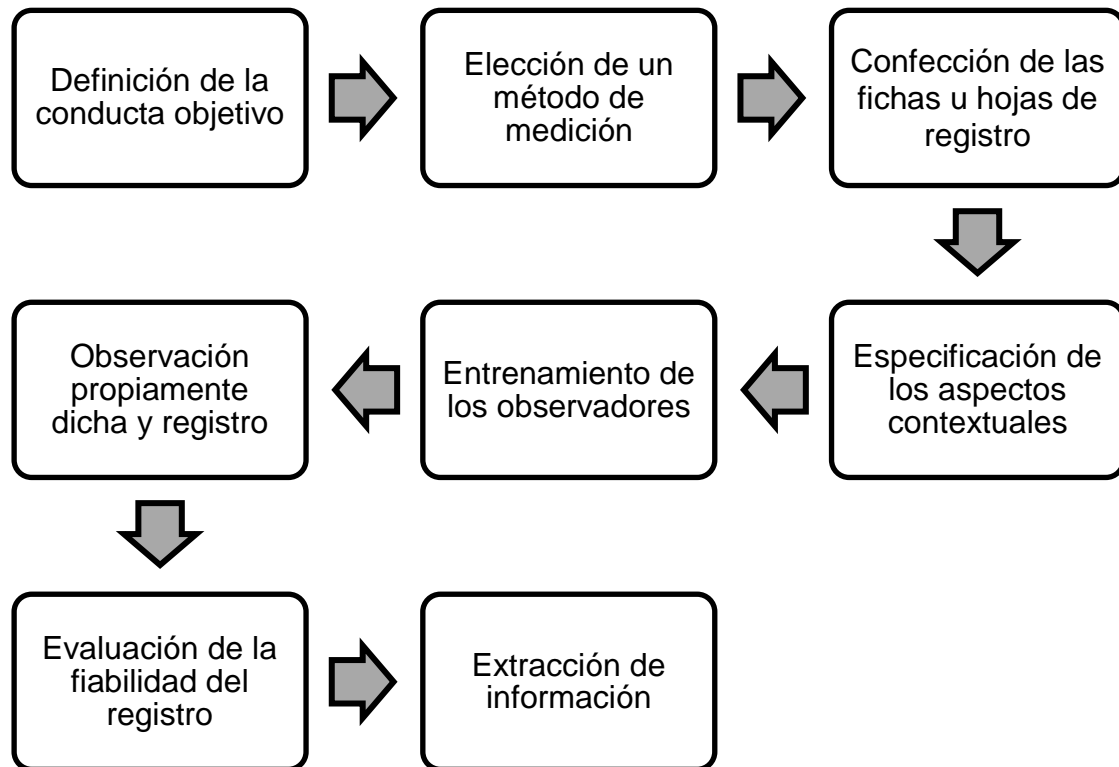


Figura 31. Proceso para recolección de datos con la técnica de observación. Adaptado de “Tipos de fases de observación del comportamiento” por I. Pico, 2016, recuperado de: <https://psicopico.com/tipos-fases-observacion-del-comportamiento/>.

3.1.3 Análisis funcional de la conducta

Según Koholokula, Godoy, O’Brien, Haynes, & Gavino (2013), el análisis funcional consiste en establecer relaciones que determinen la causa entre la conducta y variables que lo pudieran generar, es decir, determinar si existe una variable que cause o no en el individuo, la conducta problema, a partir de ciertas conductas del individuo.

Por otro lado, el análisis funcional, también es considerado, como un método encargado de analizar las conductas blanco con respecto a otras condiciones como resultan ser los patrones entre eventos de estímulo, consecuencia y la conducta blanco, y así poder identificar la relación que pueda existir entre la conducta y sus consecuencias. El objetivo principal del análisis funcional de la conducta es poder describir la conducta problema y las circunstancias que la originan (Kazdin, 2013).

Haynes, Smith y Hunsley (2011), mencionan las principales características del Análisis funcional de la conducta, las cuales se muestran en la figura 32.

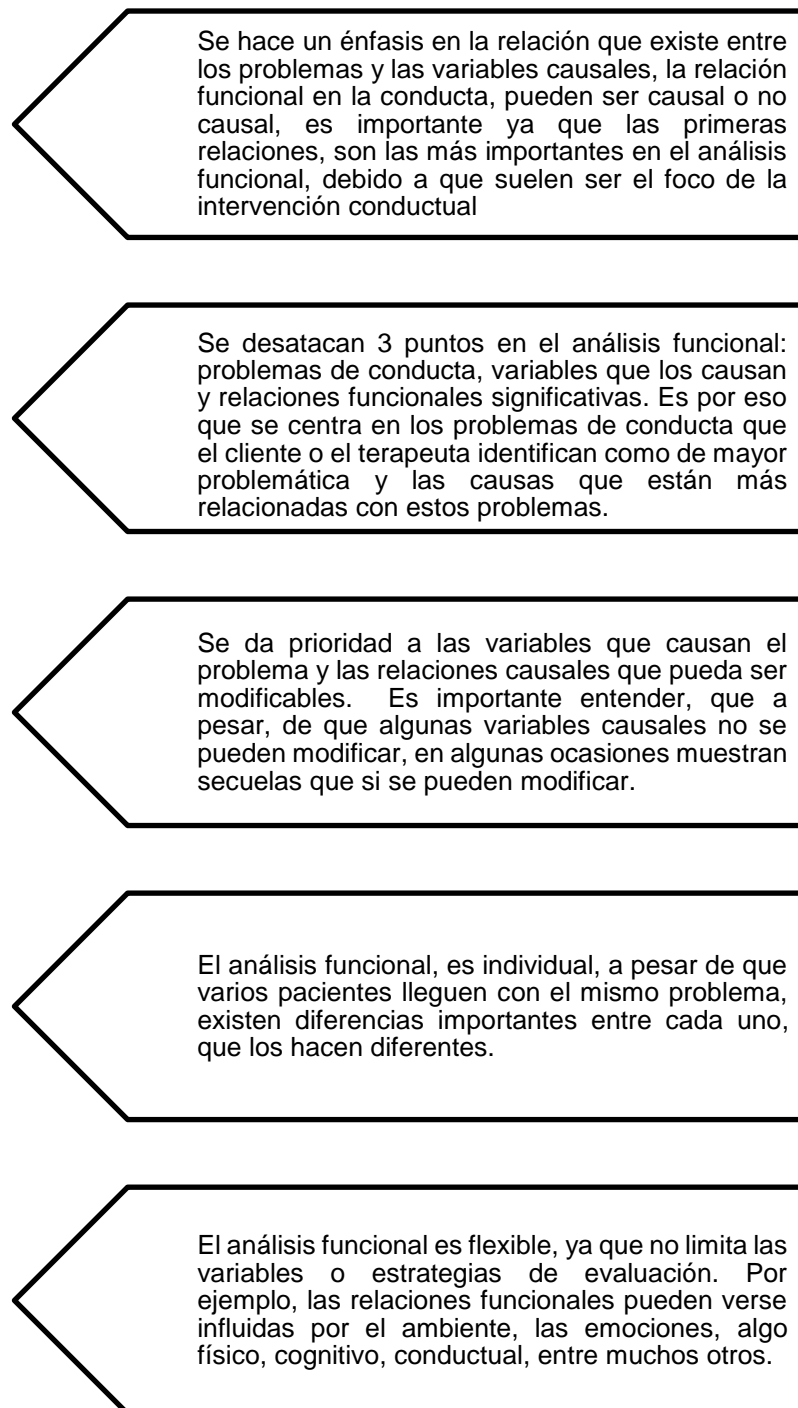


Figura 32. Principales características del análisis funcional de la conducta. Adaptado de “Scientific foundations of clinical assessment” por S. N., Haynes, G. Smith, & J. Hunsley, 2011.

3.2 Evaluación Neuropsicológica

La ciencia de la neuropsicología y a su vez una ramificación de ella, como lo es la evaluación neuropsicológica, son las encargadas de asimilar y entender los procesos mentales, así como su posible disfunción. (Blázquez-Alisente, González-Rodríguez & Paúl-Lapedriza, 2008).

La evaluación neuropsicológica es considerada como algo más que una simple aplicación de test, ya que la aplicación de las pruebas psicométricas solo es una pequeña parte del proceso de esta evaluación. (Blázquez-Alisente, González-Rodríguez & Paúl-Lapedriza, 2011). Los pasos a seguir son presentados en la figura 33.

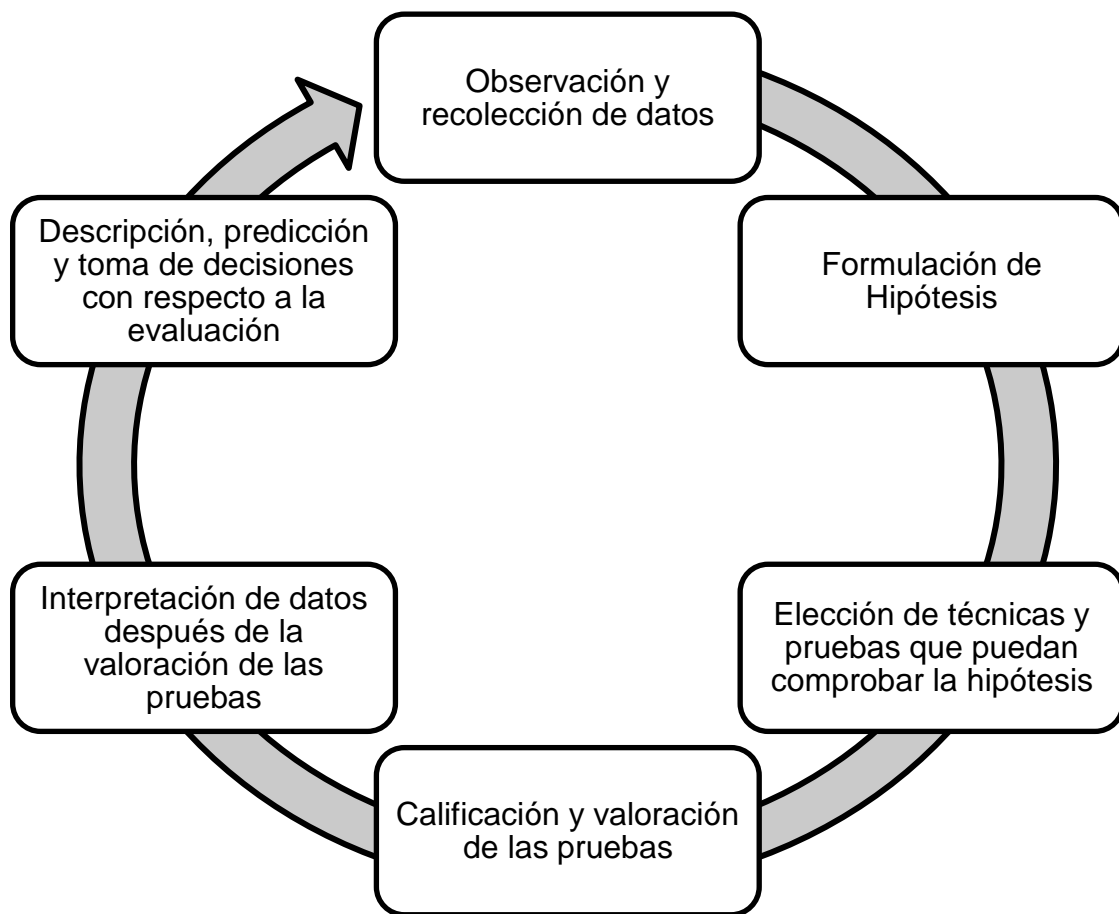


Figura 33. Pasos a seguir en la evaluación neuropsicológica. Adaptado de “Evaluación neuropsicológica” por J. L. Blázquez – Alisente., B., González – Rodríguez, & N., Paúl – Lapedriza, 2011, *Manual de neuropsicología*, p. 1.

3.2.1 Evaluación Neuropsicológica infantil

La evaluación neuropsicológica infantil es una herramienta de suma importancia, al tratar de conocer las fortalezas y debilidades que tiene el niño en diferentes aspectos de su vida, como lo son el conductual, el cognitivo y el emocional. Estas evaluaciones pueden medir aspectos de manera individual o de manera global. A continuación, se muestran los principales ejes de la evaluación neuropsicológica infantil (Ver figura 34).

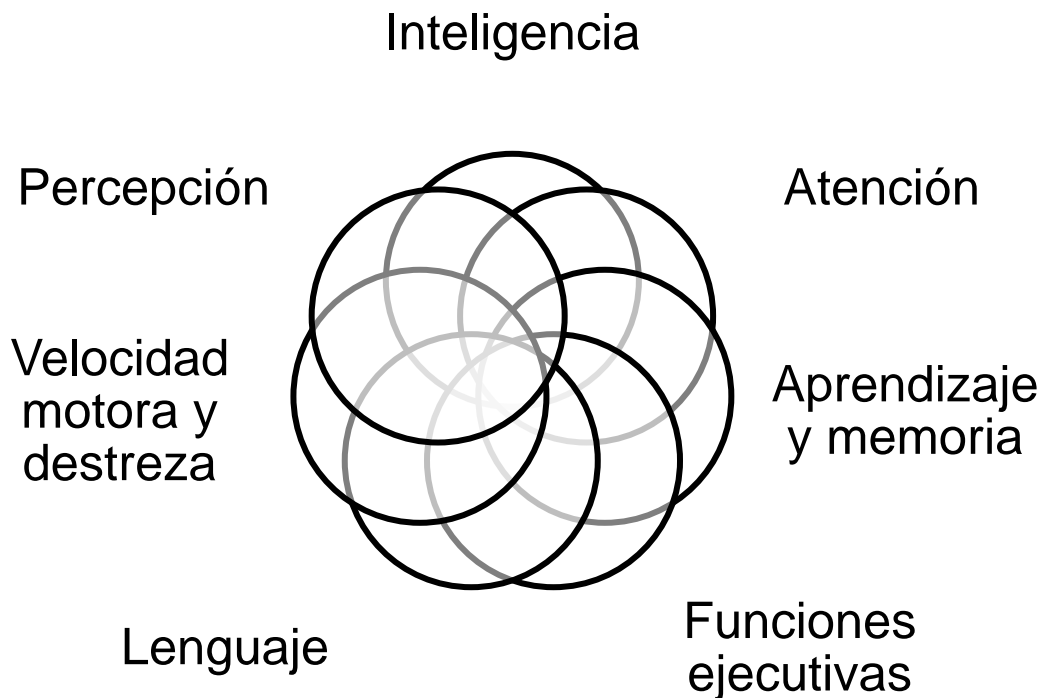


Figura 34: Ejes de la evaluación neuropsicológica. Adaptado de “la evaluación neuropsicológica infantil” por J. C., Arango – Laspirilla, D., Rivera & L., Olabarrieta – Landa, 2017, Neuropsicología infantil, p. 143.

Dentro de las evaluaciones neuropsicológicas infantiles existen baterías que nos permiten tener un mejor entendimiento del desarrollo neuropsicológico del niño, unas de las principales baterías neuropsicológicas utilizadas en México (Tabla 4).

Tabla 4.

Baterías Neuropsicológicas con mayor uso

Batería Neuropsicológica	Evalúa
ENI. Evaluación Neuropsicológica Infantil (Matute, Roselli, Ardila & Ostrosky – Solís, 2007)	Desarrollo Neuropsicológico
NEUROPSI. Evaluación Neuropsicológica breve en español (Ostrosky, Gómez, Matute, Roselli, Ardila & Pineda, 1997)	Estado Neuropsicológico
WISC – IV. Escala Wechsler de Inteligencia para niños. (Wechsler, 2005)	Capacidad Intelectual

Nota: Elaboración propia

3.2.2 Evaluación de las Funciones Ejecutivas

Las evaluaciones de funciones ejecutivas son de suma importancia, ya que el daño que se produce en la zona prefrontal del cerebro a cualquier edad puede ser sumamente importante para el desarrollo del individuo y contar con las herramientas de evaluación adecuadas nos permite obtener un diagnóstico más específico, para así desarrollar un plan de tratamiento idóneo para cada persona. (Wright, Waterman, Prescott, & Murdoch – Eaton, 2003).

Los procesos derivados de las funciones ejecutivas son indispensables para una buena salud mental y desempeño social, ya que el daño en alguna zona específica del cerebro o alguna patología en el desarrollo pueden afectar a distintas funciones ejecutivas (Zelazo & Muller, 2002).

Las evaluaciones de las funciones ejecutivas se pueden hacer de manera individual o colectiva (baterías neuropsicológicas), algunas de las evaluaciones que se implementan, van dependiendo de la función a evaluar, como se muestran en la tabla 5.

Tabla 5.

Pruebas para la evaluación de funciones ejecutivas

Función Ejecutiva	Prueba individual utilizada para medición
Plan, organización, razonamiento y cambio	Children´s Category Test (CCT)
	Test Modificado de Clasificación de Cartas de Wisconsin
	Torre de Hanoi
Inhibición	Test Stroop de colores y palabras
	Test de emparejamiento de figuras conocidas – 20
	GO / NO – GO
Fluidez	Test de Asociación Controlada de Palabras (COWAT)
	Prueba de Fluidez de Diseño

Nota: Elaboración propia.

Así mismo Arango – Laspirilla, Rivera & Olabarrieta – Landa (2017) menciona que las baterías neuropsicológicas es una herramienta que ayuda a explorar el nivel del desarrollo neuropsicológico del niño o saber cuáles son las funciones afectadas, dentro de las principales baterías neuropsicológicas que nos ayudan a esta medición están (véase tabla 6).

Tabla 6.

Principales baterías neuropsicológicas en México

Batería Neuropsicológica	Evalúa
BANPE. Batería Neuropsicológica para preescolares (Ostrosky, Lozano & González, 2016)	Procesos Cognitivos y Funciones Ejecutivas
BANFE – 2. Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)	Procesos Cognitivos y Funciones Ejecutivas

Nota: Elaboración propia.

MÉTODO GENERAL

Justificación

La infancia es una etapa fundamental para el ser humano ya que se potencializa el desarrollo de los lóbulos frontales, las funciones ejecutivas y por lo tanto la posibilidad de regular de forma adaptativa las emociones. Sin embargo, el desarrollo se puede ver afectado por factores externos vinculados con el ambiente familiar o escolar, lo que puede provocar perturbaciones en el comportamiento y en el desarrollo físico y socioemocional del niño, dónde la regulación emocional (RE) es una pieza clave. La RE es considerada como el proceso que sigue un individuo para influir en las emociones que percibe, cuándo las percibe, cómo las siente y cómo las expresa (Gross, 1998). Desde el enfoque Cognitivo Conductual la RE permite mediar la respuesta física que se obtiene al experimentar una emoción, con el uso de técnicas que permitan al individuo dar una resolución ajustada a su contexto y facilitar el cumplimiento de metas (Thompson, 1994).

Uno de los principales puntos para que el desarrollo infantil sea exitoso es lograr la maduración del Sistema Nervioso, lo que se puede observar con el adecuado funcionamiento de las Funciones Ejecutivas (FE). Las FE permiten a las personas tener un desempeño eficiente en cualquier ámbito en el que esté inmerso, incluyendo la capacidad de autocontrol o control inhibitorio. Se entiende como control inhibitorio a la función ejecutiva encargada de llevar a cabo la regulación de conductas y pensamientos de manera intencional y voluntaria, también permite discernir entre la importancia de la información que se recibe y si será de utilidad a corto plazo.

Es por eso que el cerebro es sumamente importante para la toma de decisiones, ya que juega un papel muy importante con respecto a las decisiones morales, y esto repercute en nuestro desarrollo social, y la capacidad de pertenencia en un contexto (Tancredi, 2005).

Es importante entender la relevancia de los neurotransmisores en el estudio de las emociones morales, en especial el sistema de serotonina, ya que se distribuye en

todo el cerebro y cuenta con muchos subtipos de receptores que ayudan a la flexibilidad en el control del comportamiento, además de que se ha demostrado que existe una relación significativamente positiva con comportamientos pro sociales, como la cooperación, la asociación y el aseo y varía negativamente con actitudes antisociales como lo son la agresión y el aislamiento social (Crockett, 2016).

Por lo tanto, esta investigación pretende resaltar la importancia de la evaluación psicológica y neuropsicológica, en niños con problemas de conducta, lo que permitirá que el psicólogo cuente con información relevante para la toma de decisiones y el desarrollo de las intervenciones.

El presente estudio se desarrolló en dos fases, la primera una evaluación a niños de una escuela primaria pública de 9 años (N=33) que nos permita identificar sus niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) y en la segunda fase realizada a través de estudio de caso, se contactó con un varón de 9 años de edad independiente de la muestra de la fase I.

Objetivo General

- Realizar una evaluación psicológica y neuropsicológica para identificar aspectos relacionados con la regulación emocional, emociones morales, problemas de comportamiento y funciones ejecutivas en niños escolarizados de 9 años del estado de Hidalgo.

Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) en niños (as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
- Identificar a través de un estudio de caso los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), control de enojo, habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) en un niño escolarizado de 9 años del Estado de Hidalgo.

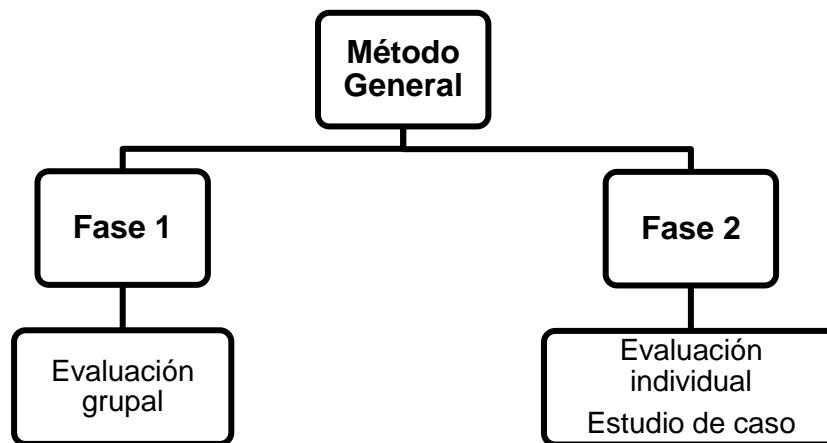


Figura 35. Esquema general de investigación.

MÉTODO FASE I

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) habilidades sociales y funciones ejecutivas en niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo?

Objetivo General

- Identificar los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) en niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.

Objetivos Específicos

1. Describir el nivel de depresión (regulación emocional) que poseen los niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
2. Identificar el nivel de ansiedad (regulación emocional) que poseen los niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
3. Describir el nivel de habilidades sociales (problemas de comportamiento) que poseen los niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
4. Identificar las funciones ejecutivas (emociones morales) de los niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.

Tipo de estudio

- Descriptivo

Tipo de diseño

- No experimental, transversal

Variables

Tabla 7.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Regulación Emocional	Es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos (Kovacs, 1992) fue adaptado para población mexicana por Ayala y Meave (2002) y con una revisión psicométrica realizada por Zavala (2016). Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2 (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos.
Emociones Morales	Fungen como respuesta ante esa experiencia subjetiva de transgresión a las normas estipuladas, donde existe también una respuesta física (Mercadillo, Díaz, & Barrios, 2007).	Subescala Orbitomedial y Dorsolateral del BANFE – 2 (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Problemas de Comportamiento	Es una serie de problemas conductuales y emocionales que se presentan en niños y adolescentes.	Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) cuestionario compuesto por 27 reactivos (Michelson & Wood, 1982; Lara & Silva, 2002).
Funciones Ejecutivas	Las funciones ejecutivas son consideradas como una serie de órdenes que gobiernan una acción que va dirigida hacia un objetivo, ya que esto permite expresar respuestas adaptativas ante situaciones nuevas o complicadas	Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2). Evalúa los procesos cognitivos (entre ellos las funciones ejecutivas) que dependen principalmente de la corteza prefrontal (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis de trabajo

Los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y habilidades sociales se ven influenciados por las funciones ejecutivas en niños(as) escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.

Participantes

Niños(as) de educación básica de 4° de primaria, de 9 años, inscritos en una escuela perteneciente a Pachuca, Hidalgo.

La muestra estuvo conformada por 33 participantes de los cuales 42.42% son hombres y 57.57% mujeres de 9 años de edad.

Tipo de muestreo

- No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión

- Tener entre 9 años de edad.
- Ser alumnos pertenecientes a la escuela primaria pública, de turno matutino, ubicada en la colonia Morelos del municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- Contar con el asentimiento informado de los participantes.

Criterios de exclusión

- Presentar algún trastorno psicológico previamente diagnosticado.

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos.
- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Instrumentos

1. *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992; Adaptado para población mexicana por Meave, 2001) el cual consta de 27 reactivos para cuantificar la presencia de síntomas depresivos a nivel subclínico en niños y adolescentes. Consta de cinco subescalas Anhedonia, Ineficacia, Problemas interpersonales, Autoestima negativa y Estado de ánimo negativo. Se trata

de un auto reporte con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert (2 = Sí; 1 = A veces; 0 = No). Este inventario tiene un $\alpha=.80$

2. *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2* (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos, con dos opciones de respuesta (Si-No), los cuales conforman una herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a estudiantes. Consta de cuatro subescalas Defensividad, Ansiedad Fisiológica, Inquietud, Ansiedad Social y una puntuación total, cuenta con un alfa de Cronbach de .92.
3. *Escala de Conducta Asertiva para Niños* (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$.
4. Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2) es un instrumento que agrupa un número importante de pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad y validez para la evaluación de los procesos cognitivos que dependen principalmente de la corteza prefrontal. Este instrumento busca evaluar 15 procesos relacionados con las Funciones Ejecutivas, los cuales se agrupan en tres áreas específicas: Orbitomedial, Prefrontal Anterior y Dorsolateral. La BANFE representa una propuesta de evaluación neuropsicológica, amplia y a la vez precisa, adecuada tanto para niños como para adultos. También permite determinar qué áreas dentro de las diversas regiones de la CPF se encuentran comprometidas por el daño o

disfunción en un tiempo relativamente corto de aplicación. (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Procedimiento Fase 1

Previo a la evaluación, se realizó el contacto con la institución educativa, a través del personal docente y directivo se solicitó la autorización y firma del consentimiento informado de los padres de familia o tutores de los participantes. Se procedió con la aplicación grupal de los instrumentos de manera digital con el apoyo de la herramienta Formularios de Google®, contando con aplicadores calificados para supervisión de la aplicación y resolver dudas de los y las participantes. Se calificaron los instrumentos y se capturaron en SPSS 25 para su análisis.

Análisis de datos propuesto

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 25.

Implicaciones éticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores (debido a la minoría de edad de los participantes) el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS FASE I

Al momento de llevar a cabo la evaluación el 42.42% (n=14) de los participantes eran niños y el 57.57% (n=19) niñas. En la figura 35 se puede observar la distribución de los participantes por sexo.

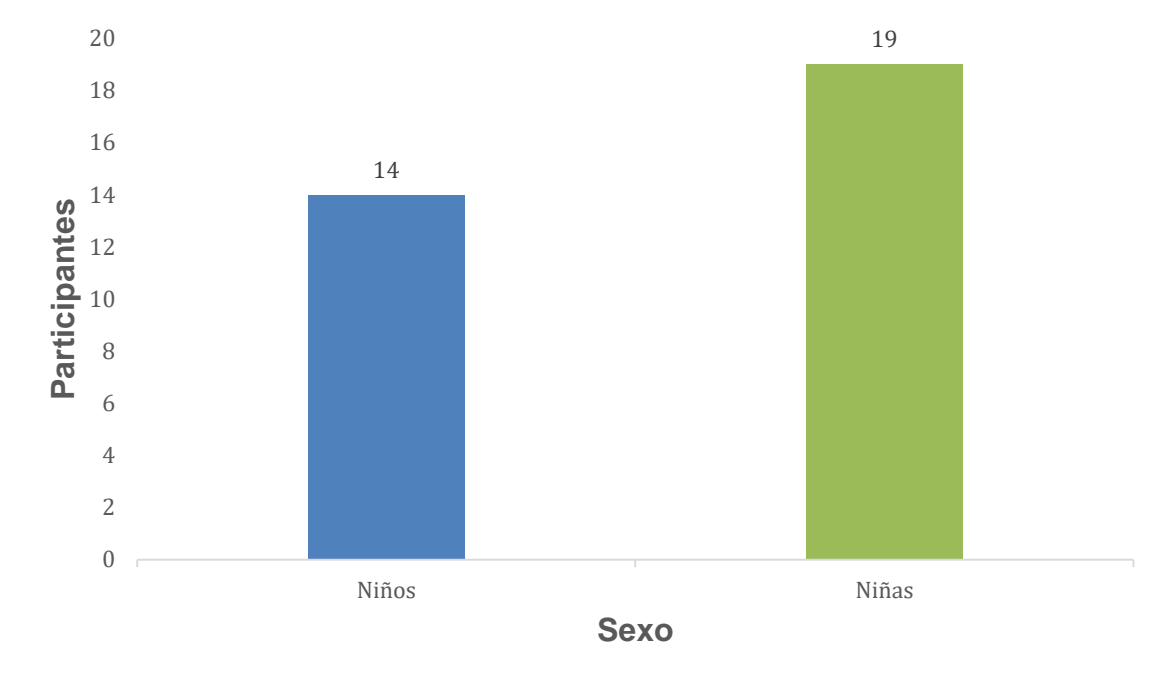


Figura 36: Número de participantes por sexo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

Análisis descriptivo de Habilidades Sociales.

Para evaluar las habilidades sociales se utilizó la Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS), en la cual, los participantes obtuvieron una $\bar{x} = 55.52$, $DE = 17.727$, encontrando un estilo más agresivo de lo esperado (Ver Tabla 8). Este estilo se caracteriza por la existencia de peleas, acusaciones, amenazas, entre otras conductas agresivas que pueden presentarse entre los niños. Los niños obtuvieron una $\bar{x} = 60.93$, $DE = 19.594$, mayor en comparación con las niñas, que obtuvieron

una $\bar{x} = 21.53$, $DE = 15.551$, esto nos indica que los niños se comportan de una manera sumamente agresiva mientras las niñas suelen hacerlo de manera asertiva.

Tabla 8.

Medias obtenidas por sexo en el cuestionario CABS

Niños		Niñas		Total	
Media	DE	Media	DE	Media	DE
60.93	19.594	21.53	15.551	55.52	17.727

Esto es congruente con los porcentajes de cada estilo de comunicación, ya que se encontró que el 51.51% (17 niños) usan el estilo agresivo mientras que la comunicación asertiva se presenta en el 27.27% (9 niños) y por último, el tipo de comunicación que menos porcentaje presentó fue el pasivo con un 21.21% (7 niños) tal como se puede observar en la tabla 9.

Tabla 9.

Estilo de comunicación identificado con el CABS, en todos los participantes del estudio.

	Asertivo	Pasivo	Agresivo
Porcentaje	27.27%	21.21%	51.51%

Se realizó un análisis del estilo de comunicación entre niños y niñas (Ver Tabla 10) y se encontró que el 71.41% de varones (n= 14 niños) se encuentran en un estilo más agresivo, mientras que, en las niñas, los estilos predominantes son el asertivo y el agresivo, ambos con un 36.82% (n=19) (véase tabla 10).

Tabla 10.

Comparación de Estilo de comunicación por sexo identificado con el CABS

Sexo	Asertivo	Menos Pasivo	Agresivo
Niño	14.28%	14.28%	71.41%
Niña	36.82%	26.30%	36.82%

Análisis descriptivo de la ansiedad

La sintomatología ansiosa se evaluó con la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada-2 (CMASR-2), los niños evaluados presentan una \bar{X} = 44.33, DE= 10.594, esto nos indica que se encuentran dentro de los parámetros normales. Se identifica que a pesar de estar dentro de los parámetros normales en las sub escalas de ansiedad fisiológica, inquietud y ansiedad social, esto quiere decir que tanto hombres como mujeres pueden presentar síntomas como sudoración en manos, dolor o molestias abdominales, náuseas, o problemas con sus compañeros, estas no suelen causar una alteración significativa ya que los varones presentan una \bar{X} = 45.79, DE= 10.857 en sintomatología ansiosa, ligeramente mayor que las niñas, quienes presentan una \bar{X} = 43.26, DE= 10.561, como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11.

Medias obtenidas por sexo en las subescalas del cuestionario CMAS – R2

Sub escala/ Sexo	Niños		Niñas		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ansiedad Fisiológica	44.86	11.093	38.74	8.717	41.33	10.108
Inquietud	44.86	6.848	47.58	7.221	46.42	7.089
Ansiedad Social	47.00	12.588	45.95	12.331	46.39	12.255
Ansiedad Total	45.79	10.857	43.26	10.561	44.33	10.594

Más de la mitad población presenta un nivel de no más problemático que la mayoría con un 51% (N=33), mientras que solo el 9.09% (N=33) resultó ser moderadamente problemático (ver tabla 12)

Tabla 12.

Nivel de Ansiedad Manifiesta

	Menos problemático que la mayoría	No más problemático que la mayoría	Moderadamente problemático
Porcentaje de participantes según su nivel de Ansiedad	39.39%	51.51%	9.09%

Como podemos observar en la tabla 13, las niñas son las que presentan un mayor nivel de ansiedad modernamente problemático con un 10.56% (n= 19), con respecto a los niños donde solo fue el 7.14% (n=14).

Tabla 13.

Comparación de Nivel de Ansiedad Manifiesta por sexo

Sexo	Menos problemático que la mayoría	No más problemático que la mayoría	Moderadamente problemático
Niño	28.57%	64.28%	7.14%
Niña	47.34%	42.08%	10.56%

Análisis descriptivo de depresión

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), la muestra presenta una $\bar{x} = 22.12$, $DE= 8.042$, se encuentra ligeramente por encima de la media teórica (19), lo que podría indicar presencia de sintomatología depresiva. Así mismo, se identifica que los niños presentan una $\bar{x} = 22.36$, $DE= 8.723$ en sintomatología depresiva, mayor que las niñas, quienes presentan una $\bar{x} = 21.95$, $DE= 7.742$ como se puede observar en la tabla 14

Tabla 14.

Medias obtenidas por sexo en el cuestionario CDI

Sub escala/ Sexo	Niños		Niñas		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de ánimo negativo	5.71	3.561	6.68	2.668	6.27	3.065
Autoestima negativa	3.64	2.061	2.95	1.870	3.24	1.953
Ineficacia	3.14	1.167	3.05	2.013	3.09	1.684
Anhedonia	7.50	3.391	6.89	3.247	7.15	3.270
Problemas interpersonales	2.36	1.781	2.37	1.770	2.36	1.747
Total Depresión	22.36	8.723	21.95	7.742	22.12	8.042

Los resultados también demuestran que la escala donde existe mayor número de casos es la moderada con un 39.39% (N=33) y a su vez la segunda con mayor índice de porcentaje es la escala de severo con un 33.33% (N= 33) (ver tabla 15)

Tabla 15.

Nivel de Depresión

	Bajo	Leve	Moderado	Severo
Porcentaje	3.03%	24.24%	39.39%	33.33%

Como se puede observar en la tabla 16 los hombres son los que presentan un nivel de depresión severo mayor con un 42.85% (n=14), con respecto a las niñas quienes presentan un 26.30% (n=19) pero en un nivel moderado las niñas tienen un porcentaje mayor al de los hombres con un 47.34% (n=19) y 28.57% (n=14), respectivamente.

Tabla 16.

Comparación de Nivel de Depresión por sexo

	Bajo	Leve	Moderado	Severo
Niño	7.14%	21.42%	28.57%	42.85%
Niña	-	26.30%	47.34%	26.30%

Análisis descriptivo de Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas se evaluaron con la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE – 2). Los niños evaluados presentan una \bar{x} = 96.58, DE = 12.263, lo cual nos indica que se encuentran dentro de los parámetros normales de acuerdo a su edad, a pesar de que ambos sexos se encuentran dentro del rango normal los varones presentan una \bar{x} = 98.79, DE = 10.807, que es ligeramente superior al de las niñas que tienen una \bar{x} = 94.37, DE = 14.500 (ver tabla 17).

Tabla 17.

Medias obtenidas por sexo en la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas

Sub escala/ Sexo	Niños		Niñas		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Puntuación zona orbitomedial	95.29	20.734	98.00	17.670	96.85	18.765
Puntuación zona prefrontal anterior	99.86	8.926	100.26	18.275	100.09	14.842
Puntuación zona dorsolateral (MT + FE)	98.21	11.095	95.37	13.221	96.24	13.062
Puntuación total de la batería de FE	98.79	10.807	94.37	14.500	96.58	12.263

En el análisis de datos por zonas de los lóbulos frontales, que se muestra en la tabla 18, se encontró que en la zona orbitomedial la mayoría de la población se encuentra en un rango normal abarcando un 60.60% (N=33), así mismo solo se registraron 3 casos (9.09%) con alteración severa en esta zona

Tabla 18.

Subtotal Orbitomedial

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Porcentaje	9.09%	12.12%	60.60%	18.18%

Como se puede observar en la tabla 19 las niñas son la que presentan un porcentaje ligeramente mayor en la zona orbitomedial con respecto a los niños, teniendo porcentajes de 10.52% (n=19) y 7.14% (n=14) respectivamente, por otro lado los niños son los que obtuvieron un porcentaje mayor en la puntuación normal alta con un 21.42% (n=14), mientras que las niñas arrojaron un 15.78% (n=19), con esto podemos inferir que el control inhibitorio y la detección de selecciones de riesgo a esta edad es buena pero aún está en proceso de maduración

Tabla 19.

Comparación de Subtotal Orbitomedial por sexo

	Alteración Leve-		Normal	Normal Alto
	Alteración Severa	Moderada		
Niño	7.14%	14.28%	57.14%	21.42%
Niña	10.52%	10.52%	63.12%	15.78%

Con respecto a la zona prefrontal anterior la mayoría de la población se encuentra dentro de los parámetros normales con un 87.87% (N=33) y no se presentaron diagnósticos con alteración severa dentro de esta zona

Tabla 20.

Subtotal Prefrontal Anterior

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Porcentaje	-	9.09%	87.87%	3.03%

Con respecto a la comparación entre niñas y niños en la zona prefrontal anterior, las niñas son las que presentan un porcentaje ligeramente mayor en comparación con los niños con respecto a un diagnóstico de alteración leve – moderada, con un

10.52% (n=19) y 7.14% (n=14) respectivamente, pero también son las niñas las únicas que presentan algún porcentaje en el diagnóstico de normal alto con un 5.26% (n=19), esto quiere decir que las funciones ejecutivas evaluadas en esta zona como lo son la atención sostenida y la clasificación semántica han tenido un buen desarrollo tanto en niñas como en niños.

Tabla 21.

Comparación de Subtotal Prefrontal Anterior por sexo

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Niño	-	7.14%	92.84%	-
Niña	-	10.52%	84.16%	5.26%

En la tabla 22 se muestran los porcentajes obtenidos de manera general en la zona dorsolateral, donde podemos observar que tanto la alteración severa como la puntuación de normal alto muestran el mismo porcentaje con un 3.03% (N=33), siendo que la mayoría de la población se encuentra en la parte normal de esta zona con un 81.81% (N=33)

Tabla 22.

Total Dorsolateral (MT + FE)

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Porcentaje	3.03%	12.12%	81.81%	3.03%

En la comparación entre sexos podemos observar que las niñas son las que presentan más alteraciones en esta zona, ya sea de manera severa que representa un 5.26% (n=19) o de manera leve – moderada con un 15.78% (n=19), mientras

que los niños solo presentan un 7.14% (n=14) en alteración leve moderada, esto nos indica que las niñas pueden llegar a tener problemas con la memoria de trabajo o las principales funciones ejecutivas como la planeación o flexibilidad mental.

Tabla 23.

Comparación de Total Dorsolateral (MT + FE) por sexo

	Alteración Leve-			
	Alteración Severa	Moderada	Normal	Normal Alto
Niño	-	7.14%	92.84%	-
Niña	5.26%	15.78%	73.64%	5.26%

En la tabla 24 se muestran los porcentajes obtenidos del total de la batería, donde nos indica que el 90.90% de la población total (N=33) se encuentra en una puntuación normal y solo el 6.06% tienen una alteración severa y no existe ningún caso con puntuación más alta que la media.

Tabla 24.

Total Batería

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Porcentaje	6.06%	3.03%	90.90%	-

Con respecto al total de la puntuación de la batería, las niñas presentan un mayor porcentaje de casos con alteración severa con un 10.52% (n=19), mientras que en los niños no se registró ningún caso, mientras que la mayoría de la población de niños y niñas se encuentra en un rango normal con un 92.84% (n=14) y 89.42% (n=19) (como se puede observar en la tabla 25) respectivamente, esto nos indica

que el proceso de maduración del cerebro en la zona de lóbulos frontales, de la mayoría de los niños evaluados se desarrolla de manera idónea.

Tabla 25.

Comparación de Total Batería por sexo

	Alteración Severa	Alteración Leve-Moderada	Normal	Normal Alto
Niño	-	7.14%	92.84	-
Niña	10.52%	-	89.42%	-

Se llevó a cabo una comparación entre dos de las puntuaciones más significantes de los evaluados, la puntuación mínima obtenida (línea roja) y la puntuación máxima obtenida (línea azul), como se puede observar en la figura

37, no existen muchas coincidencias con respecto a los resultados de las subpruebas, pero si en el tiempo realizado, los dos se tardaban prácticamente la misma cantidad de segundos en algunas pruebas como la resta de 3 en 3 o clasificación de cartas, así mismo también presentan resultados iguales en las subpruebas de perseveraciones (cantidad de veces que repite una figura en la actividad) en memoria de trabajo visoespacial, donde la función ejecutiva encargada de llevar a cabo esta actividad es la memoria de trabajo, y en la actividad de laberintos en atravesar obtuvieron el mismo resultado (0, no atravesaron las líneas del laberinto), esto es correspondiente a su edad y a su buen desarrollo neurológico en estas FE, por otro lado donde se notan diferencias significantes son en las subpruebas donde puede haber una inferencia del conocimiento adquirido en el aula, tales como lo son la suma, la clasificación semántica y la fluidez verbal, que esto si puede estar influenciado por el conocimiento adquirido de cada alumno

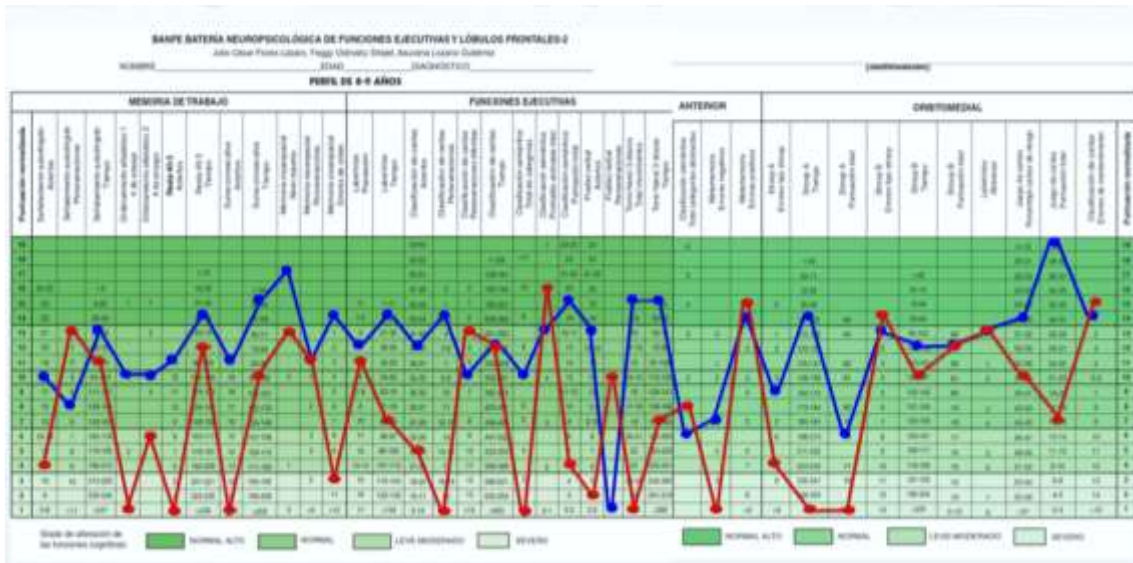


Figura 37. Análisis comparativo de batería neuropsicológica de funciones ejecutivas entre puntuación máxima obtenida (línea azul) y puntuación mínima obtenida (línea roja). Elaboración propia.

MÉTODO FASE 2: ESTUDIO DE CASO

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), control de enojo, habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales) en un niño de 9 años?

Objetivo general

- Identificar los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (regulación emocional), control de enojo, habilidades sociales (problemas de comportamiento) y funciones ejecutivas (emociones morales), en un niño de 9 años del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Describir el nivel de depresión (regulación emocional) que posee un niño escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
2. Identificar el nivel de ansiedad (regulación emocional) que posee un niño escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
3. Determinar el nivel de control de enojo (problemas de comportamiento) que posee un niño escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
4. Describir el nivel de habilidades sociales (problemas de comportamiento) que posee un niño escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.
5. Identificar las funciones ejecutivas (emociones morales) de un niño escolarizados de 9 años del Estado de Hidalgo.

Tipo de estudio

- Descriptivo

Tipo de diseño

- No experimental, transversal

Variables

Tabla 26.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Regulación Emocional	Es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos (Kovacs, 1992) fue adaptado para población mexicana por Ayala y Meave (2002) y con una revisión psicométrica realizada por Zavala (2016). Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2 (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos.
Emociones Morales	Fungen como respuesta ante esa experiencia subjetiva de transgresión a las normas estipuladas, donde existe también una respuesta física (Mercadillo, Díaz, & Barrios, 2007).	Subescala Orbitomedial y Dorsolateral del BANFE – 2 (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Problemas de Comportamiento	Es una serie de problemas conductuales y emocionales que se presentan en niños y adolescentes.	Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) cuestionario compuesto por 27 reactivos (Michelson & Wood, 1982; Lara & Silva, 2002).
Funciones Ejecutivas	Las funciones ejecutivas son consideradas como una serie de órdenes que gobiernan una acción que va dirigida hacia un objetivo, ya que esto permite expresar respuestas adaptativas ante situaciones nuevas o complicadas	Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2). Evalúa los procesos cognitivos (entre ellos las funciones

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
		ejecutivas) que dependen principalmente de la corteza prefrontal (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis clínica

Los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, control de enojo y habilidades sociales se ven influenciados por las funciones ejecutivas en un niño escolarizado de 9 años del Estado de Hidalgo

Participante

Varón de 9 años

Tipo de muestreo

- No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión

- Tener 9 años de edad.
- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- Contar con el asentimiento informado de los participantes.

Criterios de exclusión

- Presentar algún trastorno psicológico previamente diagnosticado.

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos.
- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Instrumentos

1. *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992; Adaptado para población mexicana por Meave, 2001) el cual consta de 27 reactivos para cuantificar la presencia de síntomas depresivos a nivel subclínico en niños y adolescentes. Consta de cinco subescalas Anhedonia, Ineficacia, Problemas interpersonales, Autoestima negativa y Estado de ánimo negativo. Se trata de un auto reporte con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert (2 = Sí; 1 = A veces; 0 = No). Este inventario tiene un $\alpha=.80$
2. *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2* (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos, con dos opciones de respuesta (Si-No), los cuales conforman una herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a estudiantes. Consta de cuatro subescalas Defensividad, Ansiedad Fisiológica, Inquietud, Ansiedad Social y una puntuación total cuenta con un alfa de Cronbach de .92.
3. *Inventario para la Medición de la Ira en Niños Mexicanos* (STAXI-2) mide la ira como rasgo-estado, a través de cuatro factores: 1. Control de enojo, 2. Enojo como estado – rasgo, 3. Temperamento como rasgo de personalidad y 4. Enojo externo. Consta de 30 reactivos, con una escala de 3 opciones de respuesta que van de casi nunca, a veces y casi siempre. Validado por Alcázar, Deffenbacher, Reyes, & Poos (2012) para niños mexicanos, con un alfa de Cronbach de .76.
4. *Escala de Conducta Asertiva para Niños* (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un

patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$.

5. Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2) es un instrumento que agrupa un número importante de pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad y validez para la evaluación de los procesos cognitivos que dependen principalmente de la corteza prefrontal. Este instrumento busca evaluar 15 procesos relacionados con las Funciones Ejecutivas, los cuales se agrupan en tres áreas específicas: Orbitomedial, Prefrontal Anterior y Dorsolateral. La BANFE representa una propuesta de evaluación neuropsicológica, amplia y a la vez precisa, adecuada tanto para niños como para adultos. También permite determinar qué áreas dentro de las diversas regiones de la CPF se encuentran comprometidas por el daño o disfunción en un tiempo relativamente corto de aplicación. (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014)

Procedimiento

Previo a la evaluación, se realizó el contacto con la institución educativa, a través del personal docente y directivo se solicitó la autorización y firma del consentimiento informado de los padres de familia o tutores del participante. Posteriormente se procedió con la aplicación de los instrumentos de manera digital con el apoyo de la herramienta Formularios de Google®, contando con un aplicador calificado para la supervisión de la aplicación y resolver dudas del participante. Así como también se llevó a cabo la aplicación de manera presencial de la batería neuropsicológica por personal calificado. Una vez terminada la aplicación de las pruebas psicológicas y la batería neuropsicológica se calificaron los instrumentos y batería, para después ser capturados en SPSS 25 y llevar a cabo su análisis.

Implicaciones éticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo

mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores (debido a la minoría de edad de los participantes) el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS ESTUDIO DE CASO

Se presentan tanto los resultados del caso único, así como el motivo de consulta, la historia del problema, el familiograma, la formulación del caso, los mapas clínicos de patogénesis y los mapas clínicos de fortalezas.

Identificación del paciente

Varón de 9 años, estudiante del tercer grado de primaria. Asiste a una primaria pública en el turno vespertino. Es originario de la Tenosique, Tabasco, pero actualmente radica en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Nivel sociocultural medio.

La intervención se llevó a cabo en una la escuela primaria pública localizada en la zona centro de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

Motivo de Consulta

El paciente es catalogado como un alumno con problemas de comportamiento dentro del ámbito escolar teniendo algunos antecedentes de agresión y mal comportamiento con sus compañeros. El participante menciona que la escuela en donde está actualmente llevando sus estudios no le gusta. Se aburre mucho en la primaria (la escuela anterior a la que asistía, en otro Estado de la República, le gustaba más que la que en la que está ahorita)

Dentro de los malos comportamientos que menciona su maestra, que tiene con sus compañeros son: el pegarles, utilizar lenguaje no acorde a su contexto ni a su edad y actitudes de falta de respeto con otros alumnos de la escuela.

Historia del Problema

Es el mayor de dos hijos. Su madre lo tuvo a los 17 años, por lo cual no pudo titularse pero si acabó la carrera. Su madre es ama de casa y su padre militar, debido a esto solo lo ve cuatro días al mes. Durante el proceso de su gestación, su madre tuvo desprendimiento de placenta en el mes cinco, pero no hubo mayor complicación. Cuando él tenía 5 años ocurre el nacimiento de su hermano, y su madre manifiesta que su relación es buena, otro hecho importante es el cambio de residencia, ya que

al empezar la primaria se mudó a la ciudad de Pachuca y él era proveniente de Tabasco, donde ha manifestado se siente más a gusto. En 2015 muere su tío (hermano de su madre) y en 2016 muere su abuela materna, a pesar de no externar alguna molestia o sufrimiento, para su mamá ha sido muy difícil llevar estas pérdidas.

Dentro del ámbito escolar en el que hoy se encuentra, la situación más grave que acusa la maestra es que R se bajó los pantalones y estaba enseñando sus genitales a otros alumnos. Sin embargo, lo que relata R es que los otros alumnos fueron los que lo sacaron del baño y lo llevaron a otro salón y no lo dejaban salir, lo cual lo hizo enojar y querer golpearlos.

Formulación de Caso

A través de la entrevista se recolectó información necesaria para desarrollar el familiograma del participante y conocer los principales antecedentes del problema (Figura 38).

Familiograma

Familia nuclear integrada por padre de 29 años, madre de 25 años, primogénito varón de 8 años e hijo menor de 4 años. A pesar de ser una familia nuclear, la profesión del padre que en este caso es militar, conlleva a una interacción inestable ya que sus hijos solo lo ven aproximadamente cuatro días al mes.

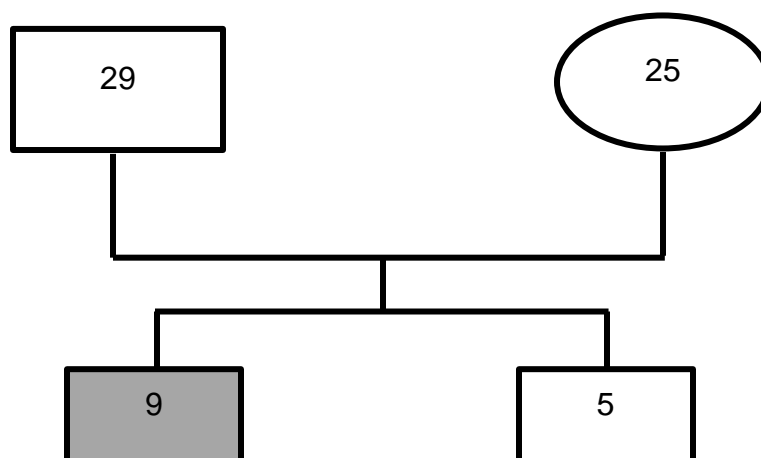


Figura 38: Familiograma Paciente R. Elaboración propia.

Después de obtener los resultados de la evaluación, se realizó el análisis funcional de la conducta para llevar a cabo la formulación de caso de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), por lo que se elaboraron Mapa Clínico de Patogénesis (figura 39) y Mapa Clínico de Fortalezas (figura 40).

Dentro de la familia nuclear del menor, la madre presenta antecedentes de ansiedad y depresión. El estilo de crianza no es disciplinario y se basa en las instrucciones imprecisas y a larga distancia, mientras que el padre suele ser muy complaciente, todo esto debido a que se ausenta por tiempos prolongados. Es importante utilizar una representación pictórica sobre la relación de las variables que mantienen las respuestas desadaptativas en el menor, ya que esto nos permite identificar los sucesos más importantes de la historia de la vida del infante (variables distantes) por ejemplo el cambio de residencia, así como la sintomatología depresiva de la madre y la poca convivencia con el padre, así como las situaciones desencadenantes (variables antecedente) y cómo estas repercuten o se vinculan con las características del menor (variables orgánicas) y así podremos entender las reacciones o el comportamiento del menor (variables de respuesta) y así poder identificar de las consecuencias a corto que pueden llegar a afectar al niño y en caso de que las condiciones previamente mencionadas se mantuvieran estables, poder hacer un pronóstico de las consecuencias a largo plazo (Ver figura 39).

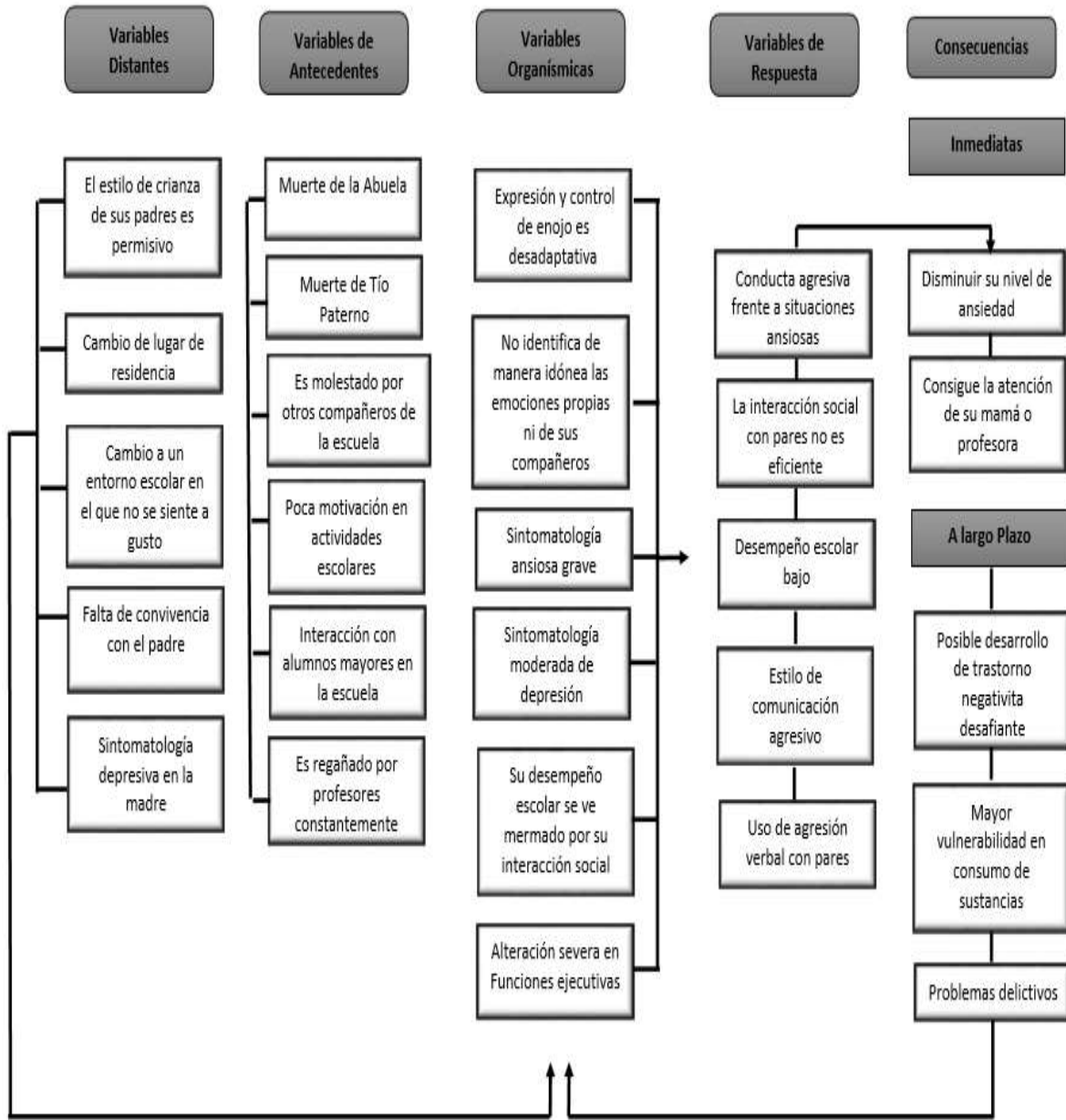


Figura 39. Mapa Clínico de Patogénesis (representación pictográfica). Elaboración propia.

Por otra parte, el Mapa clínico de Fortalezas, tiene como objetivo dar a entender la relación que existe entre las variables distantes, antecedentes, orgánicas, de respuesta y la consecuencia que habrá a corto y largo plazo, pero enfocándonos en los factores positivos, que se han podido identificar en el paciente y así estos sean

la piedra angular para que este se desarrolle de manera saludable (Véase figura 40).

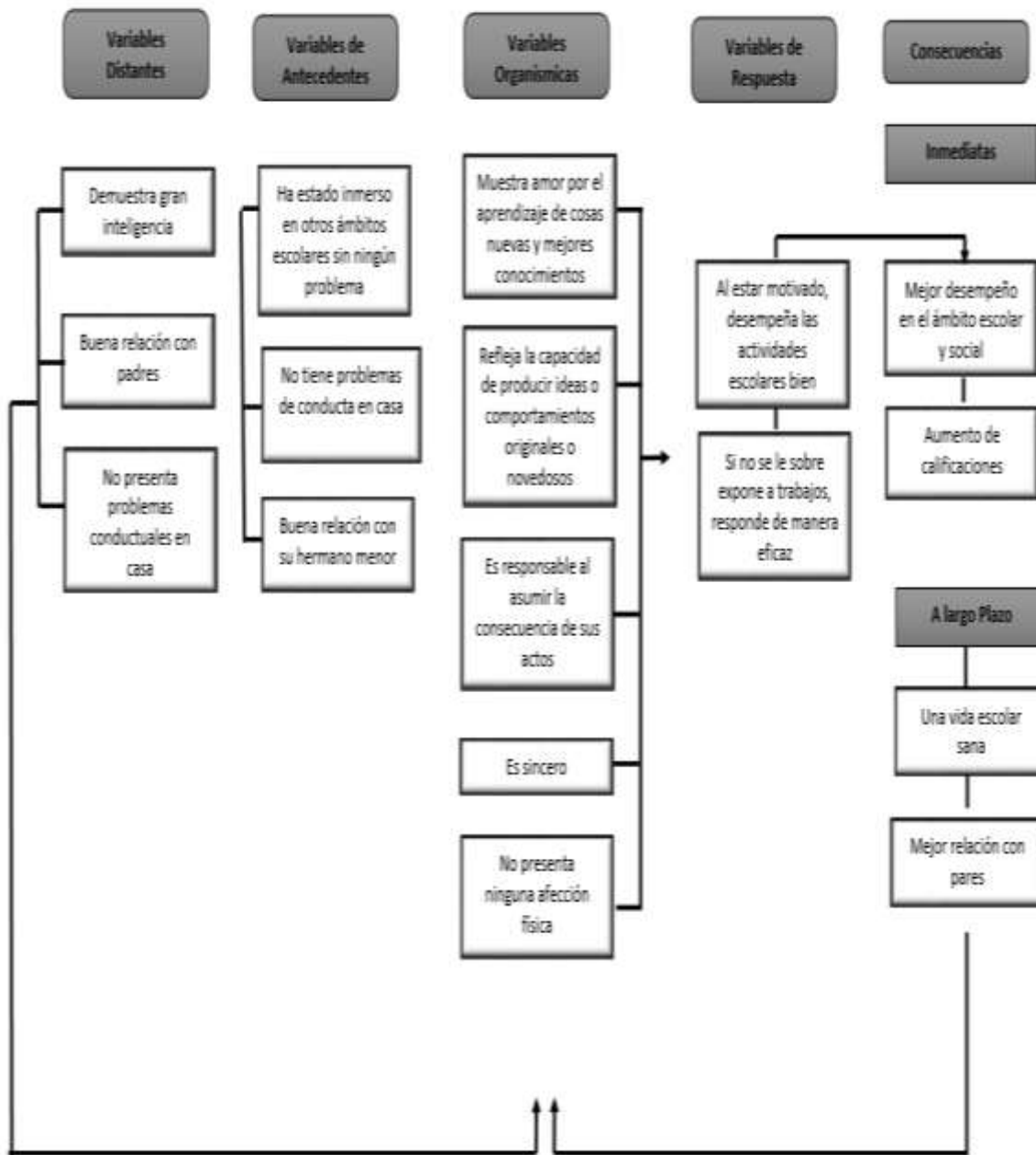


Figura 40. Mapa Clínico de Fortalezas (representación pictográfica). Elaboración propia.

RESULTADOS ESTUDIO DE CASO

Después de llevar a cabo la evaluación por medio de los instrumentos previamente los resultados fueron analizados.

Análisis Descriptivo Sintomatología Depresiva

La puntuación obtenida por el alumno en el CDI fue de 23, es importante entender que este diagnóstico se caracteriza por la presencia de síntomas que pueden llegar a afectar la funcionalidad del niño y que para su edad se presentan en forma de berrinches, enojo constante, irritabilidad, entre otros. Considerando que una calificación del 0-9 significa sin presencia de sintomatología depresiva, del 10-16 sintomatología leve, del 17-25 es sintomatología moderada y a partir de 26 grave (Zavala, 2016) como se puede observar en la Figura 41.

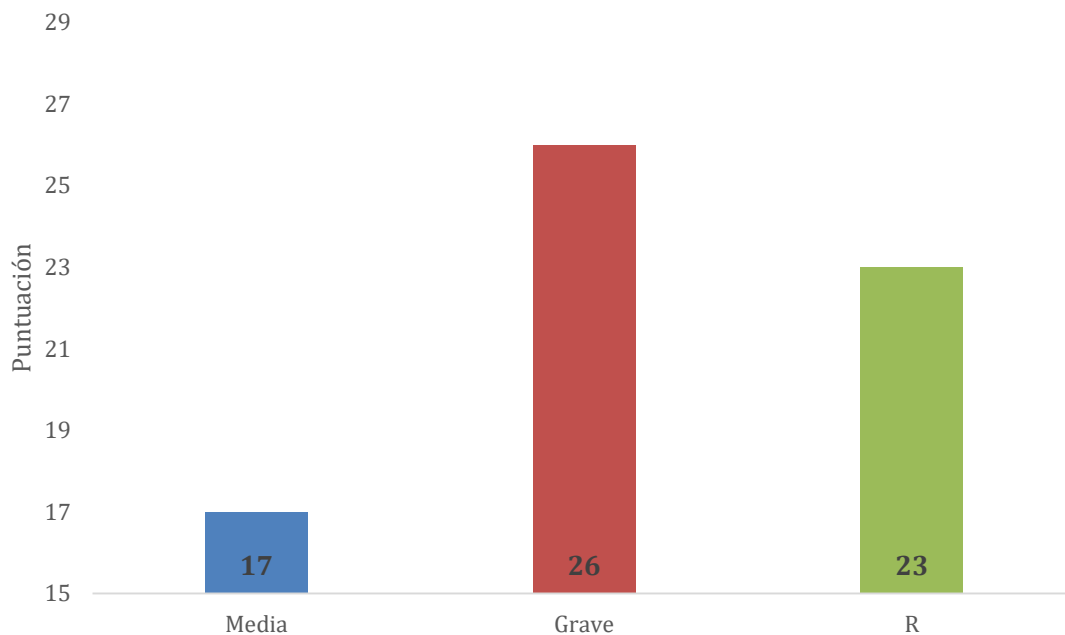


Figura 41. Puntuación obtenida por el alumno en el CDI.

Análisis Descriptivo Sintomatología Ansiosa

Con respecto a la sintomatología ansiosa se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada-2 (CMASR-2), "R" presenta una puntuación total de 42, esto quiere decir que se encuentra dentro de los parámetros normales de manera general y en las 3 sub escalas complementarias que son ansiedad fisiológica (se

observa en el cuerpo con síntomas como sudoración, color de cabeza, etc.), inquietud, que fue la sub escala más alta de todas arrojando una puntuación de 44, que también se encuentra dentro de los parámetros normales pero se pueden observar conductas como el no estar quieto en su lugar de trabajo o no poner atención en clase, entre otros, y por último la ansiedad social que hace referencia a problemas con la interacción en su ambiente como el hablar en público o trabajar con alguien desconocido (Véase figura 42).

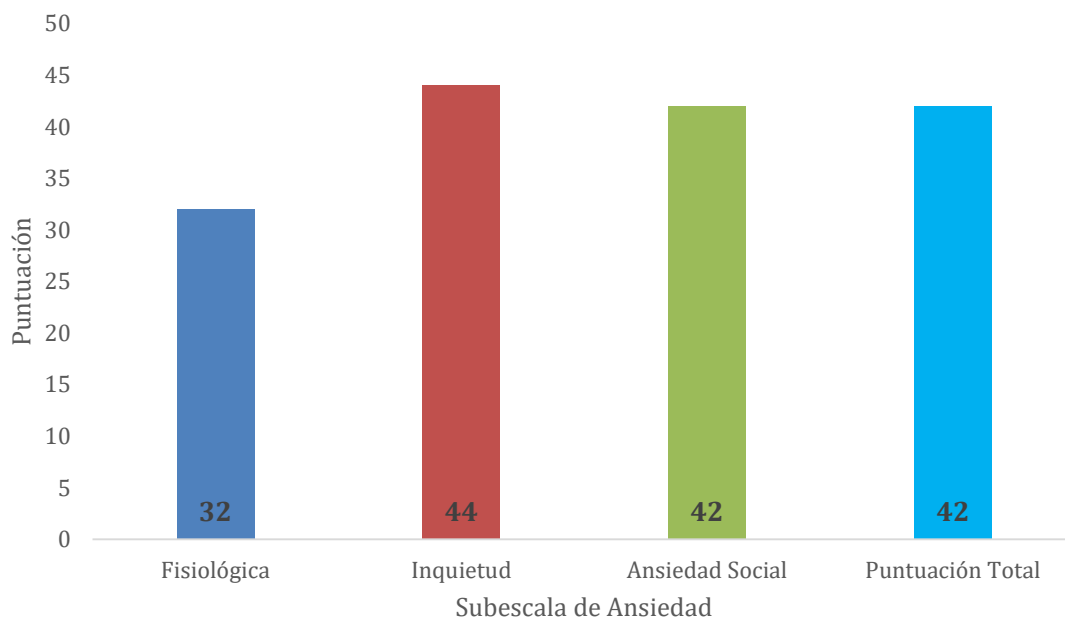


Figura 42. Puntuación obtenida por el alumno en el CMASR-2 para identificar sintomatología ansiosa

Análisis Descriptivo Expresión del Enojo.

Para evaluar la expresión de ira se utilizó el Inventario para la Medición de la Ira en Niños Mexicanos (STAXI-2), que está conformado por 4 sub escalas, las cuales son el control de enojo, enojo – rasgo, enojo – estado y expresión del enojo de manera negativa. Dentro de los principales resultados obtenidos encontramos que “R” tiene una deficiencia al tratar de controlar su enojo, esto con respecto a la media esperada, esto nos indica que ante una sobrestimulación a factores que le produzcan un malestar o enojo él no sabe cómo controlar su reacción, por otro lado la forma en que expresa este enojo cuando existe una reacción, no es de forma

positiva, lo cual puede ser mediante, golpes, insultos o amenazas, etc., como se muestra en la figura 43.

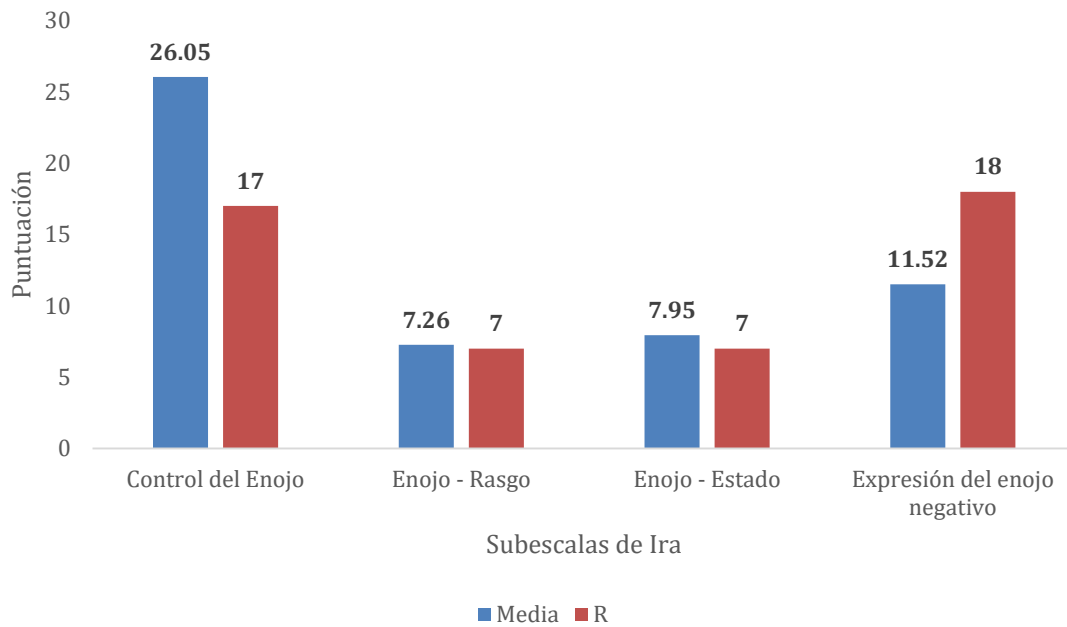


Figura 43. Puntuaciones obtenidas por el alumno en las subescalas del Inventario para la medición de la Ira en niños mexicanos.

Análisis Descriptivo Estilo de Comunicación (HS)

Para evaluar las habilidades sociales se utilizó la Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS), en la cual “R” obtuvo una puntuación de 73 lo cual nos indica que la forma de relacionarse con los demás suele ser agresiva, este estilo se caracteriza por la existencia de peleas, acusaciones, amenazas, entre otras conductas agresivas que pueden presentarse entre los niños. Cabe resaltar que las puntuaciones van de 42 a 45 se considera una persona asertiva, de 46 a 57 una persona pasiva y de 58 en adelante se considera que la persona presenta un estilo de comunicación agresivo (Véase figura 44).

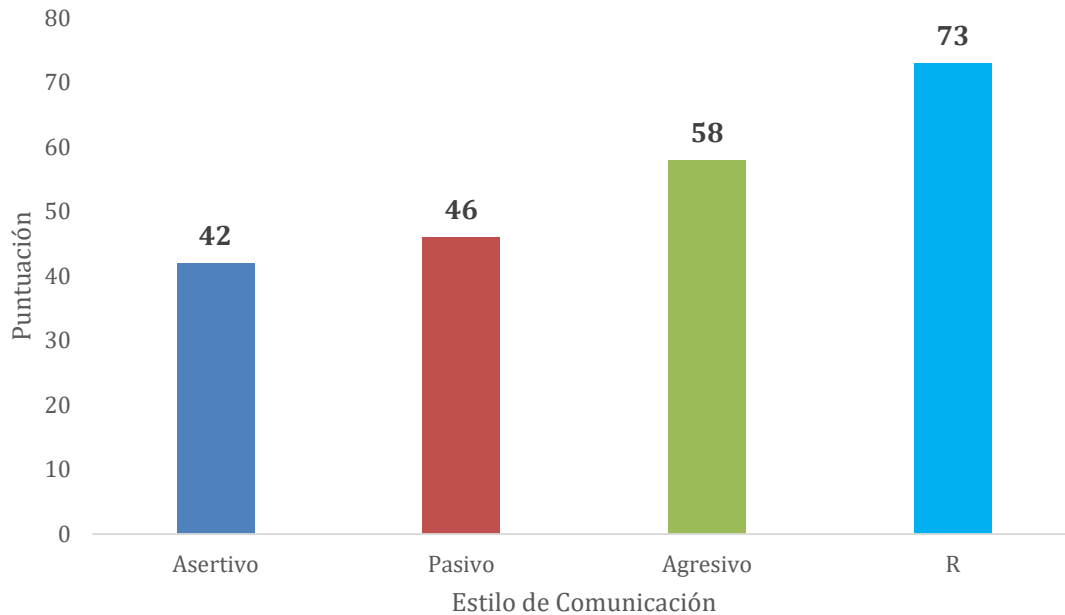


Figura 44. Puntuación obtenida por el alumno en la Escala de Asertividad.

Análisis Descriptivo Funcionamiento Ejecutivo

Cabe destacar que las puntuaciones ubicadas entre 85 y 115 son consideradas “Normal”, entre 69 o menos “Alteración severa”, entre 70 y 84 “Alteración leve-moderada” y entre 116 en adelante “Normal Alto”.

Como se puede observar en la figura 45, el alumno logró obtener puntuaciones normalizadas en la BANFE-2 que van de **Normal** en el área prefrontal anterior con 107, **Alteración leve-moderada** en el área dorsolateral con 79, hasta, **Alteración severa** en el área orbitomedial con 45.

Lo cual indica cuantitativamente que el alumno tiene un desempeño adecuado para actividades que involucran la producción verbal de grupos semánticos, abstracción, estrategias de memorización (control metacognitivo), así como realizar juicios de predicción de su desempeño (juicios metacognitivos) y ajuste entre los juicios de desempeño y el desempeño real (monitoreo cognitivo).

No obstante, presenta alteraciones de leves a moderadas en actividades que implican memoria de trabajo visoespacial, retener y reproducir activamente el orden secuencial visoespacial, manipular y ordenar mentalmente información verbal

contenida en la memoria de trabajo, flexibilidad mental, planeación, secuenciación y producción fluida de verbos.

Aunado a lo anterior, las alteraciones graves se ubican en actividades que involucran un control inhibitorio adecuado, la capacidad de detectar y evitar riesgo, detectar y mantener beneficios, y la capacidad para respetar límites y seguir reglas. Aspectos que se corroboran incluso con su motivo de consulta y la historia del problema.

Incluso el área Orbitomedial (combinación de la corteza orbito frontal y corteza frontomedial) se encuentra estrechamente relacionada con el procesamiento y regulación de emociones y estados afectivos, así como la regulación y el control de la conducta, de igual forma, participa activamente en los procesos de inhibición, en la detección y solución de conflictos, así como en la regulación y esfuerzo atencional, y en la regulación de la agresión y de los estados motivacionales (Flores, Ostrosky, & Gutiérrez, 2014).

En cuanto a la puntuación total de la Batería de Funciones Ejecutivas obtenida por el alumno (67) se indica **Alteración severa**. Por lo tanto, aunque el alumno tenga fortalezas (ubicadas en un desempeño promedio que se espera para su edad) las áreas de oportunidad (debilidades) contribuyen a que su desempeño ejecutivo para desarrollar tareas y lograr objetivos de manera adecuada sea deficiente.

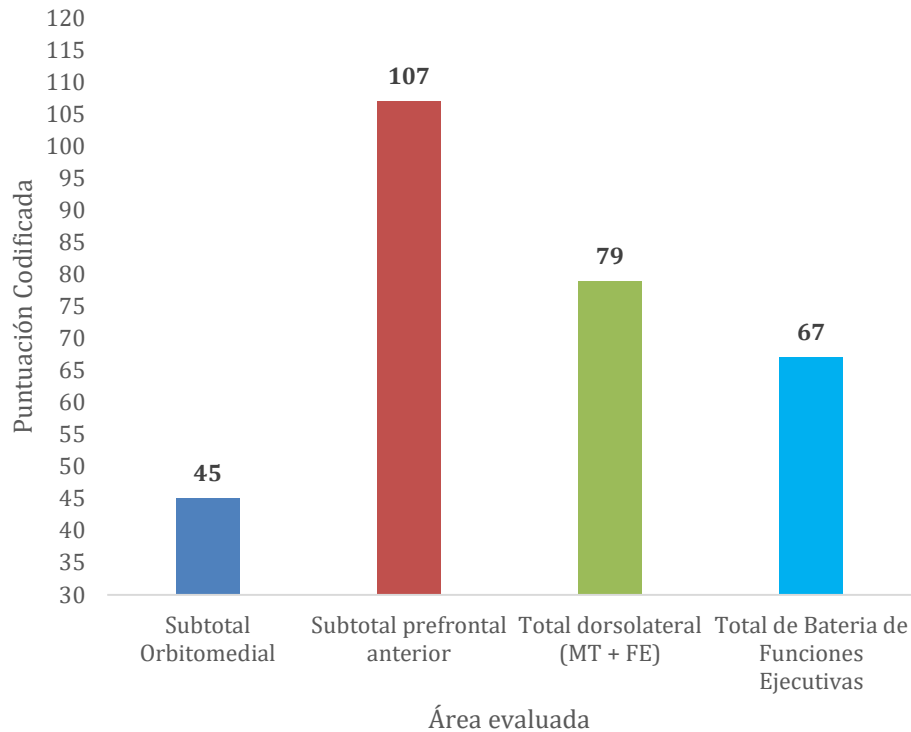


Figura 45. Puntuaciones totales obtenidas por el alumno en BANFE-2.

Análisis Comparativo

Se llevó a cabo un análisis comparativo de las puntuaciones obtenidas en la batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales, entre “R” y el promedio de los alumnos del método 1, que comparten las mismas características.

Dentro de los principales resultados podemos observar que el promedio de la población y “R” presentan problemas en el área de la memoria de trabajo, lo cual puede ser debido a la falta de madurez de esta zona, aunque “R” presenta una deficiencia mayor, esto no demuestra que exista alguna alteración considerable, solo que pudiera tener algunos problemas académicos que le impiden realizar de manera efectiva la sub prueba donde salió más bajo, que es la de suma consecutiva. Así mismo también es importante notar que a niños que se encuentran en un rango de edad de 9 a 11 años les es más fácil nombrar diferentes tipos de animales y organizarlos por categorías sencillas tales como tamaño, hábitat, o por su función,

entre otras, siendo la sub escala de categoría total de animales en la que obtuvieron mayor puntuación, pero si la categoría es más compleja (herbívoros, carnívoros, cuadrúpedos, etc.) se le complica demasiado a su edad. Esto es congruente con lo planteado por Flores & Ostrosky – Shejet, que indican que las funciones ejecutivas desarrolladas a esta edad son las de: detección de riesgo y beneficio, control motriz, control inhibitorio.

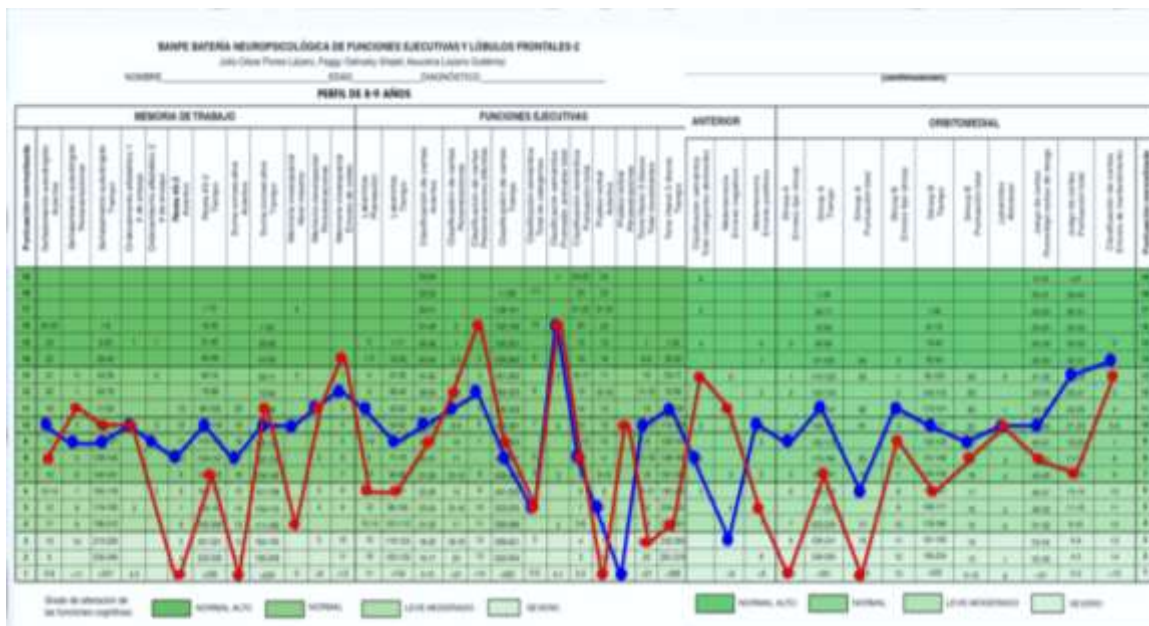


Figura 46. Análisis comparativo de batería neuropsicológica de funciones ejecutivas entre R (línea roja) y la media de la población (línea azul) (N=33). Elaboración propia.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Para la salud pública, es prioritario atender la salud mental infantil, debido a que la mayoría de trastornos psiquiátricos comienzan en la niñez con repercusiones en la adolescencia y la adultez, causando problemas en diferentes áreas como la individual, escolar, familiar y social (De la Barra, 2009).

Por otra parte, si durante la niñez se tiene una buena salud mental, está favorecerá su desarrollo, la expresión de sus emociones, adquirir habilidades de afrontamiento ante diversos retos a lo largo de su vida, de igual forma, tener buenas relaciones con las personas que son parte de los diferentes contextos donde se desenvuelven los niños da como resultado una buena salud mental (Díaz, Nathalie, Ramírez, & Gómez, 2016).

Por lo que fomentar la promoción, prevención y el mantenimiento de conductas saludables, mejora la vida de los niños y permite aminorar futuros problemas con respecto al desarrollo social, físico y sobretodo psicológico del infante, específicamente al brindarle herramientas de regulación emocional (Ybarra, Valencia, & Orozco, 2015).

Es por eso que la Regulación Emocional (RE) tiene un papel prioritario en la salud mental, ya que de no desarrollarse adecuadamente se incrementa el riesgo de presentar trastornos psicológicos, tales como la ansiedad, el consumo de sustancias nocivas para la salud, problemas de comportamiento, estrés y alteraciones físicas que pueden favorecer el desarrollo de enfermedades crónicas como son la hipertensión arterial, problemas cardíacos e incluso cáncer (Pérez & Guerra, 2014; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Thompson, 1994).

Un punto importante en la RE es la psicoeducación, ya que la educación emocional nos permite que el infante comprenda y controle sus propias respuestas emocionales, y también resulta imprescindible para modificar conductas o pensamientos erróneos al momento de evaluar la reacción emocional ante una situación. La dificultad para el control de impulsos y de la conducta, la presencia de ideas irracionales y las dificultades para la identificación de las emociones propias

y de otros son factores que se presentan en la mayoría de las personas con problemas de regulación emocional (Hervás & Moral, 2017).

De igual forma dentro de la educación que se recibe y aprende en la infancia se encuentran elementos que favorecen el desarrollo moral, que es reflejo de uno de los cambios más importantes en el pensamiento del infante, y continúa en evolución hasta finales de la adolescencia, por eso es fundamental encaminar a los niños para que su razonamiento moral sea el óptimo. En un inicio, la mayoría de niños basan sus juicios en una conducta y los catalogan como buenos o malos, según el hecho de si se recibe una recompensa o castigo. Más adelante los niños serán capaces de incluir no sólo las consecuencias, sino también las intenciones y el contexto. Como parte del desarrollo moral se requiere que los infantes logren la identificación de las emociones morales (Körner, Tscharaktschiew, Schindler, Schulz, & Rudolph, 2016; Morris & Maisto, 2005).

En este sentido, las emociones morales, le sirven al sujeto para salvaguardar su integridad y relaciones sociales, es por eso que la RE y las emociones morales están relacionadas, independientemente del tipo de emoción moral que se manifieste (positiva o negativa). Esto es congruente con algunas investigaciones, tal como la de Fontanelle y colaboradores (2015), donde se menciona que existe una relación significativa entre la emoción moral de desprecio o desagrado y una precaria regulación de las emociones en pacientes que tenían un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo o de alimentación. Otro estudio confirma que una buena RE tiene efectos benéficos, por ejemplo, al manifestar o controlar de manera positiva una emoción moral como el enojo, mejora las relaciones interpersonales, disminuye conductas agresivas y el respeto a las normas aumenta (Company, Oberst, & Sánchez, 2012).

Por lo tanto, el adecuado reconocimiento de emociones en otros y nosotros mismos, facilita la RE, y permite actuar de manera adaptativa ante ciertas situaciones. Algunos de los problemas más significativos ocasionados por no lograr identificar las emociones son los problemas de conducta (Michel, Ramos-Loyo, Matute, González–Garrido, & Sánchez–Loyo, 2014).

Asimismo, los problemas de conducta que tienen inicio en la infancia se caracterizan por la manifestación de acciones hostiles repetitivas, discusiones constantes, desobediencia, específicamente en contra de figuras de autoridad, esto produce un deterioro en el funcionamiento de diversas áreas de interacción, como la escolar, familiar o social (De la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011).

A pesar de que los problemas de conducta, específicamente aquellos en los que está presente la conducta violenta y desafiante tienen un origen multifactorial (factor social, familiar, consumo de drogas, etc.), existe la posibilidad de que también sean producto de un problema neurológico, ya sea por malformación, precario desarrollo, algún accidente o incluso por eventos sumamente estresantes (Jara & Ferrer, 2005).

De esta manera, si un niño es presa de maltrato durante la infancia, sufre una modificación en la estructura de la red cortical, ya que muestran menos conexiones con menos regiones, en comparación con adultos jóvenes que no han sido maltratados, esta zona es importante debido a que participa en la regulación de las emociones e impulsos (Teicher, Anderson, Ohashi, & Polcari, 2014). Esto es congruente con los resultados del caso único debido a que "R" ha sido víctima de violencia escolar por parte de sus compañeros, y esto se refleja en los resultados neuropsicológicos con alteraciones del BANFE-2, específicamente para inhibir sus impulsos y también en el reconocimiento de sus emociones.

Por lo tanto, el área del cerebro encargada de regular los problemas de conducta es la Corteza prefrontal (aquí se encuentran los lóbulos frontales, que a su vez se encargan de las funciones ejecutivas) ya que se encarga de la forma de interacción, toma de decisiones e inhibición de impulsos y la regulación de nuestras emociones. Esta corteza funge como la guía interna de nuestras acciones (Ostrosky, 2011).

Por ejemplo, existen diversos casos que demuestran que debido a algún accidente o problema en el desarrollo de la corteza prefrontal, se pueden presentar problemas de conducta o regulación de las emociones, tal como es el caso de Phineas Gage, un hombre de 25 años, que después de sufrir un terrible accidente, específicamente en la corteza prefrontal, presentó cambios notorios en su personalidad, los cuales

aumentaron gradualmente, mostraba ser tan inteligente como antes del accidente, pero se convirtió en un tipo desobligado, irreverente y caprichoso, cuando antes era una persona amable, competente y responsable, así como su respeto anterior por las reglas sociales se había esfumado, ofendía a quienes les rodeaban. Su sentido de la responsabilidad que le caracterizaba había desaparecido también (Molina, 2012).

Por lo tanto, la evaluación en psicología, es una herramienta fundamental para la psicología, es por eso que debe estar regida por pruebas o instrumentos estandarizados y adecuados para la población a la que se desea evaluar, ya que esto nos permitirá obtener datos más precisos debido a su validez y fiabilidad, además de esto contar con excelentes pruebas psicométricas no es garantía de una buena evaluación, aunado a esto el instrumento debe ser usado e interpretado por psicólogos con la suficiente capacitación y conocimiento para hacer una correcta interpretación de los resultados (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010).

De igual importancia, las neurociencias nos permiten entender una variedad de fenómenos relacionados con la expresión y reconocimiento de emociones y conductas, tales como la neurobiología de las emociones y la identificación de estructuras que participan en el significado emocional de los estímulos y la producción y regulación de estos estados afectivos, todo conforme al contexto en que éstos son producidos (Fernández, Dufey, & Mourgues, 2007).

Es por eso que la neuropsicología, aporta la evaluación de las Funciones Ejecutivas (FE), facilitando su incursión en la comprensión del origen y desarrollo de los problemas de comportamiento y su relación con la RE. Por medio de pruebas estandarizadas, se puede medir el control inhibitorio, memoria de trabajo y la flexibilidad mental (Bausela, 2014).

Por consiguiente, se le debe dar mayor importancia a la evaluación e intervención psicológica con respecto a los casos en donde el mal comportamiento puede estar relacionado con problemas de desarrollo de las FE y por lo tanto afectar la RE, para así poder desarrollar un tratamiento basado en evidencia científica que contribuya

al desarrollo de emociones morales, permitiendo al menor adaptarse a su entorno social y familiar.

Considerando lo anterior, el objetivo general de este trabajo de investigación fue realizar una evaluación psicológica y neuropsicológica en niños escolarizados de 9 años del estado de Hidalgo. Debido a que a esta edad los niños empiezan a desarrollar las principales FE que le permitirán tener un desenvolvimiento social saludable y relaciones sanas a futuro, tales como el control inhibitorio, la memoria de trabajo visoespacial y el control motriz, así como una óptima RE y evitar problemas de conducta, aunado a que a esta edad se encuentran en una etapa de desarrollo académico importante, ya que están a la mitad del nivel de primaria, lo cual les hace tener una concepción diferente al resto de los alumnos, esto debido a que en comparación de los alumnos de primer grado, no se sienten tan pequeños o a los alumnos de sexto grado, donde tampoco se sienten tan grandes (Flores & Ostrosky, 2012; González, 2015).

Este trabajo fue dividido en dos fases, la primera con la finalidad de medir la sintomatología interna (depresión y ansiedad) y externa (habilidades sociales) que repercuten en la RE, problemas de conducta y el desarrollo de FE. Debido a las características de la población se tuvo que llevar a cabo análisis no paramétricos, usando la prueba U de Mann – Whitney se hizo la comparación entre dos muestras independientes (niños y niñas), identificando que no existen diferencias significativas entre este factor (sexo).

La segunda fase tuvo como objetivo el identificar la misma sintomatología, pero en un estudio de caso único, con un alumno de la misma edad para corroborar los datos de la Fase I, e identificar si existen factores similares que influyan en el desarrollo de FE, RE, las emociones morales y en los problemas de comportamiento.

Mediante el uso del programa estadístico SPSS se determinaron las medias de niños y niñas en habilidades sociales, donde se puede observar una diferencia importante, debido a que los niños obtuvieron una media de $\bar{x} = 60.93$, $DE = 19.594$, lo cual indica que su forma de expresarse es de manera agresiva, mientras que las

niñas lo hace de una manera asertiva teniendo una \bar{x} = 21.53, DE = 15.551, lo cual es congruente con un estudio llevado a cabo por Reyna y Brussino (2015), donde mencionan que los niños tienden a tener más problemas de conducta, mientras que las niñas presentan mejores habilidades sociales.

De la misma manera se encontró una ligera diferencia entre niños y niñas con respecto a la sintomatología ansiosa, ya que las niñas obtuvieron una \bar{x} =43.26, DE = 10.561, mientras que los niños una \bar{x} = 45.79, DE = 10.857, los dos se encuentran dentro de los parámetros normales, a pesar de que nuestros participantes niños tienen una media más alta, no representa diferencias estadísticamente significativas, esto debido a que en esta edad no se nota una diferencia entre sexo, pero conforme se empieza a adentrarse a la adolescencia las niñas son las que presentan mayores niveles de ansiedad (Tayeh, Agámez & Chaskel, 2016).

Así mismo en la evaluación de la sintomatología depresiva, los niños obtuvieron una \bar{x} = 22.36, DE = 8.723 y las niñas presentan una \bar{x} = 21.95, DE = 7.742, esto demuestra que no existe una diferencia notable entre sexos a esta edad, lo cual es consistente con la literatura, ya que como mencionan Pacheco y Chaskel (2016) la depresión se presenta de manera similar en niños y en niñas, donde se puede observar un cambio, es hasta la adolescencia.

En cuanto a las puntuaciones por sexo obtenido en la evaluación de Funciones Ejecutivas, no existe una diferencia estadísticamente significativa, ya que los dos grupos se encuentran dentro de un diagnóstico normal, los niños obtuvieron una \bar{x} =96.58, DE = 12.263, mientras que las niñas una \bar{x} = 98.79, DE = 10.807, hasta el momento no existe una gran variedad de estudios que nos permita diferenciar el desarrollo entre niños y niñas de Funciones Ejecutivas, pero en esta investigación encontramos que la zona donde los niños obtuvieron una mayor puntuación con respecto a las niñas es en la zona dorsolateral, esto nos indica que las niñas pueden llegar a tener problemas con la memoria de trabajo o las principales funciones ejecutivas como la planeación o flexibilidad mental, mientras que las niñas denotaron una puntuación ligeramente más alta que los niños en las zonas orbitomedial y prefrontal, lo que refiere que las niñas tienen un mejor control de sus

impulsos y una mejor regulación emocional, así como entienden mejor las consecuencias de sus actos llevando a cabo un mejor procesamiento del riesgo - beneficio.

El objetivo general de la Fase II fue identificar los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, control de enojo, habilidades sociales y funciones ejecutivas en un niño de 9 años del Estado de Hidalgo, utilizando la estrategia de estudio de caso, la cual es pertinente para la realización de investigación en Psicología clínica y de la Salud.

Es por eso que a manera de ejemplo se identificó el caso de un participante varón, de 9 años de edad, que estudiaba el tercer grado de primaria en una escuela primaria pública en el turno vespertino, al momento de realizarse este estudio. Actualmente radica en la ciudad de Pachuca, Hidalgo pero es originario de Tenosique, Tabasco. El participante es catalogado como un alumno con problemas de comportamiento en la escuela lo que había provocado algunos problemas de agresión y mal comportamiento con sus compañeros. Por esta razón se utilizó el mapa clínico de patogénesis (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) como una estrategia para la formulación del caso clínico, el cual nos permite entender de una manera puntual algunos problemas que pueden llegar a desencadenar estas conductas que manifiesta el participante, utilizando como principal estrategia el análisis funcional de la conducta.

Asimismo, al momento de identificar sus niveles de ansiedad, depresión, habilidades sociales y funciones ejecutivas y compararlos con la media de los niños de su edad, evaluados en la fase I, se encontró que el participante presenta alteraciones considerables en los resultados. Por ejemplo dentro de las principales evaluaciones donde hubo diferencias notables fueron en la de Habilidades Sociales, donde "R" obtuvo una puntuación de 73 que es considerada agresiva, mientras que la población (N=39) puntuó una \bar{x} = 55.52, DE = 17.727, a pesar de que el grupo evaluado y "R" presentan puntuaciones dentro de un estilo de comunicación agresivo, las puntuaciones del niño ya se encuentran en un nivel problemático. Cabe aclarar que en este instrumento, a mayor puntuación, el estilo de comunicación

suele ser más deficiente, y esto es congruente con estudios como el de Connor (2002) donde menciona que las mujeres tienden a desarrollar mejores habilidades sociales que los niños, en la infancia la forma de criar suele ser diferente en varones como en mujeres, es por eso que las prácticas de crianza mal empleadas como el castigo físico, agresión psicológica, mala comunicación son factores que influyen en el comportamiento agresivo de los niños, sobre todo en los varones (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro, & Barragán, 2002; Ticusan, 2015).

Igualmente, otra puntuación donde se observó gran diferencia fue en la de FE, donde el participante "R" tuvo un diagnóstico de "alteración severa" con una puntuación normalizada de 63, mientras que la media de la población se encuentra dentro del rango "normal" con una de \bar{x} = 96.58, DE = 12.263, en las subescalas donde hubo una diferencia considerable fueron en la corteza orbitomedial donde el participante presenta una puntuación normalizada de 45, mientras que la media de la población es igual a 96.85, DE = 18.765, esta zona es la encargada del control inhibitorio y la detección de selecciones de riesgo, y esto es congruente con un estudio donde menciona que niños con problemas en esta zona tienen dificultades para reaccionar ante ciertas circunstancias porque no saben cómo controlar sus emociones y tampoco medir las consecuencia de sus actos (Flores & Ostrosky, 2012), tal como lo demuestra "R".

De igual importancia hay una ligera diferencia entre la puntuación de la zona dorsolateral, donde la \bar{x} = 96.24, DE = 13.062 de la población, mientras que el participante "R" denota una puntuación normalizada de 79, esta zona se encarga de la planeación o flexibilidad mental, lo cual puede desencadenar problemas en la adaptación a nuevos lugares o situaciones donde se desenvuelva el niño, tal como lo menciona González (2015).

Derivado de los problemas que identifican en "R", se puede observar que no se está llevando a cabo una buena regulación emocional y que existe una falta de conocimiento y aplicación de las emociones morales, que le permitirían tener una mejor interacción con sus pares.

Es por eso que el realizar análisis descriptivos y un estudio de caso permite ejemplificar el papel de la evaluación psicológica en la identificación oportuna de factores relevantes asociados a los problemas de RE, así como la depresión, la ansiedad, emociones morales y el desarrollo de las FE, lo que le permitiría al psicólogo desarrollar y promover estrategias de intervención adecuadas a las necesidades reales del paciente.

Limitaciones

Al desarrollar una investigación en instituciones educativas públicas, se identifican diversas circunstancias que están fuera del alcance del investigador y que pueden mermar el resultado y desarrollo de la misma. La identificación de estos factores puede contribuir a su mejor manejo en futuras investigaciones y así disminuir el impacto negativo en el estudio.

A pesar de coordinar y calendarizar las fechas y horarios en los que se realizará la evaluación, es posible que la institución educativa cambie o ajuste el cronograma incluso sin previo aviso, afectando la planeación para la aplicación de las pruebas psicométricas.

De igual forma, se identifica el mejor espacio posible para la aplicación de las pruebas psicométricas, sin embargo, esta actividad depende de la disponibilidad de espacios y de las facilidades que la institución educativa brinda al investigador, las cuales puede cambiar debido a las necesidades de la propia escuela.

Finalmente, como parte de la planeación de la investigación se consideran los insumos y recursos tanto materiales como humanos que se utilizarán para la adecuada ejecución del proyecto, sin embargo, es importante destacar que la evaluación neuropsicológica requiere un entrenamiento previo y de una inversión económica para tener la prueba especializada que se requiere para llevar a cabo la evaluación con pruebas psicométricas neuropsicológicas.

Recomendaciones

Se recomienda que futuras investigaciones consideren como puntos importantes el buscar más instituciones participantes para incrementar la muestra. Además, tomar

en cuenta los resultados obtenidos para generar un programa de intervención basado en evidencia cómo el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual y con aportes de psicología positiva que mejoren la regulación emocional, disminuya los problemas de conducta y ayude al desarrollo de las funciones ejecutivas en los infantes (Lima & Straffon, 2018).

Buscar espacios óptimos para llevar a cabo la evaluación e intervención, considerando las particularidades de cada institución educativa. Realizar intervención con población, clínica, no clínica, y niños en otros contextos rurales como los niños indígenas. Contar con mediciones antes, durante y después de los tratamientos propuestos para comparar los resultados y saber la eficacia de la evaluación y la intervención.

Además, es importante destacar que la evaluación e intervención forman parte de las habilidades profesionales más relevantes para un psicólogo. Contar con estas competencias profesionales asegura que se pueda realizar un diagnóstico oportuno, completo y de calidad. Por lo que se espera que usando esos resultados se pueda planear y ejecutar un tratamiento estructurado, sólido y confiable para atender las necesidades detectadas en el usuario, y de esta manera brindar el apoyo necesario que la niñez requiere.

Finalmente, al conjuntar las competencias profesionales de un psicólogo para la evaluación, con el proceso de RE y la madurez de las FE en los infantes, se puede aportar al entendimiento de la raíz de los problemas en el desarrollo de las emociones morales y su posible impacto en la forma de pensar, sentir y actuar de los niños.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *DSM – 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- American Psychological Association (2010). Trastornos de la Ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. Recuperado el 10 de Octubre de 2018 de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Ansonera, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Dialnet*, 16, 33 – 37.
- Aragón, L. (2015) Evaluación Psicológica. *Historia, fundamentos teórico – conceptuales y psicometría*. México: El Manual Moderno
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2000) La salud mental de los niños es lo primero. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 20 (76) pp. 107 – 108
- Ayala E., Pedroza F., Morales S., Chaparro A. y Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25(3), 27-40.
- Bausela, E. (2014). Funciones Ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13789>
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 47. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000496>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina-Mora, M. (2013) Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México* 55 (1). Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=12ea6f33-4725-429a-9001-1e3a31283921%40sessionmgr101>

- Black, D. W. y Andreasen, N. C. (2014) Texto introductorio de Psiquiatría. México: El Manual Moderno.
- Blázquez – Alisente, J. L., González – Rodríguez, B. & Paúl – Lapedriza, N. (2011) Evaluación neuropsicológica. *Manual de neuropsicología 2* (2). Viguera.
- Blázquez – Alisente, J. L., González – Rodríguez, B. & Paúl – Lapedriza, N. (2008) Evaluación neuropsicológica. *Manual de neuropsicología*. 35 – 56.
- Burns, D (Eds.) (2006) Adiós, Ansiedad. Barcelona, España: Paidós.
- Caraveo - Anduaga, J. & Martínez - Vélez, N. (2019) Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 61.
- Cardenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010) Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México
- Casullo, M. (1999) La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1. Buenos Aires, Argentina
- Chamorro, R. & Muñoz, C. (2010) Trastornos del Espectro Ansioso. Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad.). Puerto Vallarta, México: Ediciones Científicas APAL. 348 – 372
- Colorado, P. (2009) La depresión en el Adolescente (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de TESIUNAM
- Company, R., Oberst, U. & Sánchez, F. (2012) Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7 – 36
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cova, F., Deonna, J., & Sander, D. (2015). Introduction: Moral Emotions. *Topoi*, 34, 397-400. DOI: 10.1007/s11245-015-9345-0
- De la Barra, F. (2009) Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 47 (3), 175-177

- De la Fuente, R., Medina - Mora, M. E. & Caraveo, J. (1997) Salud mental en México. México, México, Fondo de Cultura Económica.
- De la Peña – Olvera, F. & Palacios – Cruz, L. (2011) Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34, 421 – 427.
- Díaz, D. C., Nathalie, A. C., Ramírez, L.F. & Gómez, J. F. (2016) Salud Mental Infantil: una mirada desde la salud mental comunitaria. *Carta Comunitaria* 24 (140), 33 - 50
- Donas, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. *Adolescencia y juventud en América Latina* (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional
- Echemendía, B. (2011) Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 49 (3) La Habana, Cuba.
- Elices, M. (2016) Disregulación emocional y Mindfulness en el trastorno límite de la personalidad: Características y tratamiento. (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España
- Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Nieuwsma, J. A., Walser, R. B., & Currier, J. M. (2014). The Role of Moral Emotions in Military Trauma: Implications for the Study and Treatment of Moral Injury. *Review of General Psychology*, 18, 249-262. DOI: 10.1037/gpr0000018.
- Fernández, F. (2011). Las causas de la depresión. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 4, 575-597. Doi: M. 5.020.-1958
- Fernández, A. M., Dufey, M. & Mourgues, C. (2007) Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2 (1) ,8 – 20.
- Fernández, S., Paúl, N. & Maestú, F. (2003) El papel de la neuropsicología en la formación del psicólogo. *EduPsykhé*, 2 (1), 67-80.

- Flores, J. C. & Ostrosky – Shejet, F. (2012) Neuropsicología de los lobulos frontales. *Desarrollo neuropsicológico de lobulos frontales y funciones ejecutivas*. México, D.F: El Manual Moderno: 1 – 13.
- Fontanelle, L. F., Oliveira-Souza, R., & Moll, J. (2015). The rise of moral emotions in neuropsychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience* 17, 411-420. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734879/>
- García, B. (2009) Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. *Un enfoque de enseñanza basada en proyectos*. México, D.F: El Manual Moderno
- García, M., Guzmán, M.E. & Solano, G. (2012) Introducción. Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos. *Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos*. Pachuca, Hidalgo, México: El Manual Moderno. 15 – 47.
- Ginnet, A. [TEDxTalks]. (2016, Febrero 10) Who Doesn't Have Trouble with Executive Functioning? [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=zq0oNVb0k58>
- González, M. (2015) Funciones Ejecutivas y lóbulos frontales. *Desarrollo de las funciones ejecutivas en preescolar*. México, D.F: El Manual Moderno
- Gross J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008) Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid, España. Ed Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006) Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916/12234>

- Haynes, S. N., Smith, G. & Hunsley, J. (2011) *Scientific foundations of clinical assessment*. Nueva York: Taylor/ Routledge
- Hernández, M., Moreno, D., González, A. & Fulgencio, M. (2012) La Técnica de Seguimiento Instruccional Alfa para el Manejo de Desobediencia Infantil en una Triada Madre-Hija-Hija. *Claves del pensamiento* 6 (12).
- Hervás, G. & Moral, G. (2017) Regulación emocional aplicada al campo clínico. *Formación continua a distancia*, 30 – 40.
- Hervás, G. & Vázquez, C. (2006) La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada* 59, 9 – 32.
- I. Pico. (06 de octubre de 2016) Tipos de fases de observación del comportamiento. [Mensaje de un Blog]. Recuperado de <https://psicopico.com/tipos-fases-observacion-del-comportamiento/>.
- Jara, M. & Ferrer, S. (2005) Genética de la violencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 43 (3), 188 – 200.
- Kazdin, E. (2013). Como identificar, definir y evaluar la conducta. En *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. (pp.67, 98). México: El Manual Moderno.
- Koholokula, J. Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S. & Gavino, A (2013). Analisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínicas y Salud*, 24, 117 – 127.
- Körner, A., Tscharaktschiew, N., Schindler, R., Schulz, K., & Rudolph U. (2016) The Everyday Moral Judge – Autobiographical Recollections of Moral Emotions. *PLoS ONE* 11(12) doi:10.1371/journal.pone.0167224
- Kristensen, A., Mortensen, E. & Mors, O. (2009) The structure of emotional and cognitive anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/j.janxdis.2009.01.009

- Labiano (2010) Introducción a la psicología de la salud. En L. A. Oblitas (Ed.) *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 3 – 15). Querétaro, México: Cengage Learning Editores.
- Lima, A. & Straffon, D. (2018) Intervención Cognitivo Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar Fortalezas de Carácter en Niños con y sin Sintomatología Depresiva. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- Lozano, A. & Ostrosky, F. (2011) Desarrollo de las funciones ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 11 (1), 159 – 172.
- Malti, T., & Latzko, B. (2012). Moral Emotions. En V. Ramachandran, *Encyclopedia of human behavior* (2nd ed) (págs. 644-649). Missouri: Elsevier.
- Mazadiego-Infante, T. de J., Vera-Pedroza, A., Ruiz-Carús, S. (2011) Problemas internalizados y externalizados en una muestra de niños de Educación Básica. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 (1). DOI: 10.5460/jbhsi.v3.1.27680
- Mercadillo, R., Díaz, J.L., & Barrios, F. (2007) Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30 (3), 1 – 11.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. & Quintero, M. (2009) Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el caribe*, 23, 84 – 112
- Michel, A., Ramos – Loyo, J., Matute, E., González – Garrido, A. & Sánchez – Loyo, L. M. (2014). Reconocimiento emocional y problemas de comportamiento social en niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 14 (1), 223 – 248.
- Mikulic, I. (S/A) La Evaluación Psicológica Y el Análisis Ecoevaluativo.
- Molina, F. (2012). El caso Phineas Gage, una revisión de la historia de la neurobiología. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 17 (3), 227 – 248.

- Moll, J., Oliviera-Souza, R., Zahn, R., & Grafman, J. (2008). Volume 3: Moral Psychology. *The neuroscience of Morality: Emotion, Brain Disorders, and Development*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Morga, L. E. (2012) Tipos de entrevista por objetivos. *Teoría y técnica de la entrevista*. (pp. 14 – 15) Red Tercer Milenio, Tlalnepantla, Estado de México.
- Morris, C. & Maisto, A. (2005) Desarrollo del ciclo vital. *Psicología 12 Ed*. Pearson Educación: México, 374 – 391
- Moscoso, M., Rodríguez, L., Reyes, J. & Colón, H. (2016). Adolescentes de Puerto Rico: Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(2), 320 – 332
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo* 31 (1), 108-121
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Organization for Economic Co-operation and development: Reviews of health care systems: México, 2016. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230t91-en>.
- Organización Mundial de la Salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre la prevención de la violencia. Recuperado en Mayo de 2017 en <https://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado en Diciembre de 2013 en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2017). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Madrid: Meditor.
- Ostrosky, F. (2011) Las emociones y el cerebro. *Mentes Asesinas. La violencia en tu cerebro 2ed.*, 57 – 71, Ciudad de México, México: Quinto Sol
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2016) Depresión en niños y adolescentes. *Fascículo PRECOP Sociedad Colombiana de Pediatría 15 (1): 30 – 38.*
- Páramo, M. (2011) Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85 – 95.
- Predeira, M. J. (2004). Agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de Psiquiatría*, 1 – 20.
- Pérez, Y. & Guerra, V. (2014) La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*.86 (3). 368 – 375
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica 16 (2)*. 85 – 112
- Pliego, F. (2012). Estructuras de familia y bienestar de niños y adultos. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ramírez, F. de J. (2018) Diagnóstico de los problemas de conducta infantil. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emoción y cognición: Implicaciones para el tratamiento. *Terapia psicológica 27 (2)*, 227 - 237
- Red Europea de Promoción de la Salud Mental (2000) La salud mental de los niños es lo primero. *Revista Asociación Española de Neuropsicología 76*, 107- 108
- Reidl, M. L., & Jurado, C. S. (2007). Culpa y vergüenza: ¿emociones olvidadas? En M. L. Reidl, & C. S. Jurado, *Culpa y Vergüenza. Caracterización Psicológica y Social*, 59 – 78. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Repetti, R., Taylor, S. & Seeman, T. (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin* 128 (2), 330 – 366.
- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de Salud Mental en el Campo de la Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de la Salud pública* 30(2), 202 – 211.
- Reyes, M. & Tena, E. (2016) Regulación emocional en la práctica clínica. *Una guía para terapeutas*. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno. pp. 15 – 16.
- Reyna, C. & Brussino, S. (2015). Diferencias de edad y género en comportamiento social, temperamento y regulación emocional en niños argentinos. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (2), 51-64. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.2.5
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., & de Castro F. (2015) Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México* 57 (3).
- Rodríguez, P.J. & Barrau, V. M. (2017) Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral XVI* (10), 760 – 768. Tenerife, España.
- Rodríguez, P.J. (2017) Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral XXI* (2), 73–81. Tenerife, España.
- Romero, E., Lucio, M.E. & Forns, M. (2015). Los problemas internalizados y externalizados en la competencia académica de escolares. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (2), 65-74. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.2.6
- Ruiz, A. & Lago, B. (2005) Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. pp. 265 – 280. Recuperado de. https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Salas, F. & Castañeda, A. (2018) *Salud y enfermedad. Salud Pública y Medicina Preventiva*. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno.

- Salgado, J. F., Moscoso, S., y Gorriti, M. (2004). Investigaciones sobre la Entrevista Conductual Estructurada (ECE) en la Selección de Personal en la Administración General del País Vasco: Meta-análisis de la Fiabilidad. *Revista de Psicología de Trabajo y Organizaciones*, 20 (2), 107- 139
- Sánchez, P. (2008) Salud mental y enfermedad. *Psicología Clínica*. México: El manual moderno.
- Secretaria de Salud (2002) Programa de Acción en Salud Mental. Recuperado en 2002 en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf
- Sedano, J. (1999) Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 15 (4), 446-452
- Silva, A. (2003) Maltrato Infantil. *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. Ciudad de México: Pax, México.
- Silva, J. (2005) Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 43 (3), 201 – 209.
- Skinner, B. (1974). Emoción. *Ciencia y conducta humana*, 189 – 191. Barcelona, España: Fontanella
- Strongman, K. T. (1995) Teories of Anxiety. *New Zeland Journal of Psychology* 23 (3), 4 – 10 Recuperado de: <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol242-1995-1-Strongman.pdf>
- Tayeh, P., Agámez, P. M. & Chaskel, R. (2016) Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Fascículo PRECOP Sociedad Colombiana de Pediatría* 15 (1): 06 – 18.
- Teicher, M.H., Anderson, C.M., Ohashi, K. & Polcari, A. (2014) Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological Psychiatry*. 76 (4): 297-305.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.

- Ticusan, M. (2015). The role of parents in integrating their own children in society. *Social and Behavioral Sciences*, 180, 1680-1685.
- Tovar J. & Ostrosky F. (2013) ¿Cómo reconocemos una acción como una acción moral? En J. Tovar & F. Ostrosky, *Mentes criminales ¿Eligen el mal? Estudios de cómo se genera un juicio moral*, 1 – 45. México: El Manual Moderno.
- Valiente, R., Magaz, A., Chorot, P. & Sandin, B. (2016). Estructura factorial del cuestionario de percepción de estilos de crianza CRPBI-Abreviado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (2), 69-78
- Vanegas, B. X. (2013). Violencia intrafamiliar y problemas de conducta internalizada - externalizada en niños y niñas escolarizados de La Guajira – Colombia. *Cult. Educ. Y Soc.* 5 (1), 137-148
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 8 (3), 417-449
Recuperado de:
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Wright, I. Waterman, M. Prescott, H. & Murdoch – Eaton, D. (2003). A new Stroop – like measure of inhibitory function development: typical developmental trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 561 – 575
- Ybarra, J. L., Orozco, L. A. & Valencia, A. (2014) Intervención con apoyo empírico: herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud. México: Manual Moderno
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. *Blackwell handbook of childhood cognitive development*, 445 – 469.

ANEXOS

Anexo 1

EJEMPLO DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

Adaptado por Ayala y Meave, 2002

Children's Depression Inventory

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: Señala la opción que describe cómo te has sentido durante las últimas semanas. Marca la opción que corresponda a tu respuesta.

1. Si	2. A veces	3. No
-------	------------	-------

1. Te has sentido triste.	1	2	3
2. A ti las cosas no te salen.	1	2	3
3. Las cosas que has hecho te han salido mal.	1	2	3
4. Te has divertido.	1	2	3
5. Has pensado que eres un niño (a) malo (a).	1	2	3
6. Has pensado que te pasarán cosas malas.	1	2	3
7. Te gusta cómo eres.	1	2	3
8. Crees que las cosas han salido mal por tu culpa.	1	2	3
9. Has pensado en quitarte la vida.	1	2	3
10. Has sentido ganas de llorar.	1	2	3
11. Te has sentido enojado (a).	1	2	3
12. Te ha sentido a gusto con la gente.	1	2	3
13. Te ha costado decidir entre lo que te gusta.	1	2	3
14. Has sentido que te ves feo (a).	1	2	3
15. Te ha costado trabajo la escuela.	1	2	3
16. Te ha costado trabajo dormir.	1	2	3
17. Te has sentido cansado (a).	1	2	3
18. Se te ha ido el hambre.	1	2	3
19. Te ha preocupado enfermarte.	1	2	3
20. Te has sentido solo (a).	1	2	3
21. Te has aburrido en la escuela.	1	2	3
22. Has tenido ganas de estar con tus amigos.	1	2	3
23. Has hecho bien el trabajo de la escuela.	1	2	3
24. Eres igual de aplicado (a) que los (as) demás niños (as).	1	2	3
25. Has pensado que algunas personas no te quieren.	1	2	3

Anexo 2

EJEMPLO DE ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS REVISADA-2

Reynolds y Richmond, 2012

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	Si	No
2. Soy muy nervioso (a).	Si	No
3. Muchas veces me preocupa que algo me pase.	Si	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	Si	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	Si	No
6. Me preocupa no agradarle a otros.	Si	No
7. Algunas veces me despierto asustado (a).	Si	No
8. La gente me pone nervioso (a).	Si	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	Si	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	Si	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	Si	No
12. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero.	Si	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	Si	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	Si	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	Si	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a).	Si	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	Si	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	Si	No
19. Siempre soy amable.	Si	No
20. Me enojo con facilidad.	Si	No
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	Si	No
22. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas.	Si	No
23. Me da miedo hablar en voz alta delante de mis compañeros durante la clase.	Si	No
24. Siempre me porto bien.	Si	No

Anexo 3

EJEMPLO DE INVENTARIO PARA LA MEDICIÓN DE LA IRA EN NIÑOS MEXICANOS

Validado por Alcázar, Deffenbacher, Reyes, y Poos, 2012

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: Lee cada afirmación con cuidado y pregúntate qué tanto estás de acuerdo con ellas.

¿Cómo me siento en este momento?

Estoy enojado (a)	Nada	Poco	Mucho
Estoy de malas	Nada	Poco	Mucho
Tengo ganas de insultar	Nada	Poco	Mucho
Estoy molesto (a)	Nada	Poco	Mucho
Estoy disgustado (a)	Nada	Poco	Mucho
Siento Coraje	Nada	Poco	Mucho

¿Cómo me siento generalmente?

Soy enojón (a)	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Hago corajes	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Tengo un carácter fuerte	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Es fácil que yo me enoje	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Tengo mal humor	Casi nunca	A veces	Casi siempre

Cuando me enojo...

Tengo el control de mi enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Hago cosas que me tranquilizan	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Controlo mis reacciones de enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Cuando me enojo sé como controlarme	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Discuto con los demás cuando me enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Soy peleón (a)	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Respiro profundamente para tranquilizarme	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Controlo mis sentimientos de enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Hago cosas que me calman	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Demuestro mi enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Controlo mi enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Trato de relajarme	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Pierdo el control	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Le pego al que me hizo enojar	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Me peleo con el que me hizo enojar	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Cuando me enojo mantengo la calma	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Mantengo el control de mi enojo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Me enfrento con el que me hace enojar	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Trato de calmarme lo más pronto posible	Casi nunca	A veces	Casi siempre

Anexo 4

EJEMPLO DE ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS

Adaptado por Lara y Silva, 2002

Children's Assertive Behavior Scale

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: De entre las 5 respuestas que aparecen abajo de la pregunta tienes que elegir una y seleccionar la respuesta que se parezca más a lo que tú acostumbras a hacer

1. **Un niño(a) o un adulto te dice: "Creo que eres una persona agradable (buena onda)". Lo que normalmente dirías es:**
 - a) No, no soy tan agradable
 - b) ¡Sí, creo que soy el mejor!
 - c) Gracias
 - d) No le dices nada pero te da pena
 - e) Gracias, realmente soy fabuloso
2. **Un niño(a) o un adulto hace algo que crees es realmente fabuloso. Lo que normalmente le dirías es:**
 - a) "Está bien" y actúas como si no fueras tan fabuloso
 - b) "Está bien, pero he visto cosas mejores"
 - c) No dices nada
 - d) "Yo puedo hacerlo mejor"
 - e) "¡Eso es realmente fantástico!"
3. **Estas haciendo algo que te gusta y piensas o crees que está muy bien. Un niño(a) o un adulto te dice: "¡No me gusta lo que estás haciendo!". Lo que normalmente dirías es:**
 - a) "¡Eres un tonto!"
 - b) "Yo creo que si está bien"
 - c) "Tienes razón", pero en verdad no estás de acuerdo
 - d) "Para mí es fantástico; además ¡qué te importa!"
 - e) Te sientes lastimado y no dices nada
4. **Se te olvidó algo que debiste traer y un niño(a) o un adulto dice "¡Ay, eres tan tonto que no se te olvida la cabeza porque la traes pegada!". Lo que normalmente dirías es:**
 - a) "Yo soy más listo que tú; además ¡tú qué sabes!"
 - b) "Sí, tienes razón, a veces parezco tonto"
 - c) "El tonto serás tú"
 - d) "Nadie es perfecto, ¡No soy tonto sólo porque se me olvidó algo!"
 - e) No dices nada o lo ignoras
5. **Un amigo(a) con quien quedaste de verte llega 30 minutos tarde, y eso te molesta. Tu amigo(a) no te dice porque llegó tarde. Lo que normalmente le dirías es:**
 - a) "Me molesta que me dejes esperando así"
 - b) "Me estaba preguntando a qué hora llegarías"
 - c) "Es la última vez que te espero"
 - d) No le diría nada
 - e) "¡Eres un tonto, llegas tarde!"
6. **Necesitas que un niño(a) o un adulto haga algo por ti. Lo que normalmente dirías es:**
 - a) No pedirí ayuda
 - b) "¡Tienes que hacer esto por mí!"
 - c) "¿Me harías un favor? Y explicas qué es lo que necesitas"
 - d) Das a entender que necesitas algo
 - e) "Quiero que hagas esto por mí"
7. **Un niño(a) te pide que hagas algo, que te obliga a dejar de hacer lo que te gusta mucho. Lo que normalmente dirías es:**
 - a) "Tengo otra cosa que hacer; pero haré lo que quieras"
 - b) "De ninguna manera, búscate a otro"
 - c) "Está bien, haré lo que quieras"
 - d) "¡Olvídalo y lárgate!"
 - e) "Ya tengo otra cosa que hacer, a lo mejor la próxima vez"
8. **Ves a un niño(a) que te gustaría conocer. Lo que normalmente dirías es:**
 - a) Le gritas y le dices que se te acerque
 - b) Te acercas, te presentas y comienzas a conversar
 - c) Caminas hacia ese niño(a) y esperas a que te dirija la palabra
 - d) Te le acercas y empiezas a hablar de las grandes cosas que has logrado
 - e) No le dices nada

Anexo 5

EJEMPLO DE PROTOCOLO DE LA BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE FUNCIONES EJECUTIVAS Y LÓBULOS FRONTALES

Flores, Ostrosky & Lozano, 2014



Protocolo

Julio César Flores Lázaro, Feggy Ostrosky Shejet y Asucena Lozano Gutiérrez

DATOS GENERALES

NOMBRE _____
FECHA DE EVALUACIÓN ____/____/____ NO. EXPEDIENTE _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ IDIOMA _____
EDAD _____ GÉNERO _____ ESCOLARIDAD _____
LATERALIDAD _____ OCUPACIÓN _____
ESCOLARIDAD MADRE _____ ESCOLARIDAD PADRE _____
REFERIDO POR _____ TELÉFONO _____
MOTIVO DE CONSULTA _____

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS

I.- Estado de alerta: conciente, somnoliento, estuporoso, coma, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál, la dosis y la duración del tratamiento:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalogramas, otros:

IV.- Antecedentes médicos, niños, adolescentes y adultos:

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Traumatismos craneoencefálicos
<input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Tiroidismo
<input type="checkbox"/> Farmacodependencia	<input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares
<input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual o auditiva.	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Manual Moderno®
D.R. © 2014 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sores 204, Col. Hipódromo, 06030, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. Reg. núm. 33

STIP
100-2

0518

Nota: Este cuadernillo está impreso en color NO LO ACEPTE si no cumple este requisito.

No apto para su reproducción

Anexo 6

Fotografía tomada durante la aplicación de la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales



... dary, legendary.