

Pasado, presente y futuro de la atención psicoeducativa en un centro privado

Rocío SÁNCHEZ LÓPEZ
Sonia OCA BOHÓRQUEZ
M^a Pilar BERZOSA GRANDE

Centro Psicológico "Intelecto", Jerez de la Frontera, Cádiz (España)

Resumen

La continua mejora de la calidad de atención psicoeducativa es uno de los pilares fundamentales que deben tener en cuenta las instituciones y centros que prestan este tipo de servicio, dado que es un aspecto esencial para responder a las necesidades de los clientes. En este sentido, el presente artículo evalúa el resultado de diez años de intervención educativa en el área de infantil desde una perspectiva descriptiva. El objetivo principal es determinar la evolución de nuestro trabajo tanto en las técnicas utilizadas como en los resultados obtenidos. El análisis se ha llevado a cabo con 277 casos que componen la muestra. Los resultados indicaron que el proceso de intervención llevado a cabo ha sido satisfactorio y sugieren la necesidad de considerar la interacción de múltiples factores para explicar el desarrollo de las mejoras y la importancia de considerar todas las variables contextuales que pueden ejercer influencia sobre nuestros clientes.

Palabras clave: psicología educativa, intervención psicoeducativa, práctica privada, infantil, estudio descriptivo.

Abstract

The continuous improvement of the quality of attention educational psychology it is one of the fundamental props that must bear in mind the institutions and centers that give this type of service, provided that it is an essential aspect to answer to the needs of the patients. In this respect, the present article evaluates the result of ten years of educational intervention in the area of infantile from a descriptive perspective. The principal aim is to determine the evolution of our work so much in the technologies used like in the obtained results.

The analysis has been carried out by 277 persons who compose the sample. The results indicated that the process of intervention carried out has been satisfactory and they suggest the need to consider the interaction of multiple factors to explain the development of the improvements and the importance of considering all the contextual variables that can exercise influence on our clients.

Key words: Educational psychology; Psychoeducational intervention; Private practice; Childhood; Descriptive study.

En los últimos 20 años se ha producido un notable desarrollo de la práctica profesional en el área de la psicología educativa en nuestro país. Sin embargo, su existencia como nos recuerda Guillemard (2006), podría situarse en los primeros trabajos de Alfred Binet en París en 1899, cuando junto con Pierre Vaney constituyeron un laboratorio de psicología y pedagogía en un centro de primaria. La evolución de la profesión en cada país ha ido dando lugar a diferencias respecto a ciertos aspectos específicos, casi

siempre enmarcados en el debate entre quienes consideran que se trata de la aplicación del conocimiento psicológico al contexto escolar y aquellos que sostienen que implica el uso de conocimientos y técnicas de la psicología para estudiar la vida escolar (Woolfolk, 2006). Sin pretender resolver los problemas de la disciplina, quizás un elemento común en las diferentes perspectivas sea el señalado por Berliner (1982), que entiende la psicología de la educación como la aplicación del método científico al estudio del comporta-

miento de las personas en situaciones instruccionales. Esta definición, aunque aún con interrogantes, apela al carácter aplicado de esta disciplina.

Siguiendo esta propuesta, realizar investigaciones para probar relaciones posibles también constituye una de las tareas principales de la psicología educativa, al igual que combinar resultados de diversos estudios para formar teorías que intenten presentar una perspectiva unificada, de cuestiones como la enseñanza, el aprendizaje y el desarrollo (Woolfolk, 2006)

Uno de los planos en el que se ha producido el crecimiento de la profesión es el del ejercicio de la práctica privada en el ámbito psicoeducativo, cuyas singularidades implican funciones específicas.

Podríamos destacar que en este momento, tanto la sociedad en general como las familias en particular, reconocen la necesidad de acercar a sus hijos a una educación lo más amplia y diversificada posible, que les garantice estar bien formados y con mayores posibilidades de alcanzar una vida adulta más solvente y provechosa. En la actualidad, la psicología es una disciplina requerida para explicar las dificultades que pueden presentar los niños y adolescentes a nivel instruccional y que no se ajustan a las expectativas escolares (Zelmanovich, 2006). De esta forma, la atención privada se ha convertido hoy día en una necesidad cuando hay una dificultad mayor que padres y profesores no logran atender, debido a la gran demanda existente y que se constituye como un servicio paralelo a los ofrecidos por los equipos y departamentos existentes en el sistema educativo. Surge de esta forma la labor del profesional privado, que intenta abordar todas las variables individuales y contextuales de la infancia y juventud que les permitan solventar las problemáticas a nivel de aprendizaje y/o de otros trastornos psicopedagógicos.

El estudio que se expone a continuación es un análisis descriptivo y detallado de la evolución de la intervención psicoeducativa en un Centro privado de psicología, del cual esbozaremos brevemente sus comienzos.

En 1990 abre sus puertas en Jerez de la Frontera el Centro Psicológico Intelecto, en un momento en el que la demanda de atención psicológica era escasa y no era socialmente percibida como una necesidad prioritaria (Berzosa & Rinconada, 2010). La práctica psicológica del centro, fundado por Pilar Berzosa, adopta la perspectiva metodológica sistémica, influenciada especialmente por el profesor Ríos González, considerado el padre del estudio y divulgación de la terapia familiar en España (Ríos González, 2009), la Escuela de Milán (Berzosa, 2003), la ecología del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987), la teoría de los sistemas (Bertalanffy, 1976), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1967) y la terapia cognitivo-conductual (Beck, 1976; D'Zurilla & Goldfried, 1971; Ellis, 1980; Kazdin, 1974; ; Meichenbaum, 1977; Meichenbaum & Cameron, 1983; ; Mahoney, 1977; Spivack, Platt & Shure, 1976; Suinn

& Richarson, 1971). El centro atendía en sus inicios exclusivamente a niños y más tarde amplió la atención al área de adultos y familias. Este hecho hace que el equipo humano que trabaja en el Centro haya ido aumentando en número, así como especializándose en cada una de las distintas áreas que lo componen. Este es el caso del área de Psicología Educativa que se introduce como tal área de trabajo desde el año 2000 hasta la actualidad. Esta especialidad junto con la de Psicología Clínica Infantil conforma el que denominamos Departamento de Infancia y Familia.

El Centro Psicológico Intelecto además de prestar servicios psicológicos especializados y contribuir al desarrollo científico y de investigación en psicología clínica y educativa, facilita el desarrollo de formación continuada en el que alumnos en prácticas, de las distintas Universidades con las que colaboramos (UNED, Universidad de Cádiz, Universidad de Valencia, Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén), aprenden de los contenidos propuestos a la vez que nos retroalimentan sobre nuestra labor clínica. Todo esto contribuye a que nuestro centro tenga crédito para la salud pública, siendo reconocido como centro sanitario por la Comunidad Autónoma de Andalucía desde el año 1998.

Durante las intervenciones realizadas en el Centro se pueden conjugar el tratamiento propiamente dicho con un enfoque comprensivo, incluyendo técnicas de diferentes vertientes teóricas. Y dado el enfoque global del Centro, la intervención se ha podido realizar tanto a nivel individual como grupal o familiar. Esta flexibilidad hace que se pueda establecer sesiones de Orientación familiar durante un tratamiento individual determinado o bien al contrario, de manera que puedan plantearse las sesiones individuales que sean necesarias si se está realizando una intervención familiar. Estas características del abordaje intervienen en la mejora general de la demanda del motivo de consulta.

El hecho de estar constituido como equipo aumenta la calidad del trabajo en cuanto que las evaluaciones psicopedagógicas que se realizan, tienen una visión más amplia y mayor objetividad, ganando así mismo a nivel técnico. Por todo ello, la intervención realizada y aquí estudiada abarca las siguientes áreas:

- *Atención a las necesidades educativas especiales.* A través del abordaje terapéutico integral se acometen todo tipo de dificultades de aprendizaje, retrasos madurativos, altas capacidades intelectuales, o discapacidades sensoriales o intelectuales.
- *Abordaje de los procesos de enseñanza y aprendizaje.* En esta área se pretende alcanzar las exigencias académicas, promoviendo cambios sustanciales respecto al análisis, aspectos organizativos, metodológicos o curriculares del alumno en cuestión. Es una tarea que suele realizarse en colaboración con los centros educativos para solventar las dificultades del alumno respecto al rendimiento académico.

- *Orientación familiar y educativa.* Esta área pretende entrenar a los padres sobre aquellos aspectos de la educación de sus hijos en la que presentan dificultades. Las técnicas de modificación de conducta son las más empleadas en esta área.
- *Orientación profesional.* Se trabajan aspectos informativos académicos y profesionales, la transición a una vida activa y la toma de decisiones.
- *Prevención psicoemocional familiar.* Se orienta sobre el funcionamiento familiar como un seno de vulnerabilidad y que podría generar factores de riesgo para problemas psicológicos en los menores.

El objetivo del presente estudio es un análisis descriptivo en relación a la intervención psicoeducativa a lo largo de diez años (2003-2013). Se pretende extraer conclusiones sobre los usuarios, el proceso de intervención y los resultados obtenidos en la muestra seleccionada.

La descripción de los expedientes supone observar cómo ha ido evolucionando la intervención psicoeducativa en nuestro centro. Queremos obtener una visión global y lo más objetiva posible, sin hacer una valoración de la efectividad de las distintas técnicas, sino más bien una descripción del trabajo llevado a cabo durante el periodo analizado y los resultados obtenidos sobre la muestra de 277 clientes.

Método

Muestra

La muestra ha sido seleccionada siguiendo un orden temporal. Están formados por todos los casos (un total de 277) que recibieron atención psicoeducativa en nuestro Centro, desde enero de 2003 hasta diciembre de 2013. En esta muestra se incluyen así mismo los casos que aún teniendo entrada por motivos clínicos se derivan al área psicoeducativa para su posterior proceso terapéutico constituyendo el 11'9% del total de la muestra.

La media de edad de la muestra es de 9.79 años, con una desviación típica de 6.72. Del total de la muestra, el 89'2% pertenecen a la localidad donde se encuentra el centro y el 10'8% viven en las afueras. La cantidad de niños que acuden a consulta es bastante mayor que la de las niñas, constituyendo un 64'3% (178) del total frente a un 35'7% del sexo femenino (99).

El 52'7% de los casos incluidos en la muestra son derivados de conocidos y familiares que ya conocían nuestro trabajo, el 29'2%, son remitidos por otro profesional. El 11'9% han sido remitidos desde el propio Centro pero por otra área de trabajo, el 0'4% vienen remitidos por el pediatra y el 5'8% vienen directamente a través de los distintos medios de publicidad de los que disponemos (página web, directorios y rótulo exterior). La media de sesiones en el conjunto de la muestra fue de 15.

Procedimiento

El análisis se ha realizado a partir de la revisión de cada uno de los expedientes de la muestra y un análisis detallado de los datos más relevantes a incluir en el estudio.

Los resultados de los datos se han obtenido a partir de un análisis descriptivo, siendo codificados en una base de datos desarrollada *ad hoc* y posteriormente trasladados a un fichero de datos elaborado con el programa de análisis estadístico SPSS 16.0

Resultados

Nivel educativo cursado en el momento de la atención

El nivel educativo de los sujetos integrantes de la muestra en el momento de iniciar la intervención se distribuye de la siguiente manera: el 26'4% estaban en primer o segundo ciclo de Educación Infantil, el 40'1% en Educación Primaria, el 24'2% en Educación Secundaria Obligatoria, el 6'9% en Bachillerato, el 1'8% cursaba estudios universitarios y un 0'6% no cursaban ningún tipo de estudios en el momento de ser atendidos.

Motivo de consulta

La tabla 1 muestra el análisis de frecuencias de los diferentes motivos de consulta con los que los usuarios llegaban a nuestro Centro. Estos motivos se han delimitado a fin de facilitar la descripción; no obstante, en muchos casos se daban de manera combinada o tras un motivo inicial emergían otros.

Tabla 1. Tasas de frecuencia por motivos de consulta.

Motivo de consulta	Nº de casos	%
Rendimiento académico	78	28'2 %
Dificultades de aprendizaje	67	24'2 %
Lenguaje	40	14'4 %
Problemas de conducta	26	9'4 %
Desarrollo madurativo	26	9'4 %
Problemas de atención	21	7'6 %
Orientación educativa	11	4 %
Problemas cognitivos	8	2'9

Técnicas de evaluación

El porcentaje de casos que requirieron de una evaluación completa, es decir, de la administración de pruebas específicas además de la entrevista clínica (compuesta por anamnesis, análisis funcional, entrevista familiar y genograma), ha sido de un 55'6 % de los casos. Los instrumentos utilizados en la detección, evaluación y registro de las conductas que constituye el ámbito de intervención de

la psicología educativa son en su mayoría estandarizadas y otras se han adaptado a las características de los clientes de las pruebas ya existentes.

Las pruebas que suelen utilizarse son variadas y van desde pruebas de capacidad y aptitud, pruebas de desarrollo madurativo y neuropsicológico, y de los síntomas emocionales y conductuales.

En la tabla 2, podemos observar una relación de todas las pruebas de evaluación utilizadas en el trascurso de la intervención con los casos aquí estudiados.

Desde nuestra perspectiva, el objetivo de la evaluación no es etiquetar a los usuarios, sino más bien explorar los síntomas que presentan y las posibles variables explicativas del comportamiento de estas personas, que nos permita establecer los objetivos de intervención y ésta sea más efectiva. Las etiquetas diagnósticas sólo se han utilizado en la comunicación entre otros profesionales de la salud y del ámbito educativo en general.

Estrategias y técnicas de intervención psicoeducativa

La intervención psicoeducativa tiene unas características que la diferencia de otras áreas de trabajo (clínica, social, etc.) y por tanto se requieren de unas habilidades específicas. Consideramos fundamental tener un conocimiento teórico, metodológico y aplicado de las técnicas utilizadas y de otras áreas de la psicología para entender al individuo en su totalidad. Para lograr esta integralidad, se requiere conocimientos en aspectos como los procesos de enseñanza y aprendizaje (Coll, 1996), así como en los procesos implicados en las dificultades de aprendizaje, problemas de lenguaje, trastornos del desarrollo, pautas educativas parentales como factores

de riesgo y de protección, así como el conocimiento de las técnicas de evaluación y diagnóstico apropiadas en cada caso en particular. Así, el terapeuta ha de ser flexible, para poder adaptarse a las características propias del individuo y sus problemáticas (Berzosa & Rinconada, 2010).

En nuestra práctica diaria, la intervención terapéutica por tanto dependerá de la problemática expresada, pero siguiendo unas pautas propias de intervención protocolizadas tal y como se va a explicar a continuación.

a) Protocolo de Intervención General en el Área Educativa.

1. Recepción telefónica del caso para solicitud de asistencia. Como hablamos de niños y jóvenes, la mayor demanda está realizada en estos casos por la madre.
2. Recepción del caso, quienes realizan un cuestionario breve sobre los datos personales antes de pasar a la consulta.
3. Entrevista en la que están presentes los progenitores y el usuario en cuestión (niño o joven) y que tiene una duración de hora y media aproximadamente. Recogidos los datos y la demanda inicial se realizan las hipótesis para someter el caso, y para dar una devolución de la información obtenida. Esto quiere decir que explicamos a los progenitores y al propio niño (en función de la información) cual es la situación y el motivo del mantenimiento o bien datos que arrojen luz sobre las posibles causas de su motivo de consulta. Dependiendo de la complejidad del caso en cuestión se estipula, bien realizar una evaluación con pasación de pruebas que incluiría un informe completo, tal y como se explicó anteriormente o bien comenzar con la intervención

Tabla 2. Técnicas de evaluación utilizadas.

<i>Para el análisis inicial y global</i>	- Anamnesis. - Análisis funcional. - Entrevista familiar. - Genograma
<i>Para profundizar en el análisis de variables cognitivas, síntomas emocionales, conductuales, aptitudinales e inteligencia</i>	- Test de Adaptación Autoevaluativo Multifactorial TAMAI (Hernández, 2002). - Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) (Gillis, 1989). - Exploración de Habilidades Sociales. - Test Guestáltico Visomotor Bender (Bender, 1997). - Test de la Figura Humana (Goodenough, 1971). - Matrices Progresivas de Raven (Raven, 1996). - Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención en Niños (García & Magaz, 2006). - Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo ELCE (López Ginés, 2002). - Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg, 2004). - Test de Conceptos Básicos Boehm (Boehm, 1998). - Test de Atención d2 (Brickenkamp & Cubero, 2002). - Cuestionario de estrategias y técnicas intelectuales superior CETI. (Hernanz, 1987). - Test de desarrollo de la percepción visual Frostig (Frostig, 2009). - Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (Dunn, Dunn & Arribas, 1986). - Test Motor Ozoretski (Guilmain & Guilmain, 1971). - Registro Fonológico Inducido (Monfort & Juárez, 1989).

directamente. Las evaluaciones que incluyen pasación de pruebas, por regla general son realizadas por dos profesionales que dan una visión más amplia y objetiva, normalmente suele ser un tándem formado por una psicopedagoga y por una psicóloga con formación clínica; de esta manera se realiza una evaluación que abarca tanto los aspectos educativos, de rendimiento escolar y dificultades de aprendizaje específicas, como los aspectos emocionales que pueden repercutir en las causas o ser consecuencias de la demanda.

4. En caso de realizar una evaluación completa con informe por escrito de los resultados, se informa a la familia sobre los mismos y la necesidad o no, de iniciar un programa determinado: de estimulación general, que incluya todas las áreas de desarrollo (personal, adaptativa, psicomotriz, lenguaje y cognitiva) o específico (normalmente en estos casos son de estimulación del área de lenguaje), programa de método de estudio, orientación educativa, orientación familiar, entre otros. En ocasiones para cerrar un diagnóstico se hace necesaria la derivación del caso a otros especialistas (neurólogos, pediatras, etc.) para completar la evaluación con pruebas médicas oportunas que detecten o descarten problemas relacionados con trastornos más específicos.

b) Intervención psicoeducativa.

El tipo de intervención utilizada ha dependido de las circunstancias de cada caso y la problemática expresada por estos.

- En la intervención de los casos de estimulación general relacionados directamente con la *atención temprana*, el objetivo es actuar como potenciadores del desarrollo, adecuando su entorno y los recursos de los que se disponen a las posibilidades del usuario en cuestión. Para ello es necesario en primer lugar, que la familia comprenda tanto las capacidades que su hijo posee, como las dificultades que pueda plantear y que han de ser reforzadas. La intervención se planifica de forma interdisciplinar, es decir, estableciendo coordinación con los centros escolares que nos permita un trabajo conjunto de cara a incidir positivamente sobre los procesos de aprendizaje y de socialización del menor y de esta forma reforzar el proceso terapéutico influyendo de manera positiva en los diferentes contextos en los que se desenvuelve. Los casos de estimulación suelen tener sesiones con una duración variable. Para los niños de entre dos-tres años la duración oscila entre treinta y cuarenta y cinco minutos y a partir de los tres años y si el caso por las características lo permite, se aumenta el tiempo de atención a sesenta minutos.
- En cuanto a las técnicas de intervención en el área de lenguaje que se han empleado con mayor asiduidad, se

centran en aspectos tales como intervención educativa a las familias, adquisición de requisitos básicos para el lenguaje, la enseñanza de sistemas alternativos de comunicación, la mejora de los niveles fonológico, léxico, semántico, morfológico y pragmático del lenguaje y la enseñanza de la lectoescritura. La inclusión o no de estos aspectos en un programa determinado depende de los problemas y déficits a nivel lingüístico de cada caso.

- Respecto a los casos que presentan *dificultades de aprendizaje*, el objetivo se centra en tratar el ajuste socio-emocional que suelen manifestar los usuarios, interviniendo tanto en la recuperación de las deficiencias académicas, como promoviendo un aprendizaje estratégico y autorregulado en los diferentes planos donde se manifiestan: conductual, social y personal. Los casos de dificultades de aprendizaje se atienden con una frecuencia de dos veces por semana y de una hora de duración cada sesión, al igual que en los casos de intervención en el lenguaje.
- Cuando se trata de intervención más académica y relacionada bien con el *rendimiento académico* o con la adquisición de estrategias para la mejora de éste; se utilizan técnicas de trabajo intelectuales que abarcan desde la motivación (intrínseca y extrínseca), la planificación, la autoestima, o el método de estudio específico, entre otros.
- Las intervenciones en *orientación educativa y familiar* se han realizado con diferentes objetivos como problemas específicos de control de hábitos como el sueño, la higiene o la alimentación, así como para intervenir en problemas de conducta en los menores, sobre todo de tipo externalizantes. En estos últimos casos, se han podido combinar sesiones individuales y familiares, con el objetivo de dotar a los padres de las estrategias adecuadas en pautas de crianza y que permitan un manejo de las contingencias del contexto familiar, cobrando protagonismo la modificación de patrones de conducta desadaptados mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, así como otras encaminadas al fomento de la comunicación familiar, estrategias relacionales como las lúdicas, estrategias de concienciación de los padres como modelos de conducta, entre otras.

Duración media de la intervención

La duración del tratamiento se ha clasificado por número de sesiones a las que los clientes han acudido. El porcentaje más alto, con un 36.8 %, tiene una duración media de entre 0 y 5 sesiones, incluyendo evaluaciones con objeto de obtener un informe, orientaciones puntuales, aquellos donde el terapeuta indica que no hay necesidad de iniciar tratamiento, así como el porcentaje de personas que abandonan la intervención. El 63.20% restante, inician la intervención, destacando que el 24.9 % tiene una duración de más de 30

sesiones. Son estos últimos casos, con un mayor número de sesiones, donde el porcentaje de éxito es también más elevado, ya que para los profesionales significa poder aplicar los procedimientos cuyos resultados apuntan a un mayor nivel de eficiencia. En la figura 1 podemos encontrar el porcentaje de usuarios en relación al número de sesiones al que acuden.

Resultados de la intervención

Los resultados obtenidos se van a exponer en función de dos objetivos: (a) identificar los motivos de finalización de la intervención de todos los casos analizados y (b) establecer la relación entre los motivos de consulta y la manera de finalización de la intervención.

Motivos de finalización de la intervención

La tabla 3 muestra los motivos de finalización que se han recogido de todos los casos que componen la muestra. Como podemos observar, un 29'2 % de la totalidad han sido dados de alta por criterio del terapeuta debido a la consecución de los objetivos propuestos. Un 7'9 % lo componen aquellos que han solicitado el alta, siendo esta corroborada por el propio terapeuta. Sumando los dos supuestos, obtenemos un 37'1 % de altas por mejoría. Un 7'9 % de los usuarios, han solicitado el alta, pero no se ha considerado por criterio terapéutico que los objetivos propuestos inicialmente se hayan conseguido en su totalidad, aunque sí parcialmente. El 2'9 % de los casos se ha derivado a otros profesionales diversos al necesitar el cliente de una intervención específica de otro profesional de la salud (fisioterapeuta, fonoiatra, etc.) El 5'8 % no ha continuado con la terapia debido a problemas económicos y el 1'8 % debido a la lejanía del domicilio. El 20'2% de los usuarios han abandonado el tratamiento sin explicación y por motivos éticos y de accesibilidad no se han podido obtener más datos sobre las motivaciones reales. Por último, sólo el 2'2 % de los usuarios abandona por malestar en el proceso terapéutico y el 1'8 % se interrumpió el tratamiento por consideraciones éticas del propio terapeuta.

Tabla 3. Motivos de finalización de la terapia para la muestra total (N total= 277).

Motivo de finalización	Descripción del resultado	Nº de casos
Sólo evaluación (49 casos)	- No inicia tratamiento.	49
Alta terapéutica (Total: 132)	- Mejora diagnosticada por el terapeuta.	81
	- Solicitada por el cliente.	22
	- Alta solicitada no corroborada por el terapeuta.	22
	- Deja de acudir por consecución de objetivos.	7
Abandono (Total: 83)	- Deja de acudir sin explicación.	56
	- Por malestar en el proceso.	6
	- Por motivos económicos.	16
	- Por lejanía.	5
Interrupción de la terapia (Total: 13)	- Por criterios éticos del terapeuta.	5
	- Por remisión a otra área especialista .	8

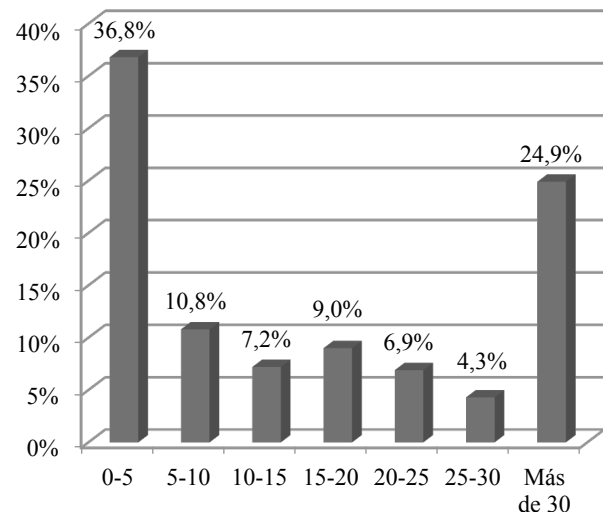


Figura 1. Porcentaje de usuarios por número de sesiones a las que acuden.

Consideramos de importancia que de las personas que continúan la intervención y que componen un total de 132, el 83.3% cumplen criterios de éxito terapéutico. La categoría de “evaluación psicológica”, el 17'7%, corresponde a las personas que han solicitado evaluación inicial de las circunstancias de ese momento incluyendo pruebas diagnósticas, sin la necesidad de iniciar el tratamiento y fijar una siguiente cita. Aunque algunos de estos casos podrían calificarse como éxito, al adaptarnos a la demanda del paciente, preferimos analizarlos separadamente por considerarse intervenciones de naturaleza diferente al no existir un proceso terapéutico y unas técnicas de intervención estructuradas y definidas.

Relación entre el motivo de consulta y resultado del tratamiento

La tabla 4 ilustra la relación entre los motivos de consulta y el resultado obtenido en la terapia a criterio del terapeuta, es decir, analizando cada caso en particular, se ha establecido sin tener en cuenta el motivo de finalización,

si los objetivos establecidos y demandados por el cliente se han conseguido y ha habido una mejora total o parcial de los síntomas, o si estos se han mantenido sin mejora alguna. La mejora total incluiría la consecución de todos los objetivos propuestos tras evaluación inicial y acordada con la familia. La mejora parcial se refiere a la consecución de algunos de los objetivos o parte de estos, propuestos al inicio de la intervención y que es corroborada por el terapeuta, la familia o mediante coordinación con el equipo educativo o profesionales del centro escolar al que el cliente asiste.

Se han excluido los casos donde la terapia no llega a realizarse, bien porque sólo solicitan una evaluación, porque tan sólo necesitan orientación en un tema particular y se resuelve en la primera sesión o porque tras una primera entrevista no acuden a la siguiente cita.

Ya vimos en el apartado de motivos de consulta, que el rendimiento académico supone el porcentaje más elevado de todos los casos atendidos. Excluyendo los casos que no inician una intervención, obtenemos 65 personas que sí la inician, donde el resultado terapéutico más destacado es de la mejora total de los objetivos (49'2%) seguido de una mejora parcial de éstos (38%). Si unimos ambos porcentajes, tenemos un 87.2% de los usuarios de nuestro Centro que tienen un elevado grado de mejora respecto al rendimiento académico (el motivo más demandado).

Respecto al segundo motivo de consulta más demandado, las dificultades de aprendizaje, un 38'77% obtiene una mejora total, el 59'18% de los casos una mejora parcial y sólo un 4% de los casos no tuvo mejoría. Del motivo de consulta referido a problemas de lenguaje, el porcentaje de mejora total fue del 62'06%, una mejora parcial el 27'58% y no mejoraron el 10% de los casos. El resto de motivos, se dispersan, no obstante, si tenemos en cuenta el número total de usuarios (207) que inician la intervención, el porcentaje de mejora total de los síntomas es de 47'34%. Una mejora parcial se observa en el 44'92% y no hay mejora el 7'72% de los casos.

Analizando más detalladamente, los abandonos sin explicación de la totalidad de la muestra encontramos que la edad media de los usuarios es de 14'5 años. Es decir, hay un mayor porcentaje de familias que abandonan la terapia cuando el menor tratado es un adolescente. Es más, si ponemos en relación el motivo de consulta y la forma de finalización de la terapia, observamos que aquellos que solicitan ayuda por problemas de rendimiento académico son los que abandonan más la terapia con un 28'5%, seguido de los problemas de aprendizaje con un 19'6 %, y problemas de lenguaje con un 17'8%. Además, de los 56 casos que finalizan la terapia como abandono, el 25% de ellos lo hacen entre la primera y la quinta sesión.

Conclusiones

Las actuales exigencias escolares y el ritmo familiar, hacen que la atención privada sea un recurso necesario que contribuye a las exigencias educativas de la niñez, llenando en ocasiones el hueco que tanto padres como profesores no pueden cubrir. A su vez, las familias demandan a los profesionales de la educación poder dotar a sus hijos de nuevas habilidades que le permitan sortear los riesgos a los que se enfrentan en la adolescencia y juventud. Sin embargo, trabajar con las familias se plantea como un importante reto cuando nos acercamos al ámbito educativo, al considerarlo como un sistema complejo en el que intervienen distintas personas con diferentes roles y status de poder (Berzosa, Cagigal & Fernandez-Santos, 2009) Si nos ceñimos a la demandas recibidas en nuestro Centro, en la mayoría de los casos la hacen los progenitores, siendo la población más atendida aquellos niños que se encuentran cursando primaria (39'9 %). Con respecto a estos datos, los resultados nos indican una diferencia en cuanto al sexo, habiéndose atendido al 64'3% de niños y el 35'7 % de niñas. Consideramos interesante que esta diferencia puede suscitar posibles estudios futuros que vayan en la dirección de confirmar si los

Tabla 4. Relación entre el motivo de consulta y el resultado de la terapia.

Motivo de consulta	Resultado del tratamiento				
	No inicia*	Mejora total	Mejora parcial	No mejora	Total
Rendimiento académico	13	32	25	8	78
Problemas de atención	10	6	3	2	21
Dificultades de aprendizaje	18	19	29	1	67
Problemas de conducta	3	12	9	2	26
Desarrollo madurativo	5	5	16	0	26
Problemas cognitivos	4	1	3	0	8
Lenguaje	11	18	8	3	40
Orientación educativa	6	5	0	0	11
Total	70	98	93	16	277

*Casos que no inician el tratamiento bien porque sólo solicitan una evaluación, porque tan sólo necesitan orientación en un tema particular y se resuelve en la primera sesión o porque tras una primera entrevista no acuden a la siguiente cita.

niños tienen más problemas de conducta y/o educativos que las niñas, o más bien los problemas asociados a éstos tienen un carácter más externalizante y por tanto más llamativo y es por esto por el que acuden en mayor número a consulta.

Por otro lado, otro de los objetivos planteados, era evaluar la eficacia de nuestro proceder y de todo el proceso de intervención que llevamos a cabo con los usuarios de esta área de intervención. En este sentido, los resultados arrojan datos significativos, ya que el porcentaje de éxito sobre los usuarios que *continúan en el tratamiento (207) es del 92'27%* (suma de las mejoras totales y parciales).

Sin embargo, hay un 20'2% de casos que abandonan sin explicación, algunos de los cuales son por causas forzadas (cambio de residencia, económicos, etc.) y otros por considerar que se logró un cambio suficiente. Algunos estudios informan que es difícil obtener claridad respecto a la relación de variables que motivan el abandono. No obstante sí se ha encontrado que los clientes menores de edad al depender de sus progenitores tienen una mayor probabilidad de abandono terapéutico. (Rondón *et al.*, 2009). Consideramos un objetivo importante de cara a estudios futuros, conocer qué factores tanto sociodemográficos como los relacionados con la problemática infantil y familiar están implicados en el abandono del programa de intervención propuesto. Las implicaciones de los resultados en este sentido, estarían expuestos en términos de estrategias terapéuticas para fomentar la asistencia y mejora de la eficacia.

El estudio de las problemáticas estudiadas también muestra diferencias en prevalencia. El problema más atendido corresponde a los problemas de rendimiento escolar, seguido de las dificultades de aprendizaje y problemas relacionados con la adquisición o desarrollo del lenguaje. Que el rendimiento académico sea el motivo por el que se pide más ayuda, nos indica que los padres conceden importancia a que los niños rindan en las exigencias académicas. Sin embargo, también hemos podido comprobar que son los padres de adolescentes con esta misma problemática los que mayormente abandonan la intervención. Desde esta perspectiva, algunas investigaciones (Berzosa, 2003) evidencian que muchas familias pierden el interés en acudir a la escuela para colaborar, interesarse, o participar en las cuestiones que afectan a sus hijos a medida que estos van creciendo, siendo en Educación Secundaria más complicado establecer planes de trabajo efectivos en coordinación con los padres. Una cuestión fundamental, podría ser el abordaje terapéutico junto con la coordinación entre ambos sistemas (familia-escuela) para poder ejercer una influencia adecuada en estos hijos (Berzosa *et al.*, 2009). Por ello nuestra intervención, desde una perspectiva sistémica, que contempla no sólo al individuo sino al contexto en el que este se desenvuelve hace que no sólo nuestras estrategias se centren en la persona que presenta la problemática, sino también en aquellos contextos donde se ejerce mayor influencia sobre su conducta, fundamentalmente la familia. Desde esta pers-

pectiva, diversos estudios han informado de las relaciones entre el apoyo de los padres y ciertas variables relacionadas con los logros académicos (Balzano, 2002; Martínez, 1987, 1992, 1996; Pérez Díaz, Rodríguez & Sánchez, 2001; Pérez de Pablos, 2003; Peralbo & Fernández, 2003).

Como se ha puesto de relieve hasta ahora, a pesar de las limitaciones de la presente investigación, ésta responde a varias de las necesidades actuales en el campo del desarrollo psicológico y educativo infantil y que hacen presente la necesidad de generar proyectos que capaciten a los profesionales a valorar la eficacia de sus intervenciones. El ser conscientes de los resultados nos sirve para querer mantener la satisfacción personal y sobre todo laboral, evolucionando de manera constante por los beneficios profesionales propios y sobre todo de nuestros usuarios.

Ni que decir tiene, que probablemente las características diferenciales de nuestro centro limitan la generalización de los resultados aquí expuestos, pero todo centro privado que tenga los mismos objetivos de mejora de sus usuarios, tendrán características diferenciadoras y especiales. Por ello, se considera importante que desde otros tipos de centro que trabajen las problemáticas aquí expresadas, se presenten los resultados de cara a seguir la labor de mejora de la atención educativa y psicológica.

Referencias

- Balzano, S. (2002). Las construcciones culturales sobre el éxito y el fracaso escolar y sus implicaciones sobre los modelos educativos en Argentina. *Cultura y Educación*, 3 (14), 283-296.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Bender, L. (1977). *Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas (7ª versión)*. Buenos Aires: Paidós.
- Berliner, D.C. (1982). Psychology. En H.E. Mitzel (Ed.), *Encyclopedia of Educational Research* (pp. 1494-1501). Nueva York: McMillan and Free Press.
- Bertalanffy, L. Von (1968). *Teoría General de Sistemas*. México: FCE.
- Berzosa, M.P. (2003). *Un estudio de casos sobre el uso de la metodología sistémica en el contexto escolar*. Tesis doctoral Universidad de Cádiz.
- Berzosa, M.P., Cagigal, V., & Fernández-Santos, I. (2009). El reto de la orientación familiar en los centros educativos. Una realidad que necesita mejorar. *Apuntes de Psicología*, 27, 441-446.
- Berzosa, M.P., & Rinconada, M.P. (2010) Diez años de psicología clínica infantil y de adultos en un centro privado. *Apuntes de Psicología*, 28, 31-50.
- Boehm, A.E. (1988). *Test Boehm de Conceptos Básicos*. Madrid: TEA.
- Brickenkamp, R., & Cubero, N.S. (2002). *d2, test de atención: manual*. TEA Ediciones.

- Bronfenbrenner, M. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Coll, C. (1996). Constructivismo y educación escolar. Ni hablamos siempre de lo mismo, ni lo hacemos siempre de la misma perspectiva epistemológica. *Anuario de Psicología*, 69, 153-178.
- D'Zurilla, T.S., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 117-126.
- Dunn, L.L.M., Dunn, L.M., & Arribas, D. (1986). *Test Peabody de Vocabulario en Imágenes*. Madrid: TEA.
- Ellis, A. (1980). Rational-Emotive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy & Research*, 4, 325-340.
- Frostig, M. (2009). *Frostig: test de desarrollo de la percepción visual: manual*. Madrid: TEA.
- Gillis, J. (1989). *Cuestionario de Ansiedad Infantil*. Madrid: TEA.
- Goodenough, F.L. (1971). *Test de inteligencia infantil por medio de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Guilmain, E., & Guilmain, G. (1971). *Test motor de Ozeretski. La Reeducación Psicomotriz y el Examen Psicomotor*. Madrid: Mepsa
- Guillemard, J.C. (2006). School psychology in France. En S. Jimerson, T. Oakland, & P. Farrell (Eds.), *An International Handbook of School Psychology*. Londres: Sage.
- Hernanz, C.Y. (1987). *CETI: manual técnico: nivel superior*. Madrid: CEPE.
- Hernández, P. (2002). *Test Autoevaluativo Multifactorial*. Madrid: TEA.
- Kazdin, A.E. (1974). Self-monitoring and behavior change. En M.J. Mahoney, & C.E. Thoresen (Eds.), *Self-control: Power to the Person*. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- López, M., & Rendón, M. (1996). *ELCE: Exploración del Lenguaje Comprensivo y expresivo*. Madrid: CEPE.
- García, E.M., & Magaz, A. (2006). *Escala Magallanes de Identificación de déficit de atención con o sin hiperactividad y de Valoración del trastorno por DAH o por DEA en niños, adolescentes y adultos*. Burceña-Barakaldo: Editorial Albor-Cohs.
- Mahoney, M.J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 5-16.
- Martínez González, R.A. (1987) Clima afectivo y rendimiento escolar. *Aula Abierta*, 49, 79-94.
- Martínez González, R.A. (1992) Factores familiares que intervienen en el progreso académico de los alumnos, *Aula Abierta*, 60, 23-40.
- Martínez, J.M., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia. *Psicothema*, 13 (2), 222-228.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H., & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum, & M.E. Jarenko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- Monfort M., & Juárez Sánchez A. (1989) *Registro Fonológico Inducido (Tarjetas Gráficas)*. Madrid: CEPE.
- Newborg, J. (2004). *Inventario de desarrollo Battelle*. Madrid: TEA.
- Peralbo Uzquiano, M., & Fernández Amado, M.L. (2003) Estructura familiar y rendimiento escolar en Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 7 (8), 309-322.
- Pérez Díaz, V., Rodríguez, C., & Sánchez, L. (2001) *La familia española ante la educación de los hijos*. Barcelona: Fundación "la Caixa" (<http://www.estudios.lacaixa.es>).
- Pérez, S. (2003) *El papel de los padres en el éxito escolar de los hijos*. Madrid: Santillana.
- Pintrich, P.R. (2000). Educational Psychology at the millennium: A look back and a look forward. *Educational Psychologist*, 35, 221- 226.
- Raven, J., & Court, J.H. (1996). *Matrices Progresivas: CMP, SPM, APM*. Madrid: TEA.
- Ríos Gonzalez, J.A. (1984). *Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Ediciones Instituto de Ciencias del Hombre.
- Ríos González, J.A. (2009). Reflexiones sobre la evolución y desarrollo de la Terapia Familiar en España. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 175-196.
- Ríos González, J.A. (2014). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: ACCI.
- Rondón, A., Otálora, I., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Spivack, G., Platt, J.J., & Shure, M.D. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Suinn, R.M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-511.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *La teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Editorial Herber.
- Wololfolk, A. (2006). *El papel de la psicología educativa*. México: Pearson Educación.
- Wittrock, M. (1992). Generative Learning Processes of the Brain. *Educational Psychologist*, 27 (4), 531-541.
- Zelmanovich, P. (2006). Variaciones escolares. De no prestar atención, al síndrome de desatención a las atenciones pedagógicas. En G. Stiglitz (Coord.), *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Buenos Aires: Grama.

