

Estudio de caso: Características de la alianza terapéutica implicadas en un proceso de intervención psicológica en un paciente con problemas de aprendizaje¹

Case study: Characteristics of therapeutic alliance involved in a psychological intervention in a patient with learning problems

Valeria Aristizabal Tamayo²

Diana Marcela Briñez Longas³

Maurizio de Siena⁴

Resumen

Esta es una investigación cualitativa-exploratoria abordada desde el estudio de caso cuyo objetivo es comprender las características de la alianza terapéutica implicadas en un proceso de intervención de ocho sesiones psicológicas en un paciente con problemas de aprendizaje de 9 años de edad, al que se le practicó una evaluación psicodiagnóstica a través de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños –IV (WISC-IV) y el Tamizaje para la detección de estudiantes con dificultades en el aprendizaje escolar de la universidad de Manizales. Se concluye que una alianza terapéutica exitosa en la intervención con niños y niñas, puede planificarse acorde a tres elementos: acuerdo en las tareas (propuesta y negociación de actividades); orientación y reconocimiento del vínculo afectivo con roles definidos y *rapport*; acercamiento objetivo para el logro de las metas trazadas. A través de estos tres elementos, la alianza se fortaleció de tal modo que, el paciente fue cooperante, abierto a las sugerencias y logró hacerse cargo de las tareas en la consulta y en la casa, lo cual implicó también, la participación familiar en el proceso. La alianza terapéutica

¹ El presente artículo es una investigación cualitativa-exploratoria abordada desde el estudio de caso cuyo objetivo es comprender las características de la alianza terapéutica implicadas en un proceso de intervención psicológica en un paciente de 9 años con problemas de aprendizaje.

² Psicóloga. Universidad Alexander Von Humboldt extensión UNAB. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes. Email: vale5231@hotmail.com

³Psicóloga. Universidad Alexander Von Humboldt extensión UNAB-Especialista en Psicología Jurídica y Forense. Universidad Santo Tomas. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes. Email: dmb1669@gmail.com

⁴ Psicólogo Clínico con Post-grado en Psicoterapia CC. Email: mazio35@hotmail.com

favorece la labor del psicólogo y permite mayor eficiencia en los procedimientos ejecutados.

Palabras clave: alianza terapéutica; aprendizaje; proceso de aprendizaje; dificultades de aprendizaje; estudio de caso.

Abstract

This is a research that aims to comprehend the characteristics of the therapeutic alliance involved in a psychologic intervention in a patient with learning problems, it is exploratory-qualitative type addressed in case study. It is concluded that the therapeutic alliance is successful in the intervention with children, when it is developed and planned based on three elements: the agreement on the tasks (proposal and negotiation of activities); when the emotional bond that respects the roles and promotes rapport is oriented and recognized; and if it allows the objective approach to achieve the goals set, which are known to the patient, so that he usually takes care of the tasks in the consultation and at home. In this last aspect, the collaboration of the parents or caregivers who implement these factors in the reinforcements they carry out at home according to the tasks to be developed is required.

Key words: therapeutic alliance, learning, learning process, learning difficulties, case study.

Introducción

A menudo los docentes hacen referencia a las dificultades de aprendizaje que presentan algunos estudiantes tales como, conductas poco comunes a menudo disruptivas, distracción, distraibilidad, baja tolerancia a la crítica y a la frustración, entre otros elementos, que desembocan frecuentemente en un bajo rendimiento académico y una constancia en las bajas calificaciones (Signorini & Borzone de Manrique, 2003). Lo anterior es identificado por medio del fracaso escolar inesperado y está íntimamente vinculado al hecho que, se presenten dificultades para adquirir competencias de lectura, escritura, comprensión, entre otras (Roselli, Ardila, Pineda, & Lopera, 1997). Así las cosas, a partir de la identificación de problemas académicos, el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje “se produce generalmente cuando el niño es evaluado en lectura, escritura y matemáticas y los

resultados que obtiene están en un nivel inferior de lo que cabría esperar por edad, nivel de escolaridad e inteligencia” (Milla, 2006, p. 154).

En este sentido, los docentes resultan ser piezas claves en la identificación y abordaje de este tipo de problemática, especialmente cuando “el 60 por ciento de los niños que ingresan al sistema escolar en la primera etapa tienen problemas de lectoescritura” (Caracol Radio, 12 de Julio de 2005, p. 1), en cuyo caso los más habituales suelen ser: disgrafía, dislexia, discalculia, trastorno lector y déficit de atención (Ramírez 2011). En este tenor, de acuerdo con Kirk y Bateman (1962).

Una dificultad de aprendizaje se refiere al retraso, trastorno o desarrollo retrasado en uno o más de los procesos de habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otros dominios escolares resultado de un *handicap* psicológico causado por una posible disfunción cerebral y/o trastornos emocionales y conductuales. No es el resultado de retraso mental, deprivación sensorial o factores estructurales o instruccionales (p. 14).

Conviene mencionar además, que los problemas de aprendizaje se caracterizan por dificultades enmarcadas dentro de un contexto escolar donde se sitúan con un rendimiento académico por debajo de lo esperado, lo cual no los ubica en el espectro del retraso mental, pues este último se caracteriza no solo por la deficiencia en la adquisición de procesos como lenguaje, escritura, comprensión, sino también, porque hay presente un déficit de adaptación y dificultades para hacer frente a las demandas propias de su edad (Uzcátegui, Martínez Méndez, Rivas, & Hercilia, 2007; Mateo, & Vilaplana, 2007). Los problemas de aprendizaje, se manifiestan en los procesos de enseñanza-aprendizaje de aquellas personas que no se encuentran frente al mismo promedio de sus semejantes (Ramírez, 2011).

La encuesta nacional de salud mental (ENSM, 2015) informa que el 13,1% de los niños/niñas que se encuentran en un rango de edad entre 7-11 años presentan problemas en matemáticas y un 19,4%, dificultades de escritura, lo anterior se extrae de un total de 4.244.985 niños y niñas. En cuanto a los problemas de aprendizaje la encuesta arrojó que un 21,6 % de los niños/niñas presenta esta problemática (Ministerio de salud y protección social – Colciencias, 2015). En este tenor, Lagae (2008) señala que a nivel global un 5% de los niños sufren problemas de aprendizaje en áreas como la lectura, escritura o cálculo. Dicho de esta manera, los problemas de aprendizaje pueden estar asociados a diferentes

factores causales, entre ellos los relevantes son los de tipo neuropsicológicos, educativo y contextual. Según lo expresa García (2004),

Todas las perspectivas teóricas sobre las Dificultades del Aprendizaje pueden enmarcarse en un continuo persona-ambiente. En un extremo se situarían las posiciones que, considerando a la persona intrínseca y espontáneamente activa y propositiva según los postulados de los modelos organicistas, atribuyen el problema a variables totalmente centradas en el sujeto. En el otro extremo se situarían las teorías centradas en el ambiente y en la tarea que, siguiendo los postulados de modelos mecanicistas, destacan que la persona está controlada por estímulos externos y que su conducta es reactiva frente a ellos (p. 83)

En cuanto a los factores neuropsicológicos, las alteraciones en el funcionamiento típico del sistema nervioso central, afectan las conexiones sinápticas y conectividad neural, y a ello debe agregarse, alteraciones endocrinas, y daños subsiguientes a complicaciones en el periodo perinatal o posnatal (Milla, 2006). En lo que toca a las complicaciones en la etapa perinatal, se encuentra que algunos factores de riesgo son: la hemorragia intraventricular (HIV), así como también, el bajo peso al nacer y la prematuridad (Mulas & Morant, 1998). Por otra parte, los ataques epilépticos, fiebres altas, encefalitis, meningitis, sarampión, escarlatina y traumatismos craneoencefálicos que se den en el periodo posnatal pueden incidir como causales de las dificultades de aprendizaje (Mulas & Morant, 1998). En lo referente al factor educativo, interfieren, además, procesos inapropiados de enseñanza – aprendizaje y, metodologías ineficaces que no se adecuan a las características individuales de los educandos. Según Ruiz (2001) citado por Robledo (2009)

Numerosas investigaciones han detectado la confluencia de factores escolares y aspectos emocionales del niño (personales, sociales, familiares,) como responsables de sus logros académicos señalando que los resultados son producto, no solo de sus capacidades, sino también de la interacción de los recursos aportados por la escuela y el hogar (pp. 117-118)

Por último, se encuentran los factores contextuales (familiar, social, cultural), en los cuales no se propician ambientes de estimulación, procesos de comunicación e interacción y donde hay limitantes en la nutrición y la crianza (Milla, 2006). De la misma forma que hay factores asociados a las causas de los problemas de aprendizaje también existen consecuencias derivadas de esta problemática que interfieren de manera significativa en el individuo. Una de estas consecuencias está relacionada con la construcción del autoconcepto ya que, en general los niños/niñas con dificultades en el aprendizaje se

perciben de manera negativa no solo en el aspecto escolar sino en los demás contextos en los cuales interactúan (Pineda, et al., 1999; Pineda, et al., 2000). En este caso, se ven a sí mismos como menos capaces y poco competentes en referencia a otros, además existen niveles bajos de motivación y pocos sentimientos de gratificación frente a lo que realizan, se sienten rechazados por sus iguales y familia (Barca, et al., 2013).

En este sentido, el autoconcepto negativo, se asocia a sentimientos de incapacidad e inferioridad que surgen a partir de la comparación con los pares, al tiempo que, la desmotivación posibilita el surgimiento de un malestar emocional que influye de manera inapropiada ante las respuestas que demanda el ambiente (Molina & Maglio, 2013). Adicional a este aspecto, los problemas de aprendizaje se relacionan con el fracaso en el establecimiento de relaciones interpersonales, una escasa percepción de redes de apoyo y por ende un déficit en las habilidades sociales (Cuadros, 2012). Según Milla (2006) “a los problemas asociados al fracaso escolar se suelen añadir otros relacionados con el autoconcepto, la autoestima, los problemas emocionales, de comportamiento y de adaptación” (p. 155). Partiendo de lo anterior, los profesionales que abordan este tipo de problemáticas, deben contar con habilidades y competencias que les permitan generar empatía y alianzas psicoterapéuticas con los niños/niñas, de esta forma las consecuencias derivadas de los problemas de aprendizaje tales como, déficit en habilidades sociales, percepción negativa de sí mismo, sentimientos de desmotivación, entre otros, no se conviertan en una barrera en el momento de la atención.

En dicho aspecto Botella y Corbella (2004) señalan que los “problemas interpersonales vinculados a la frialdad, la hostilidad, la inseguridad y la evitación social influyen de forma negativa en el establecimiento del vínculo” (p. 22). En cuanto al rol del psicólogo es primordial la construcción de la *alianza terapéutica*, esta última entendida como un vínculo emocional, es decir, de apego con el terapeuta, y una cognitiva, o de esperanza en el tratamiento y disposición para involucrarse en el mismo (Bordin, 1979; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). También, es de suma importancia el vínculo de cuidado, confianza, respeto y colaboración mutua como ejes fundamentales de la alianza terapéutica (Luborsky, 1984; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Parish & Eagle, 2003; Safran

& Murran, 2005). Cabe señalar que la construcción de la alianza terapéutica es un proceso que no solo depende de los conocimientos técnicos del terapeuta, puesto que, también influyen variables personales, actitudes y, las experiencias e interpretaciones del paciente (Navia & Arias, 2012). Finalmente, se resalta el papel que la alianza terapéutica juega en el abordaje de los problemas de aprendizaje, la colaboración activa entre paciente y psicólogo, se destacan como elementos importantes que hacen posible su construcción, la cual permite identificar e intervenir el problema de una forma más eficaz y oportuna.

Características del caso.

Se trata de un niño de 9 años. Perteneciente a una familia de clase media, estrato socioeconómico 3, de tipología extensa, formada por su padre de 44 años, madre de 40 años, dos hermanos (gemelos) de 16 años y dos tías por línea materna. Residentes en Pereira-Risaralda. Existen apropiadas relaciones intrafamiliares, según refiere la madre de familia están basadas en la comunicación y respeto, en cuanto a S.A hay un vínculo afectivo más estrecho y de confianza con la figura materna. Actualmente cursa tercer grado de educación básica primaria en una institución educativa pública, no hay antecedentes de repitencia escolar, sin embargo, desde su ingreso al contexto escolar los docentes han identificado y reportado dificultades en su aprendizaje, especialmente en cuanto a la adquisición de competencias de escritura, lectura y comprensión, lo que ha generado un bajo rendimiento académico. Además de ello, ha presentado problemas de adaptación. Respecto a cuestiones clínicas cuenta con dos diagnósticos: trastorno del habla y trastorno del aprendizaje no especificado, los cuales fueron emitidos por parte de especialista en neuropsiquiatría en el año 2019.

En el mes de agosto se le realizó una resonancia magnética en la cual se evidencia una “*displasia cortical transverso frontal lateral izquierda*” con irregularidad del epéndimo de manera secundaria. Unido a esto, el especialista en neuropsiquiatría solicitó la aplicación de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños –IV (WISC-IV) de David Wechsler adaptación española (2005), la cual, se puede definir como:

(...) un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. La escala WISC-V ofrece puntuaciones de los índices primarios de inteligencia que reflejan el funcionamiento intelectual en diferentes áreas

cognitivas: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Así mismo ofrece una puntuación general (CI total)” (Consejo general de la psicología, España - CGPE, 2016, p. 3).

De acuerdo a las valoraciones y seguimiento realizados por el área de neuropsiquiatría S.A, el paciente fue remitido a las áreas de fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología, por lo que a la fecha asiste a terapias del lenguaje y a orientación ocupacional. En lo que toca al proceso por psicología, es preciso indicar que se llevaron a cabo ocho sesiones que pueden ser comprendidas a través de los siguientes parámetros: en la primera de ellas S.A llegó en compañía de su cuidadora (tía por línea materna), quien refirió como motivo de consulta “al parecer tiene problemas de aprendizaje”, manifestando que S.A no ha adquirido competencias de escritura y lectura. Durante esta *primera* sesión se informó sobre todo lo concerniente al proceso (condiciones, duración, procedimientos que se llevarían a cabo, entre otros), es de anotar que no se realizó diligenciamiento de consentimiento informado ya que la acudiente no es la representante legal del niño. Además, de lo anterior en esta primera sesión se inició la recolección de datos necesarios para el diligenciamiento de la historia clínica (datos de identificación, datos familiares, antecedentes escolares y clínicos, entre otros). Sumado a esto, se tuvo el primer contacto con el paciente, en cual por medio del cuento “*Quién es el psicólogo*” editado por el *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, se buscó aclarar, ilustrar y explicar de una manera sencilla y lúdica, cómo el psicólogo puede ayudar a los niños y a sus familias, y, quién es y qué hace en su trabajo.

En la *segunda* sesión se propició el primer encuentro con los padres de familia a quienes por medio del consentimiento informado (ver anexo 1), se les dio a conocer las condiciones del proceso y se establecieron acuerdos; de ello se obtuvo que ambos estuvieron de acuerdo y autorizaron que su hijo participara en este. Anudado a esto se diligencio formato historia del desarrollo (datos personales, desarrollo prenatal, perinatal y postnatal, historia de salud del niño, desarrollo socioemocional, aspectos personales, historia escolar, estructura y dinámica familiar). En la *tercera* sesión se aplicó el tamizaje para la detección de estudiantes con dificultades en el aprendizaje escolar de la universidad de Manizales, lo anterior realizada por medio de la lectura del libro (“*Alicia en el país de las maravillas*”),

elección que se realizó en acuerdo con el niño, quien manifestó su deseo de conocer la historia relatada en el cuento. Durante la aplicación del instrumento S.A se evidenció cómodo, participativo y muy atento, respondió a las preguntas que se realizaban y demás ejercicios propuestos como la ejecución de sumas, restas, entre otros.

En la *cuarta y quinta* sesión se llevaron a cabo la aplicación de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños –IV (WISC-IV) de David Wechsler (2005) adaptación española la cual evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses, para ello se informó a la acudiente y padres de familia acerca de los objetivos de la evaluación y se acordaron los tiempos de aplicación. En cuanto a S.A antes de dar inicio a la prueba se le dio a conocer que actividades se iban a realizar y el objetivo de las mismas. Durante la *sexta* sesión se realizó con S.A una aproximación a ejercicios de estimulación, se hizo uso de material llamativo y en conjunto con el niño se eligieron las actividades a realizar entre varias opciones propuestas. En la *séptima* sesión por medio del programa *Fortius* (Méndez, Llavona, Espada & Orgilés, 2012), cuyo objetivo es desarrollar fortalezas psicológicas para prevenir las dificultades emocionales y resolver los problemas personales: S.A asumió un papel activo a través de la construcción de una historia que posteriormente él interpretó, mostrándose cómodo y espontáneo. Finalmente, en la *octava* sesión se socializó con los padres de familia los resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños –IV (WISC-IV) de David Wechsler, adaptación española 2005 se hizo entrega del informe respectivo como había sido acordado con anterioridad y se brindaron recomendaciones y orientación frente a los resultados obtenidos.

Lo anterior es una breve descripción de cómo se llevó a cabo el abordaje del caso desde el área de psicología, por lo que resulta importante mencionar que en el proceso psicológico se contó con la participación de la acudiente (tía), los padres de familia y el niño, quienes fueron informados de todos los aspectos referentes a la evaluación e intervención, e igualmente se establecieron acuerdos de participación, objetivos e instrumentos a implementar. Durante el proceso se mostraron satisfechos, hubo buena disposición, receptividad frente a las recomendaciones y orientaciones brindadas y cumplimiento frente a las citas asignadas. Los resultados de la prueba Wechsler indicaron que en la escala *Inteligencia* para niños –IV (WISC-IV), S.A obtuvo un puntaje de 66 lo que clasifica su

coeficiente intelectual como «*muy bajo*» derivado de la relación entre Repetición de Dígitos y Composición de Objetos, conviene mencionar que “para David Wechsler la inteligencia es una construcción hipotética; la define como la capacidad global para proceder con un diseño, pensar de forma racional e interactuar de forma eficaz con el ambiente (Wechsler, 1981), además sugiere que el deterioro mental es algo natural, que suele suceder a lo largo del tiempo, al final de la vida, pero que puede transfigurar cuando se encuentra bajo circunstancias especiales.

Estado de arte

Bravo-Valdivieso, Cuadro, Mejía y Eslava (2009) señalan que en cuanto a las investigaciones realizadas sobre los problemas de aprendizaje es preciso aclarar, que no hay suficiente información documentada, por tanto, la descripción aquí realizada se enfocará en las investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica. Las primeras exploraciones sobre el tema estuvieron asociadas a trabajos neurológicos, pediátricos o de psicología clínica. Cabe anotar que, los estudios clínicos más representativos sobre las Dificultades de Aprendizaje que se han encontrado en la literatura fueron los de Olea en Santiago de Chile, de Azcoaga en Argentina, de Mendilharasu y Rebollo en Uruguay, de Alarcón y Blumenfeld en Perú, entre otros. Todas estas investigaciones tienen sus comienzos en la época de los 50 y 60. En cuanto a estos estudios los primeros acercamientos y publicaciones hicieron referencia a los aspectos clínicos de la dislexia. A continuación, se describen las experiencias más representativas de las investigaciones llevadas a cabo en países de Sudamérica.

Las investigaciones sobre la dislexia en Uruguay tienen su origen en el campo neurológico y educativo. Una de ellas está referida a la preocupación del rendimiento escolar y los trastornos de lectura que presentaban algunos niños. Esta situación llevo al campo educativo a elaborar programas más idóneos en intervención. Para esta fecha se publicó el trabajo de Bauzá y colaboradores *La dislexia de evolución: un estudio de 35 casos personales*. El resultado obtenido de la investigación permitió diagnosticar la dislexia de manera anticipada partiendo de las características presentadas en niños y niñas (Bauza, Carbonell de Grompone, Drets, & Escuder, 1962). Otros estudios, seminarios y trabajos publicados sobre la dislexia, destacan el diagnóstico temprano como eje principal del trastorno lector. Adicional a esto, se evidenció que los niños con dislexia presentan otros

trastornos del aprendizaje, uno de ellos, por ejemplo, es la disortografía; de igual manera Carbonell de Grompone (1975) “planteo la relación de la dislexia con dificultades en la lateralidad, esquema corporal, desarrollo motriz, discriminación auditiva y visual, desarrollo del lenguaje oral y el cálculo” (p. 205). Todo lo anterior, llevó a la implementación del método fonético para la enseñanza de los niños con dislexia (Carbonell de Grompone, 1975). Más adelante Louzán (1995) señaló la multiplicidad de síntomas que orientan el diagnóstico de la dislexia y entre ellos indicó

(...) la discordancia entre el CI y el nivel lector alcanzado en lectura y escritura; nivel de lectura y escritura por debajo del promedio de la clase; diferencias con el rendimiento alcanzado en otras áreas; errores en lectura del tipo de rotaciones, inversiones, confusiones y sustituciones de letras; dificultades de orden simbólico; alteraciones en el lenguaje; dificultades de percepción, de esquema corporal, de motricidad, de memoria, en la capacidad de abstracción y generalización y desorientación espacial; trastornos neurológicos o emocionales; y antecedentes familiares (pp. 205-206).

Estos criterios aparecen de forma similar en las publicaciones de Tuana (1967), de igual manera ella planteó dos tipos de dislexia: La primera es la *dislexia de percepción* que consiste cuando la persona transcribe de manera errónea, y la segunda es la *dislexia audibilización*, que se entiende cuando la persona realiza de manera inadecuada un dictado, esta última no hace referencia a una alteración auditiva. En conclusión, las publicaciones antes mencionadas se han concentrado en factores que conllevan al diagnóstico de una dislexia de evolución.

Para el caso de Argentina, Azcoaga (1969) fue una de las principales figuras en cuanto a la investigación de las dificultades de aprendizaje, sus aportes y análisis referente al tema sobre una base clínica. Describió tres tipos de patologías que afectan el desarrollo neurológico provocando distintos tipos de dislexias (Bravo-Valdivieso, et al., 2009). Por otra parte, se encuentra los aportes de las investigadoras Borzone de Manrique y Diuk (2001), quienes realizaron un estudio de las estrategias tempranas que utilizan los niños para adquirir el conocimiento de la letra, lectura y escritura. En cuanto a los resultados de la investigación se evidenció que los niños de primer año utilizaron estrategias logográficas, mientras que, en el caso de los niños de segundo y tercer año emplearon estrategias más analíticas (Bravo-Valdivieso, et al., 2009).

Asimismo, resaltan los trabajos de Signorini y Borzone de Manrique (2003), quienes estudiaron el empleo de estrategias ortográficas y fonológicas en niños de primaria, y su eventual éxito del aprendizaje. Estos resultados confirman el peso que tiene las estrategias cuando los niños están aprendiendo a leer. Por último, el abordaje de las investigaciones en argentina se ha concentrado en los procesos psicolingüísticos que determinan el aprendizaje de la lectura inicial. Las investigaciones peruanas tienen sus orígenes en el marco de la psicología educacional y la psicopedagogía. Uno de los principales promotores de esta disciplina fue Luis Miró Quesada, quien fundó un “Seminario de Pedagogía” cuyo objeto fue investigar el valor psicológico y pedagógico que tienen las pruebas. En cuanto a las primeras publicaciones peruanas sobre el retraso escolar fueron relacionadas con el retardo mental. Lo anterior, llevó a la investigadora peruana Alegría Majluf a la publicación de diversos trabajos abordados en escuelas de recursos socioeconómicos bajos, donde encontró que en parte de las dificultades de aprendizaje predominaban aspectos de desnutrición y deprivación crónica (Bravo-Valdivieso, et al., 2009).

Para la década de los 80’s la fonoaudióloga Irma Villavicencio organizó en el colegio Palestra un congreso internacional sobre Psicopedagogía que promovió la creación de la Sociedad de Psicopedagogía Latinoamericana. Este encuentro tuvo una buena aceptación, y en este participaron neurólogos, psicólogos y educadores. Adicionalmente, se contó con las experiencias del investigador Frank y los psicólogos Torres y Luna, el primero con los aportes sobre problemas de lectura dirigidos a educadores y especialistas; el segundo con las experiencias recolectadas con niños que presentaban dificultades en el aprendizaje. Este último, se encuentra titulado en el libro *Problemas de Aprendizaje* que contiene los resultados de programas correctivos que buscan mejorar las habilidades escolares (Bravo-Valdivieso, et al., 2009). Para el año 1975 y 1979 la Universidad Católica de Santiago efectuaron dos simposios oficiados por la UNICEF, el primero denominado “*El niño limitado*” y el segundo “*Los niños con dificultades de aprendizaje*” a los cuales asistieron especialistas de diferentes países. Este último hizo énfasis en las estrategias psicolingüísticas para el diagnóstico y tratamiento de las dificultades para el aprendizaje de la lectura y las dislexias. La discusión y análisis del tema tuvo un efecto importante en la

modificación de estrategias dirigidas a la enseñanza de la escritura. De la misma forma, la intervención y los trabajos presentados por el investigador de Frank Vellutino promovió en Chile un cambio definitivo en las estrategias pedagógicas y de la enseñanza de la lectura (Bravo-Valdivieso, et al., 2009).

Otras investigaciones que se llevaron a cabo en Chile tuvieron como objeto apoyar a los estudiantes a superar las dificultades de aprendizaje presentadas en el hogar y el colegio. Entre ellas se destacan las publicaciones de las investigadoras Chadwick y Tarky con el desarrollo del pensamiento lógico efectuado a través de un trabajo sistemático en el hogar, el estudio de Milicic (1982), quien efectuó una investigación tutorial en niños con tendencia al alto riesgo de fracaso en la lectura. Este último, mostro un avance positivo como consecuencia del trabajo que dirige el tutor. Dicho esto, a partir de las investigaciones mencionadas, la mayoría de las publicaciones tienen sus orígenes en el campo de la medicina y lo pedagógico, y mientras el primero lo sustenta desde un concepto de déficit o trastorno, -para este enfoque las deficiencias se encuentran en el propio individuo-, el segundo lo sustenta desde una cuestión didáctica, entre las que destacan las propuestas de enseñanza, la metodología utilizada, los conocimientos de los maestros, el sistema escolar y curricular. Al respecto, es preciso indicar que este último no cuenta con las herramientas de adaptación para atender las necesidades y particularidades del estudiante (Mesa, 2001).

El comienzo del trabajo en trastornos del aprendizaje en Colombia tuvo influencia en la psicopedagogía y la medicina, al igual que las publicaciones de países como Chile y Argentina, estas últimas con relación a los procesos de enseñanza y aprendizaje lector detectados en aulas y consultas. Aunque los instrumentos y materiales de evaluación fueron difundidos y usados ampliamente, no se llevó un adecuado seguimiento investigativo que permitiera medir el impacto real, con el objetivo de mejorar estas prácticas educativas y solamente se cuenta con experiencias positivas de los participantes (Condemarín, Gorostegui & Milicic, 2004). Bravo-Valdivieso, et al., (2009) señalan que, algunos investigadores en el ámbito pedagógico negaban la existencia de los trastornos de aprendizaje, reduciéndolos a problemas de carácter pedagógico y didáctico, que surgen como respuesta a la patologización de la educación. Como consecuencia de esta posición,

se hizo una crítica a los métodos tradicionales de la enseñanza de la lectura, debido a un énfasis mayor en la grafía y no a la comprensión lectora.

Estas investigaciones promueven en Colombia la implementación de institutos dirigidos al estudio de los trastornos del aprendizaje, entre ellos el más destacado es el Instituto Lauretta Bender ubicado en la ciudad de Cali, el cual generó gran impacto hacia la sensibilización de estos trastornos en el país, de igual manera se fomentó metodologías específicas para el manejo de niños y niñas en educación especial. En cuanto al Ministerio de Educación emprendió la construcción de aulas de apoyo dentro de las instituciones educativas. Lo anterior, sustentado de las investigaciones de Azcoaga y colaboradores, el interés investigativo se desarrolló también por influencia de los aportes de la neurociencia (Bravo-Valdivieso, et al., 2009).

Por otra parte, según Lopera (2002) el avance del desarrollo científico y la tecnología han aumentado las exigencias en el ámbito educativo. Como se puede evidenciar en la actualidad los niños y niñas tienen un ingreso previo a la escolarización, es decir, hoy en día observamos que estos realizan un largo recorrido por las instituciones para finalmente llegar a la educación formal. Cabe anotar que los altos niveles de competitividad y las frecuentes demandas sociales respecto al éxito constituye un elemento asociado al aumento de los problemas de aprendizaje y factores como la deserción y el fracaso escolar (Lopera, 2002). Adicional a esto, en la actualidad se han reportado más casos de problemas de aprendizaje, que en el pasado pasarían desapercibidas. Es importante señalar que el fracaso escolar en el ámbito educativo se identifica con dificultades en las áreas de lectura, escritura y matemáticas (Aponte-Henao, & Zapata-Zabala, 2013).

En el caso de Colombia las instituciones educativas se crearon para que los niños y niñas aprendieran a leer y escribir. No obstante, se evidencia que las instituciones no se ajustan a las necesidades y características de los estudiantes por lo cual hace posible que estos fracasen con mayor frecuencia. Adicional a esto, estas dificultades presentadas en los estudiantes tienen implicaciones que no solo abarcan problemas de lectura y escritura, sino que también afectan otras áreas del sujeto, es decir, el retraso en las competencias de lecto-

escritura no solo entorpece los avances escolares, sino que contiene efectos colaterales en el autoconcepto, la autoestima, las aspiraciones y metas de quienes los padece, que a largo plazo puede influir de manera negativa en la toma de decisiones futuras (Aponte-Henao & Zapata-Zabala, 2013).

En conclusión, partiendo de los antecedentes y hallazgos revisados en la literatura se evidencia que las dificultades de aprendizaje no son una problemática actual ni tampoco un hecho aislado. Se podría decir que a partir de las investigaciones mencionadas se generan dos perspectivas, la primera está ligada a la salud que surge como respuesta a las demandas de niños y niñas que asisten a los servicios de psiquiatría y neurología por síntomas de impulsividad, dificultades en la lectura, la escritura y la atención; mientras que, la segunda tiene un abordaje desde lo educativo, que hace relevancia a la temática del fracaso y deserción escolar, tema que es abordado también por el autor Lopera. Cabe señalar, que la mayoría de la literatura encontrada sobre las dificultades de aprendizaje tiene sus orígenes en estudios sobre la dislexia. Por último, estas investigaciones han tenido un impacto importante en algunos países, es probable que en Colombia las políticas públicas para atender esta problemática aun sean deficientes en cuanto a la implementación de programas de intervención ajustados a las características y necesidades de los niños y niñas.

Marco conceptual

Alianza terapéutica.

El concepto de alianza terapéutica tiene su origen a partir del modelo psicoanalítico. Freud en 1913 realizó sus primeros aportes relacionados con dicho concepto, y aunque no utilizó como tal el término, precisó que el terapeuta antes de proporcionar al paciente sus primeras interpretaciones debía establecer en la relación un apropiado *rapport*, estableciendo la adherencia al tratamiento y al terapeuta como un primer objetivo de la intervención (Andrade, 2005), de este modo “en sus primeros escritos, Freud describió el afecto del paciente hacia el terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista” (p. 205).

Otras escuelas psicológicas como el humanismo, el conductismo clásico y el cognitivismo, hicieron sus propios aportes y definiciones de lo que ellos consideraron

alianza terapéutica (Safran, & Muran, 2005). En cuanto al primero y de acuerdo a Rogers (1951, 1957), existen tres características con las que debe contar el terapeuta para lograr construir una relación terapéutica efectiva: *empatía*, *congruencia* y *aceptación incondicional* al cliente. Desde la modificación de conducta clásica se planteó que el elemento central era la calidad en la técnica de las intervenciones. Por último, la llamada “revolución cognitiva” considero la alianza terapéutica como eje central del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003).

En cuanto al concepto actual Bordin se encargó de establecer una definición con la cual los principales enfoques no tuvieran mayores discrepancias y se sintieran cómodos, este autor quizás uno de los más influyentes en cuanto a la construcción de lo que es, e implica la alianza terapéutica, la definió en 1976 como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta” (Corbella & Botella, 2003 p. 208). Según Horvath (1994) la idea de Bordin subrayaba el papel de la colaboración participativa del paciente en el proceso psicoterapéutico (Andrade, 2005). Bordin (1979) le añade a dicho concepto tres componentes: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos.

- a) **Acuerdo en las tareas:** El convenio que se establece entre el terapeuta y el paciente sobre los medios que se van a utilizar para alcanzar los objetivos propuestos.
- b) **Vínculo afectivo:** Este componente se encuentra estrechamente relacionado con el *rapport*, incluye características como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. Es una relación positiva entre terapeuta y paciente
- c) **Acuerdo en los objetivos:** El consenso que se realiza entre terapeuta y paciente con respecto a lo que se quiere lograr por medio del proceso de intervención.

Partiendo de lo anterior el concepto de alianza terapéutica va más allá de tener una actitud amable y cortes con el paciente, sino que implica hacerlo parte del proceso, darle un rol activo mediante la participación y toma de decisiones en cuanto a los objetivos, herramientas y estrategias a utilizar, lo que a su vez permite una relación terapeuta-paciente caracterizada no meramente por la amabilidad sino por la confianza y apropiación del consultante frente al proceso. Según Corbella y Botella (2003) la alianza terapéutica es una elaboración conjunta que se da “entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están

realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica” (p. 208).

Aprendizaje

De acuerdo con Zapata (2012) el aprendizaje es el proceso por medio del cual se obtienen o se modifican ideas, habilidades, destrezas, conductas o valores, como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento o la observación. Dicho proceso cuenta con unas características particulares: Permite atribuir significado al conocimiento; posibilita atribuir valor al conocimiento; Consiente hacer operativo el conocimiento en contextos diferentes al que se adquiere, nuevos (que no estén catalogados en categorías previa) y complejos (con variables desconocidas o no previstas); Favorece que el conocimiento adquirido puede ser representado y transmitido a otros individuos grupos de forma remota y atemporal mediante códigos complejos dotados de estructura (lenguaje escrito, códigos digitales, etc.).

Así las cosas “el aprendizaje es un concepto central para la psicología, no sólo en lo que toca a las teorías que tratan de explicar el comportamiento animal y humano, sino también en lo que respecta a diversos campos de aplicación del conocimiento” (Padilla & Ramos, 2002, p. 11). Es de resaltar que el concepto de aprendizaje ha sido enriquecido por las diferentes corrientes de psicología que a partir de los comienzos del siglo XX hicieron aportes significativos al desarrollo del conocimiento humano.

Conductismo

El conductismo, “ve el aprendizaje como una reacción condicionada” (Federación de enseñanza de CCOO de Andalucía, FECA- 2009, p. 4). Esta corriente añade a la definición de aprendizaje características tales como, un proceso de asociación de estímulos con respuestas, mediado por el entorno, sin duración, requiere ser reforzado, el aprendizaje como un proceso que es memorístico, repetitivo y mecánico. (Leiva, 2005). El concepto que tuvo mayor fuerza dentro de esta corriente fue el propuesto por el conductismo skinneriano, desde una visión positivista (Maldonado, 2016). En este tenor Skinner (1969), consideraba el aprendizaje como “un cambio en la conducta” (Gagné, 1987, p. 9)

Gestaltismo

Para la Gestalt como corriente de pensamiento, no existe forma sin fondo y viceversa, por lo que llega a debatir la radicalidad del conductismo bajo la relación estímulo-respuesta-predicción conductual, con la introducción del concepto “*Einsicht*” (penetración comprensiva), es decir, no hay necesidad de una asociación estímulo-respuesta, pues la inteligencia humana puede intervenir espontáneamente ante una dificultad. La teoría de la *Gestalt* considera que las cosas se comprenden por la captación de su totalidad, no por el estudio de sus partes constitutivas (FECA, 2009). Los psicólogos de la *Gestalt* consideran el aprendizaje como “un proceso de desarrollo de nuevas ideas o como una modificación de las antiguas” (Bigge, 1985, p. 125)

Cognitivismo

Los aportes de esta corriente surgen de las teorías del procesamiento de la información. Conceptualizan el aprendizaje significativo como “el procesamiento mental de nuevas informaciones que conduce a su relación con el conocimiento previamente adquirido” (FECA, 2009, p. 1). Tanto la teoría del procesamiento de la información como la teoría del aprendizaje significativo fueron fundamentales en la corriente cognitivista para entrar a modificar lo ya propuesto por el conductismo. En cuanto a la primera teoría la cual fue propuesta por Gagné (1987) propone el aprendizaje como

(...) un conjunto de procesos que tienen un principio y unos fines un cambio en la capacidad humana, que perdura durante cierto tiempo y no depende únicamente de los procesos de crecimiento biológico. Es un cambio en la conducta que puede compararse entre la conducta presentada antes de someter a un individuo a una situación de aprendizaje y la nueva conducta (Maldonado, 2016 p. 4).

En lo referente a la teoría del aprendizaje significativo Ausubel en 1983 señala que el aprendizaje significativo ocurre cuando “una nueva información se conecta con un concepto relevante que ya existe en la estructura cognitiva del sujeto” (Maldonado, 2016, p. 5). Es decir, el aprendizaje es significativo cuando en la estructura cognitiva del sujeto ya existe una idea o concepción previa del aprendizaje que se va a recibir, por tanto, se genera una asociación entre el aprendizaje ya adquirido y la nueva información que recibe el sujeto (Maldonado, 2016).

Los representantes de esta corriente han puesto su interés en el estudio de los procesos de la memoria, la atención, la percepción, el lenguaje, el razonamiento, entre otros. Parten

del supuesto que es la mente la que rige al ser humano y no los estímulos externos. (Acosta, 2018). Según Acosta (2018) “los cognitivistas consideran al sujeto como “un ser capaz de dar sentido y significatividad a lo que aprende (un procesador de información); es decir, el organismo recibe la información, la procesa, elabora planes de actuación, toma decisiones y las ejecuta” (p. 7). En conclusión, y con respecto a los aportes de estas escuelas se puede decir: “Conductismo-Asociacionismo, que conciben el aprendizaje como el resultado de conexiones entre estímulos y respuestas. -Cognitivism-Gestaltismo, que considera que el aprendizaje es el resultado de una reorganización de percepciones y de la formación de nuevas relaciones” (FECA, 2009, p. 5).

Dificultades de aprendizaje

En 1962 Kirk y Bateman (1962) aportan el termino de dificultades de aprendizaje, el cual definieron como:

Una dificultad de aprendizaje se refiere al retraso, trastorno o desarrollo retrasado en uno o más de los procesos de habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otros dominios escolares resultado de un *hándicap* psicológico causado por una posible disfunción cerebral y/o trastornos emocionales y conductuales. No es el resultado de retraso mental, privación sensorial o factores estructurales o instruccionales (Kirk & Bateman, 1962, p. 2).

El planteamiento de esta primera definición se sitúa en las alteraciones académicas como síntomas primarios en la aparición de las dificultades de aprendizaje, si bien no se descarta la lesión cerebral tampoco se afirma que exista. (Mora & Aguilera, 2014). A partir del concepto elaborado por Kirk y Bateman surgen otros aportes con algunas variaciones, probablemente uno de los más difundidos fue el que realizó el Congress of the National Advisory Committee on Handicapped Children en 1968:

Una dificultad específica de aprendizaje significa un trastorno en uno o más procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión y uso del lenguaje hablado o escrito, que se puede manifestar en una capacidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos matemáticos. El término incluye condiciones tales como déficit de percepción, daño cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia de desarrollo. El término no incluye a aquellos niños que tienen problemas de aprendizaje que son resultados principalmente de déficit visuales, auditivos o motores, de retraso mental, de trastorno emocional, o de privación ambiental, cultural o económica. (Mora & Aguilera, 2014 p. 14).

El concepto de dificultades de aprendizaje puede ser visto a través de los aportes que se realizaron en tres periodos:

1) Periodo fundacional o de antecedentes (siglo XIX y 1963): Estos primeros antecedentes se relacionan con los estudios médicos en los cuales los daños cerebrales estaban asociados a la pérdida de ciertas habilidades (Castejon & Nava, 2011). Los estudios realizados se llevaban a cabo con “adultos que habían perdido, como consecuencia de una lesión cerebral, una habilidad que poseían antes de la lesión y cuyos resultados se extrapolaban a niños sin esas habilidades, asumiendo que presentaban el mismo fallo neurofisiológico” (p. 39)

Desde este periodo inicial, las dificultades de aprendizaje poseen unas características que han sido claves en su definición a lo largo del tiempo (Moraza y Del Campo, 2002). En un mismo individuo, se observan contradicciones entre los comportamientos normales y los comportamientos deficitarios. Los comportamientos deficitarios se originan por una alteración en el sistema nervioso central. No hay problemas o deficiencias sensoriales. A pesar de haber recibido la escolaridad propia de su edad, el individuo manifiesta retraso escolar. Y los síntomas se revelan en los procesos básicos (atención, percepción, memoria, regulación del comportamiento, etc.).

2) Período de desarrollo o integración (1963 y 1990): Este periodo se define por su enfoque académico, y en éste fue clave la definición de Kirk la cual ya fue mencionada anteriormente. Además de ello se limitan los criterios para clasificar las dificultades del aprendizaje: “Hay discrepancias entre el potencial de aprendizaje y la realización. Los retrasos académicos no se explican por deficiencias sensoriales, retraso mental ni por circunstancias escolares o culturales. Es necesario emplear otros métodos de enseñanza. Los problemas son de tipo académico” (Castejón & Nava, 2011 p. 42).

3) Periodo actual (1990 hasta la actualidad): Gracias a las contribuciones realizadas en los periodos anteriores se impulsó esta nueva etapa donde se identifican tres concepciones importantes; las dificultades del aprendizaje tienen que ver con lo educativo mas no con lo médico, estas dificultades no se pueden reducir meramente a un problema para aprender calculo, lectura u otras competencias y pueden permanecer a lo largo de la

vida, aunque los sujetos puedan desarrollar otros recursos que les permitan compensarlas (Moraza y Del Campo, 2002). Como señalan Miranda et al., (2000),

La etapa actual se caracteriza por la integración escolar, por analizar las dificultades de aprendizaje a lo largo del ciclo vital y por la diversidad de aproximaciones teóricas para el tratamiento y la intervención educativa. Lo que se persigue ahora es el desarrollo de las competencias básicas en el alumnado con dificultades de aprendizaje, predominando el enfoque educativo sobre el médico, aunque esto suponga una intervención escolar diferenciada y específica (p. 32)

En definitiva, las investigaciones, estudios y publicaciones realizadas en cada uno de los periodos fueron relevantes para la construcción, exploración y abordaje de las dificultades del aprendizaje. Es de señalar que actualmente el campo investigativo continúa ahondando en esta problemática, y si bien hay avances significativos, aún hay discrepancias y puntos ciegos que no permiten una comprensión total de lo que son las dificultades del aprendizaje.

Metodología

Diseño.

Esta es una investigación cualitativa de tipo exploratoria abordada desde el estudio de caso. Un estudio de caso según Yin (1989) es “una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en él, que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas” (p. 12).

Población.

Se trabajó con un niño de 9 años que cursa actualmente tercer grado de educación básica primaria, que presenta *bajo rendimiento académico* según información brindada por la familia, y fue diagnosticado previamente por el área de Neuropediatría, con un trastorno del habla y del aprendizaje no especificado.

Técnica.

Se implementó la técnica de *análisis de contenido*, la cual se constituye en un instrumento investigativo cuyo objetivo es puntualizar de forma organizada, objetiva y sistemática el contenido de una narración. La técnica de análisis de contenido es una metodología que busca interpretaciones objetivas de textos o comunicaciones, utilizando procedimientos

estandarizados que permitan convertir en datos los contenidos de estos textos o comunicaciones (Lopez, 2002)

Procedimiento.

Se realizó una revisión bibliográfica del tema para contextualizar los parámetros de investigación en relación a la alianza terapéutica, para lo cual se examinaron diversas fuentes de documentación; luego, se diseñó una entrevista semiestructurada (ver anexo 2) con base en tres criterios extraídos de Bordin (1979) los cuales fueron: Acuerdo en las tareas; vínculo positivo; y acuerdo en los objetivos del tratamiento. El objetivo de la entrevista fue conocer las ideas y percepciones que tienen tanto el paciente, como sus familiares respecto al proceso terapéutico. De allí se interpretaron las respuestas para construir los resultados y la discusión de la investigación.

Resultados y Discusión

De acuerdo al objetivo planteado en esta investigación el cual fue caracterizar el tipo de alianza terapéutica implicada en un proceso de intervención psicológica en un paciente con problemas de aprendizaje, se encontró acorde a Bordin, (1976), existen tres componentes que influyen en la construcción de la alianza terapéutica, el primero de ellos hace alusión al *acuerdo en tareas*, el cual en referencia al niño evaluado “S.A” y su familia, implicó que ambos consideraran importante generar confianza sobre el proceso, los ejercicios y procedimientos a seguir, lo que permitió conocimiento y claridad acerca del desarrollo del mismo, y a su vez generó la adquisición de herramientas que apoyaron la alianza en progreso. Al respecto Alfonso (2004) señala que la alianza terapéutica es en realidad una alianza, cuyo objetivo gira en torno a ejemplificar, reparar y mejorar en el escenario psicoterapéutico los vínculos rotos en las relaciones fundamentales de los sujetos, aspecto en el que coinciden diversos investigadores (Carretero & Asencio, 2014; Corbella & Botella, 2003; Safran & Muran, 2005)

A lo anterior hay que agregar, que el acuerdo en tareas y la elaboración de los trabajos asignados durante la intervención, fue asociado por el paciente con sentimientos de felicidad generadores de confianza y seguridad. Aspecto que según Watson y Geller (2005)

implica que “los terapeutas que son más empáticos y que muestran aceptación, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo” (p. 1), atributo que constituye una de las bases de alianza terapéutica, porque genera un sistema de intercambio de emociones sobre el que se sostiene los objetivos de intervención y la adherencia al tratamiento, y que suele ser implementado en diversos tipos de intervenciones (Fernández, Mella, & Vinet, 2009). Así las cosas, la alianza terapéutica no solo sirve a la intervención individual, dado que, puede ser implementada también en terapia familiar (Carranza, 2009), en áreas de la salud (Blan, Tomás, & Baute, 2009) y en diversos campos de la intervención psicosocial (Alfonso, 2004).

En el caso presentado, la familia valoró positivamente la relación entre S.A y el terapeuta, puesto que, bajo su criterio se generó un ambiente de confianza que le permitió al paciente expresar de manera segura sus ideas y sentimientos. Esto último de acuerdo a Bordin (1976) se concibe como el *vínculo afectivo* (segundo componente) en el cual se incluyen características como la confianza y la empatía. Según Corbella y Botella (2003), “los factores colaboración y confianza son los definitorios de una buena alianza, a la vez que los predictores de buenos resultados” (p. 1). Al respecto Zukerfeld (2001) señala que una adecuada alianza terapéutica viene de la mano con un apropiado encuadre analítico, lo cual conlleva a que la *mejoría percibida* se vincule a la *mejoría sentida*, de forma independiente de la frecuencia de sesiones, o de la modalidad de las intervenciones. Dichos elementos resultan cruciales en apego del terapeuta y del consultante (Navia & Arias, 2012), aspecto que sostuvo emocionalmente la intervención con el paciente y fue clave para su mejoría y cooperación en tanto cumplimiento de tareas y asistencia a los encuentros.

Según lo expresa Elkin et al., (2014) la *atmosfera terapéutica positiva* (relacionada con la empatía emocional) parece ser uno de los componentes relevantes asociados a la capacidad de respuesta del terapeuta al inicio de la terapia, y a su vez, es un predictor significativo de la evaluación positiva del paciente acorde a la relación terapéutica, al tiempo que influye en la permanencia del paciente en el proceso psicoterapéutico; en este tenor, S.A auto-evaluó su proceso de forma satisfactoria, en ello se evidencio que las actitudes de aprobación, agrado y dinamismo se mantuvieron relativamente estables en las sesiones programadas, lo cual fue el efecto de una *atmosfera terapéutica pro-positiva* en el

que gravitan reticularmente: la confianza, los roles definidos, las tareas con enunciación anticipada y los objetivos de trabajo con logros a corto plazo. Lo anterior, aumentó la motivación al logro, dado que, los refuerzos y aprendizajes generados en tiempos inmediatos, generaron una conciencia del logro positivo a partir de la motivación y el apoyo psicológico y familiar, aspecto que según Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa, y Safran (2014) resulta importante para evitar la ruptura de la alianza terapéutica.

Como tercer componente Bordin (1976) planteo el acuerdo de los objetivos, que para el caso aquí propuesto implicó la colaboración familiar, quienes se involucraron en los refuerzos y tareas en el hogar, por lo que, la mejoría se consolidó como evidencia y respuesta a las inquietudes por las cuales consultaron. En este sentido, cuando la familia colabora los resultados suelen ser mayormente efectivos (Navia & Arias, 2012). Al respecto S.A describió su agrado frente a los objetivos acordados en cada sesión, y ello fue manifiesto en el interés en las actividades propuestas. Lo anterior consintió una apropiada construcción de la alianza terapéutica, ya que, según Safran y Muran (2005) “las causas de las rupturas en la relación terapéutica pueden ser por desacuerdos en las tareas y objetivos” (p. 8), de modo que una adecuada propuesta de actividades y algunas negociaciones sobre estas –en tanto tiempo, intensidad, terminado, etc., - pueden favorecer la idea de que existe flexibilidad y comprensión, y, por tanto, libertad de elección para su cumplimiento (Navia & Arias, 2012). Según lo expuesto, es dable considerar que el acuerdo en el planteamiento de los objetivos interfiere positivamente en la construcción de la alianza terapéutica, aspecto avalado por investigadores sobre el tema (Bermúdez & Navia, 2013; Gómez, 2010; Navia & Arias, 2012).

Al respecto, Butcher (2007) señala que en el tratamiento debe propiciarse “una sensación de que se está trabajando conjuntamente, debe haber acuerdo entre paciente y terapeuta en relación a los objetivos y a los pasos que se seguirán en la terapia y, finalmente, debe haber un vínculo afectivo entre ambos” (p. 8), aspecto que complementa Semerari (2002), al indicar que la alianza será conseguida cuando terapeuta y paciente colaboren, integren y acepten los términos y límites del tratamiento, para lo cual deben estar de acuerdo sobre la urgencia y provecho de los procedimientos adecuados para lograrlo. En la intervención con el paciente fueron claros los objetivos tanto en los

familiares, como en el paciente mismo, de modo que el vínculo afectivo fue manifiesto a través de una atmósfera de confianza y comprensión, mientras que, la cooperación en torno a los procedimientos y tareas fueron claras, objetivas y en gran medida, consensuadas (decisiones de común acuerdo, pero previamente planificadas con base en los requerimientos psicoterapéuticos).

Ergo, las percepciones e ideas manifestadas por S.A y su familia respecto a la intervención se adecuan a los parámetros de efectividad de la alianza terapéutica en lo que toca a los tres componentes planteados por Bordin (1976) «1. *Acuerdo en las tareas*; 2. *Vínculo afectivo*; 3. *Acuerdo en los objetivos*». Estos momentos resultaron característicos y necesarios para la construcción conjunta entre «*terapeuta, paciente y familia*» de una apropiada alianza terapéutica. En el caso de S.A la descripción del proceso refleja el abordaje de estos tres componentes y, además, la implicancia positiva del niño y su familia respecto al proceso, aspecto que conlleva la percepción positiva –agradable, colaborativa, efectiva- de la evaluación y el tratamiento.

Conclusiones

Es indiscutible el papel que juega la *alianza terapéutica* en el desarrollo de los procesos y resultados terapéuticos, es por esto que las diferentes corrientes psicológicas han puesto su atención en este aspecto tratando de conciliar conceptos que coincidan en la interpretación de teorías y prácticas de intervención. Para el caso aquí descrito, Bordin fue uno de los principales autores en el desarrollo del concepto y sirvió como punto de referencia para otros autores que han tratado darle significado a esta relación, de modo que se incluyan también, aspectos las variables que influyen en el desarrollo de la alianza, las emociones, actitudes, climas de interacción, resistencias, etc.

Acorde a lo anterior, las investigaciones y sus hallazgos revelados en la literatura, describen las características significativas que influyen en la relación establecida entre la alianza y el resultado terapéutico, los cuales pudieron ser comprobados en el proceso de intervención plasmado en este estudio de caso. Cabe añadir, que muchos de estas investigaciones coinciden, en que la efectividad del proceso se deriva a factores inespecíficos o comunes que se comparten desde cualquier enfoque, por lo que es el *rapport* y la actitud en torno al clima de confianza, el que plantea los lineamientos de

acción en el proceso, más que las teorías o líneas de intervención de acuerdo a escuelas psicológicas.

De allí que, estos factores interventivos se comprendan como aquellas variables que se conjugan en el marco de la relación paciente-terapeuta, que dependen tanto del ambiente como de los lazos creados a partir de las intervenciones, mismos que deben estar adscritos al manejo de los roles propios de la injerencia y el direccionamiento hacia logros en el trabajo propuesto. En este punto es importante resaltar que Bordin lo define como un ingrediente que busca la aceptación y el trabajo terapéutico, y no desde un aspecto curativo, por lo que, en la intervención con el paciente implicado en el caso aquí propuesto, se buscó más que una aproximación a la cura, el reconocimiento de las habilidades y motivaciones implicadas en el logro de los objetivos terapéuticos, mismos que son coadyuvantes del proceso de recuperación propuesto en el marco del tratamiento.

Por último, la relación que se establece entre S.A y la terapeuta, hace referencia a las variables y componentes definidos por Bordin que apuntaron en este proceso terapéutico a la construcción de la alianza terapéutica, permitiendo tanto al niño como a la familia percibir la intervención y el proceso psicológico de manera satisfactoria y acorde a las expectativas que tenían. Cabe añadir que los aportes y publicaciones que se han llevado a cabo en el constructo de la alianza terapéutica han enriquecido de manera significativa los saberes y experiencia en torno al proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Aponte-Henao, M., & Zapata-Zabala, M. E. (2013). Caracterización de las funciones cognitivas de un grupo de estudiantes con trastornos específicos del aprendizaje en un colegio de la ciudad de Cali, Colombia. *Psychologia*, 7(1), 23-34. Disponible en <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1191/983>
- Bermúdez, C., & Navia, C. (2013). Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333–343.
- Blan, R., Tomás, J., & Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 8(3). Retrieved from <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260
<https://ElEstudioDeCasoYSuImplementacionEnLaInvestigacion-3999526.pdf>
- Bravo-Valdivieso, L., Milicic-Müller, N., Cuadro, A., Mejía, L., & Eslava, J. (2009). Trastornos del aprendizaje: Investigaciones psicológicas y psicopedagógicas en diversos países de Sud América. *Ciencias Psicológicas*, 203-218. Disponible en <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/152/136>
- Caracol Radio (12 de Julio de 2007). El 60 por ciento de los niños en Colombia tienen problemas de lecto-escritura. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence1>
- Carbonell de Grompone, M. (1975). Colonianismo y dislexia. En *El lenguaje lectoescrito y sus problemas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Disponible
- Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2–3), 247–259. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/145>
- Carretero, M., & Asencio, M. (2014). *Psicología del pensamiento*. Madrid: Alianza.

- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. Disponible en <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671/26841>
- Cossio, C. H. (2013). Influencia de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. *Revista Electrónica Psyconex*, 5(7). Disponible en <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/20332/17172>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*, 30(3), 985–994. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731690023.pdf>
- Etchevers, et al. (2016) Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia. Instituto de ciencias básicas y medicina experimental del instituto universitario del hospital italiano de Buenos Aires. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/relacion_paciente_terapeuta.pdf
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23(4), 566-572. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/727/72722232005.pdf>
- Federación de enseñanza de CCOO de Andalucía - FECA. (2009). Boletín Digital de la Federación de Enseñanza de CC.OO Andalucía. Andalucía., Recuperado de <https://www.feandalucia.ccoo.es/gruposi.aspx?p=13&d=518>
- Fernández, P. M., Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Flórez, J. A., & Gutiérrez, C. R. (2017). Neurobiología de los trastornos del aprendizaje y sus implicaciones en el desarrollo infantil: propuesta de una nueva perspectiva conceptual. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(19), 174-192. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=609022>

- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de La Asociación de Psicoterapia de La República de Argentina*, 3(1), 1–21. Retrieved from http://www.apra.org.ar/pdf/_Gomez.pdf
- Lagae L. (2008). Learning Disabilities: Definitions, Epidemiology, Diagnosis and Intervention Strategies. *PediatrClin N Am*, 55, 1259-1268
- Leiva, C. (2005). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Revista tecnología en marcha*, 18(1). Disponible en https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/install
- Louzan, M. (1965). Diagnóstico Global del retardo en lectura. *Boletín del IIN*. 155, 776-784. Montevideo, Uruguay. Lira, M. I. (1990) *Manual de estimulación del segundo año de vida*. Santiago de Chile: Editorial Galdoc. Disponible en https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Diagn%C3%B3stico+Global+del+retardo+en+lectura&btnG=
- Mateo, V., & Vilaplana, A. (2007). Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*, 5, 13-28.
- Mesa, L. S. (2001). Hacia una contextualización de las dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura. *Revista Educación y Pedagogía*, 13(31), 113-133. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/view/24405/19926>
- Millá, M. G. (2006). Atención temprana de las dificultades de aprendizaje. *Revista de neurología*, 42(2), 153-156. Disponible en http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/sec-academica/asignaturas/aprendizaje/Materiales_2014/TAAAtencion_temprana_de_las_dificultades_aprendizaje.pdf
- Molina, M. F., & Maglio, A. L. (2013). Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(2).
- Moya-Cortés, L. (2015). Influencia del estilo personal del terapeuta en la calidad de la alianza. Disponible en <https://repositorio.comillas.edu/jspui/handle/11531/1040>
- Mulas, F., Morant, A., Roselló, B., Soriano, M., & Ygual, A. (1998). Factores de riesgo de las dificultades en el aprendizaje. *Revista de Neurología*, 27, 274-279. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Amparo_Ygual-

[Fernandez/publication/331119422 Factores de riesgo de las dificultades en el aprendizaje/links/54d231d90cf25ba0f0427d09/Factores-de-riesgo-de-las-dificultades-en-el-aprendizaje.pdf](https://www.redalyc.org/publication/331119422/Factores-de-riesgo-de-las-dificultades-en-el-aprendizaje/links/54d231d90cf25ba0f0427d09/Factores-de-riesgo-de-las-dificultades-en-el-aprendizaje.pdf)

- Navia, C., & Arias, E. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885–894. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/647/64724634017.pdf>
- Padilla, G & Ramos, M. (2002). *Psicología del aprendizaje*. México: UNAM
- Pineda, J. A. G., Núñez, J. C., Pumariaga, S. G., Álvarez, L., Roces, C., García, M., ... & Valle, A. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12(4), 548-556.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, IC., Mejía, S. E Gómez, L. F., & Miranda, M. L. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol* 28(4), 365-72.
- Ramírez, C. (2011). Problemáticas de aprendizaje en la escuela. *Revista de la Facultad de la Educación*, 13(1), 43-51. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4777933>
- Ramón, P. R., & Sánchez, J. N. (2009). El entorno familiar y su influencia en el rendimiento académico de los alumnos con dificultades de aprendizaje: revisión de estudios empíricos. *Aula abierta*, 37(1), 117-128. Disponible en [file:///C:/Users/CDCVMZLADMPO249/Downloads/Dialnet-ElEntornoFamiliarYSuInfluenciaEnElRendimientoAcade-3000179%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/CDCVMZLADMPO249/Downloads/Dialnet-ElEntornoFamiliarYSuInfluenciaEnElRendimientoAcade-3000179%20(3).pdf)
- Roselli, M., Ardila, RA, Pineda, D., & Lopera, F. (1997), *Neuropsicología infantil*. Bogotá: Pensar Creativa
- Safran, J., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós editorial
- Signorini, A., & Borzone de Manrique, A. (2003). Aprendizaje de la lectura y escritura en español. El predominio de las estrategias fonológicas. *Interdisciplinaria*, 20(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180/18020102>
- Uzcátegui, A. J., Martínez, C. M., Méndez, L. A., Rivas, P., & Hercilia, J. (2007). Estudio epidemiológico de los trastornos del aprendizaje en escolares, en una consulta de neuropediatría. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 70(3), 81-88

- Watson, J., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 25-33.
- Wechsler, D. (1981). *Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria: WIPPSI*. 2ª ed. Madrid: TEA
- Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria: WIPPSI*. 3ª ed., (Adaptación española). Madrid: TEA Wechsler
- Zapata-Ros, M. (2015). Teorías y modelos sobre el aprendizaje en entornos conectados y ubicuos. Bases para un nuevo modelo teórico a partir de una visión crítica del “conectivismo”. *Education in the Knowledge Society*, 16(1), 69-102 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=535554757006>
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 211-20.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y
DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Yo _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ en calidad de representante legal de _____ identificado con tarjeta de identidad número _____, declaro que se me ha informado con antelación que el proceso psicológico de evaluación o intervención psicoterapéutica, será realizado por el (la) psicólogo (a) practicante _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____; quien se encuentra cursando en el programa de Psicología, o la especialización en clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes, en la Universidad Católica de Pereira. El proceso psicológico que se realizará cuenta con la asesoría y supervisión de un docente especialista en Psicología Clínica.

Se me ha aclarado que la información suministrada durante el proceso es de carácter confidencial y será utilizada a favor del proceso de evaluación psicológica o de psicoterapia. La información sólo podrá ser revelada por el psicólogo a terceros con previo consentimiento del consultante o de su representante legal; excepto en aquellas circunstancias particulares que no hacerlo conllevaría a un evidente daño a la persona o a otros.

Se me ha informado que el tiempo previsto para la evaluación psicológica es de aproximadamente 8 sesiones, y el de la psicoterapia es variable y dependerá del motivo de consulta, de los objetivos terapéuticos que se determinen a partir de la evaluación, y del desarrollo del proceso.

En caso de que el servicio requerido sea una evaluación, serán aplicadas las pruebas psicológicas que el psicólogo considere indicadas; los resultados de dicho proceso serán consignados en el informe psicológico, el cual, en la medida de lo posible, me será socializado antes de enviarlo al destinatario, así como las recomendaciones que se desprendan del mismo.

Se me ha comunicado que durante los procesos de intervención psicológica pueden producirse efectos negativos tales como agudización de los síntomas, aparición de nuevos síntomas, desencadenamiento de crisis o conflictos personales o



interpersonales; y me han informado que el psicólogo me brindará las alternativas que sean pertinentes para manejar dichas reacciones adversas, si ellas se presentaran.

Se me ha informado que tengo derecho a suspender el proceso en el momento que lo desee, sabiendo de antemano que esto dificultará o impedirá el logro de los resultados esperados. El psicólogo podrá interrumpir la prestación del servicio, si el consultante ha faltado a la verdad o al cumplimiento de los acuerdos que fueron establecidos de manera consensuada.

Me ha notificado que debido a que la IPS pertenece a una institución educativa, es posible que algunos aspectos de mi caso puedan ser socializados y discutidos en jornadas de formación para psicólogos, igualmente utilizados para fines investigativos, guardando la reserva requerida en cuanto a mi identidad.

Teniendo claridad frente a lo planteado y habiendo comprendido la información que me han suministrado, doy mi consentimiento para iniciar el proceso de evaluación psicológica o psicoterapia a partir de este momento.

EDAD DEL CONSULTANTE: _____

FIRMA DEL NIÑO/ADOLESCENTE: _____

FIRMA DE LOS REPRESENTANTES LEGALES:

_____ C.C. _____

_____ C.C. _____

TELÉFONOS: _____

FIRMA DEL PSICÓLOGO PRACTICANTE: _____

CÉDULA: _____

NOMBRE DEL ASESOR DE PRÁCTICA/DOCENTE: _____

FIRMA: _____

TARJETA PROFESIONAL No.: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

Entrevista sobre las características de la alianza terapéutica

1. Acuerdo en las tareas

Paciente:

¿Las tareas, cuentos, y demás cosas implementadas que emociones o sentimientos te producen?

Familia:

¿Cree usted que tener un acuerdo en las tareas a desarrollar en la terapia y en la casa resulta importante para la mejoría de su hijo, explique por favor?

2. Vinculo positivo

Paciente:

¿Qué sientes –emociones, sentimientos e ideas- cuando vienes a la terapia?

Familia:

¿Respecto al tratamiento recibido por su hijo, cuál es su idea o percepción acerca de la relación que el niño ha establecido con el psicólogo?

3. Acuerdo en los objetivos del tratamiento

Paciente:

¿Qué opinas –piensas o crees- sobre las cosas que realizamos en la terapia?

Familia:

¿Qué importancia le sugiere el hecho de haber sido informada de los objetivos y procedimientos del tratamiento que su hijo ha recibido a la fecha?

Anexo 3.

Entrevista a S.A

TERAPEUTA: Bueno samu, entonces yo hice tres bolitas, tú sabes (ah te quedo muy bien) que son las emociones.

NIÑO: No

TERAPEUTA: Las emociones son como nos sentimos, a veces como nos podemos sentir.

NIÑO: Triste

TERAPEUTA: Y eso es estar que, triste entonces voy a hacer una carita triste. Préstame este marcador naranja. Yo no sé dibujar muy bien, pero voy... y estas van a hacer las lágrimas y le voy a hacer un poquito de pelo. Listo, otras veces como podemos sentir

NIÑO: Ehhhhh (felices)

TERAPEUTA: (cuidado se me cae de la silla que me da miedo) felices, muy bien con una sonrisa muy grande, está la voy a hacer con un pelito acá, así como si fuera una niña, y otras veces podemos sentir como miedo, uy como mucho miedo.

NIÑO:

TERAPEUTA: Voy a hacer como el miedo con una boquita, así como estuviera temblando del miedo

NIÑO: No, eso es frío

TERAPEUTA: jajajaja, listo entonces, yo quiero que tú me cuentes, quiero que tú me cuentes, cuando tú, ponme cuidado, cuando tu vienes acá, como te sientes.

NIÑO: Feliz

TERAPEUTA: Porque te sientes feliz.

NIÑO: No se

TERAPEUTA: Ay, no sabes. Eh, entonces mira, te sientes feliz, y que cosas de las que hacemos aquí, te hacen sentir feliz.

NIÑO: No, muchas cosas

TERAPEUTA: Ay dime una, dime dos cosas que te hagan sentir feliz.

NIÑO: Pintar

TERAPEUTA: Y que más te hace sentir feliz de venir acá.

NIÑO: Dibujar ya.

TERAPEUTA: Dibujar

TERAPEUTA: Ay dime otra, hay algo más que haga feliz de venir acá.

NIÑO: No

TERAPEUTA: No, bueno listo.

TERAPEUTA: Y cuéntame, cómo te ha parecido todas las actividades que hemos hecho.

NIÑO: Bien.

TERAPEUTA: Te han parecido bien, y porque te han parecido bien.

NIÑO: Son chéveres

TERAPEUTA: Son chéveres, y que es algo chevere,

NIÑO: No, no se

TERAPEUTA: Samu y cuando tu tía te dice, ah samuel alístese que ya nos vamos a ir para donde, como es que me llamo yo.

NIÑO: Valeria, el nombre no me se eso.

TERAPEUTA: Pero, te voy a poner un ejemplo, alístese que se cepille, que se lave la cara, usted entonces que le parece eso.

NIÑO: AY PUES ES QUE

TERAPEUTA: Y cuando te vienes para acá, como te sientes, cuando la tía te dice que ya vienen para acá

NIÑO: No, me quedo así, pintando.

TERAPEUTA: Y si la tía le dice bueno, ya nos vamos, eso como te hace sentir o que piensas.

NIÑO: Todavía son las tres.

TERAPEUTA: Ay que la tía le dice muy temprano y todavía no es la hora, ah y cuando ya se acerca la hora de venir acá, que te parece.

NIÑO: Bien

TERAPEUTA: Por qué te parece bien.

NIÑO: Bien, bien, bien

TERAPEUTA: Bueno, y que más me quieres contar, de cómo te has sentido viniendo acá.

Niño: Bien

TERAPEUTA: Bien, bien

NIÑO: Todo bien

TERAPEUTA: Todo bien y que es todo.

NIÑO: Todo.

TERAPEUTA: y que es todo.

NIÑO: Todo, todo.

TERAPEUTA: Ah y que es todo.

NIÑO: Todo, todo, jajaja

TERAPEUTA: y que es todo.

NIÑO: Todo.

TERAPEUTA: Vamos a hacer una cosa, yo te voy a decir, algunas cosas que a mí me gustan de ti y tú me vas a decir algunas cosas, que te gustan cuando vienes aquí.

TERAPEUTA: A mí me gusta de samuel, que samuel es muy chistoso y hace chistes, a mí eso me gusta de samuel. A mí me gusta de samuel, que samuel es muy atento y hace muy bien las actividades, y a mí me gusta de samuel también que es un niño muy juicioso. Listo, ahora te toca a ti, que te gusta de venir acá. Yo dije tres cosas, tú tienes que decir tres.

NIÑO: Yo digo dos.

TERAPEUTA: Bueno, ¿cuáles son esas dos?

NIÑO: Eh, la primera, la primera cosa es que me coloca hacer algo.

TERAPEUTA: Que lo coloco hacer algo, muy bien y la segunda.

NIÑO: Que no tengo pereza

TERAPEUTA: eso muy bien samu, me alegro que te guste venir y que no te de pereza.

Entrevista a padres

Psicóloga: como les dije les voy a hacer tres preguntitas que tienen que ver con tres aspectos diferentes, ¿sí?, una tiene que ver con los acuerdos que establecimos en un inicio y que hemos establecido en el transcurso para el proceso de Samuel, y hay otra que tiene que ver con la percepción que ustedes tienen frente a la relación que yo he establecido con el niño. Entonces la primera dice que si ustedes consideran importante tener un acuerdo de tareas y de los procesos que se van a desarrollar, en un inicio cuando les hice la presentación de cómo iba a hacer todo el proceso les explique cada uno de los pasos, ustedes consideran eso importante, tener conocimiento sobre ese proceso y porque lo consideran importante

Papá: pues hombre, a ver, yo lo considero importante porque para tener unas herramientas para ayudarlo a él, eh, ¿qué más? **Mamá:** Es importante saber el proceso que se va a manejar con él desde un comienzo, igual usted nos dijo que inicialmente era la evaluación y era lo que más nos importaba a nosotros para saber qué proceso era el que se iba a seguir con él, entonces sí.

Psicóloga: y ahora quiero que ustedes me cuenten respecto al tratamiento o proceso que hemos realizado con Samuel hasta el momento cual es la percepción o la idea que ustedes tienen acerca de la relación que el niño ha establecido conmigo

Mamá: Nos ha gustado porque le generó confianza, usted le generó confianza para el abrirse un poquito más, porque igual él es muy reservado, él es muy reservado y con lo que usted nos ha dicho se nota que adquirió confianza con usted

Psicóloga: El papá algo para añadir,

Papá: no, lo mismo.

Psicóloga: De pronto eh, digamos que la tía ha sido quien ha estado haciendo este acompañamiento, pero Samuel que les ha referido por ejemplo con respecto a su proceso

Mamá: no, que él viene que juega entonces él no dice que perezca ir, no al contrario

Papá: él es animado – **mamá:** él es animado

Psicóloga: Listo, muy bien. Y a ustedes qué importancia, para ustedes qué importancia tuvo el hecho de haber sido informados sobre los objetivos y el procedimiento que se iba a llevar a cabo acá, o sea el objetivo era realizar el proceso de evaluación y el tratamiento las pruebas por ejemplo esta evaluación (wics Iv), para ustedes qué importancia tiene haber sido informados de eso

Mamá: bueno es muy importante porque ahí nos da un concepto de cómo va el niño, igual cuando inicialmente pedimos la cita acá era para saber que deficiencias tenía porque sabíamos que él era muy tímido y todo eso entonces nos gustó la información que nos brindó porque así nos daba una base de cuál era el proceso a seguir

Psicóloga: ¿Algo más? (risas)