



UNIVERSIDAD DE FLORES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA LIC. EN PSICOPEDAGOGÍA

“LA PSICOSIS INFANTIL: MIRADA DESDE LA PSICOPEDAGOGÍA”

Estudiante: IBÁÑEZ, CARINA ELIZABETH

Legajo: 28687

Directora: DAMONTE, MARIANA

Tutora: DE SOUZA GOUDINHO, SELEDIANA

**Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. en
Psicopedagogía**

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA
UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 01/10/2023

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación 01/10/2023

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del autor:

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	ESTADO DEL ARTE	10
3.	MARCO TEÓRICO	14
4.	METODOLOGÍA	44
5.	EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS POR EJES TEMÁTICOS	47
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
7.	CONCLUSIÓN GENERAL	66
8.	APORTES DE LA INVESTIGACIÓN	68
9.	LIMITACIONES	70
10.	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA	71
11.	PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	72
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
13.	ANEXOS	81

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos estadísticos sobre salud mental a nivel mundial.....	18
Tabla 2. Comparación entre Kanner y Hans Asperger	23
Tabla 3. Edades de comienzos de los trastornos psiquiátricos	25
Tabla 4. Señales de Alerta de 0-6 años	28
Tabla 5. Señales de Alerta de 6-12 años	28
Tabla 6. Definiciones de psicosis infantil según los profesionales	49
Tabla 7. Signos y señales identificados por los profesionales	50
Tabla 8. Intervenciones implementadas según los profesionales	51
Tabla 9 Criterios de evaluación y áreas de intervención	54
Tabla 10. Actividades propuestas en el CET y en el hogar	55
Tabla 11. Articulación institucional y modalidades de intervención	57
Tabla 12. Comparación con antecedentes internacionales y nacionales	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Psicosis infantil y dificultades de aprendizaje	60
Figura 2. Etapas del proceso de intervención psicopedagógica	62

TÍTULO:

**“LA PSICOSIS INFANTIL:
MIRADA DESDE LA PSICOPEDAGOGÍA”**

RESUMEN

El presente trabajo de investigación aborda la problemática de la psicosis infantil desde una perspectiva psicopedagógica. La investigación se centra en el estudio de niños que asisten a un Centro Educativo Terapéutico (CET) de San Miguel de Tucumán. El **objetivo general** del estudio fue describir las intervenciones de los docentes y psicopedagogos en el abordaje de niños con psicosis infantil. Para ello, se adoptó un **enfoque cualitativo**, utilizando entrevistas semiestructuradas a profesionales del CET y revisión bibliográfica actualizada, lo que permitió integrar la experiencia práctica con los aportes teóricos. Los **resultados** obtenidos evidencian que las intervenciones psicopedagógicas en el CET se orientan a la estructuración de entornos predecibles. Asimismo, se identificó la relevancia del juego como herramienta terapéutica y la necesidad de acompañamiento familiar constante. Finalmente, las **conclusiones** señalan que la psicopedagogía tiene un papel fundamental en la atención de la psicosis infantil, ya que aporta herramientas para comprender las particularidades del aprendizaje y diseñar estrategias ajustadas a las necesidades de cada niño. El trabajo propone líneas de intervención profesional que incluyen la estimulación cognitiva, la regulación emocional, el fortalecimiento del vínculo familiar y la articulación institucional, con el objetivo de garantizar una educación inclusiva y significativa.

PALABRAS CLAVES

Psicosis infantil-aprendizaje- enseñanza o estrategias didácticas.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Delimitación del Objeto de Estudio

Este proyecto de investigación nace del interés por explorar el abordaje psicopedagógico de la Psicosis, una problemática que preocupa tanto a las familias como a los profesionales que acompañan cotidianamente en los Centros Educativos Terapéuticos (CET). Los niños/as que presentan este tipo de patología, tienen problemas vinculares, conductuales y por ello es que esta patología no les permite llegar al aprendizaje significativo (Collazo, 2018). Por esta razón, es de suma importancia contar con las herramientas necesarias para saber diferenciar lo que les ocurre a los niños/as, y tener los conocimientos que permitan a los profesionales que tratan a los mismos, realizar valoraciones precisas, conocer en profundidad las causas de los padecimientos, las características que los definen y cómo se manifiestan, de tal forma que se puedan realizar aproximaciones atinadas para intervenir, orientar y acompañar hacia un camino de soluciones y progresos a la persona y su entorno.

Ante esto se proponen las siguientes preguntas de investigación

- ¿Cómo es el aprendizaje en los niños con psicosis?
- ¿Cuál es el abordaje psicopedagógico que se lleva a cabo en los niños con psicosis?

1.2 Planteo del problema

Según lo dicho precedentemente, el presente proyecto nace de la creciente necesidad de abordar, desde una perspectiva psicopedagógica, cómo impacta la estructura psicótica en el aprendizaje, durante la infancia. En los últimos años, se ha observado un aumento significativo de casos relacionados con esta condición en diversos espacios, incluyendo instituciones educativas, Centros Educativos Terapéuticos y el ámbito clínico. La frecuencia con la que

emergen problemáticas vinculadas no solo a la psicosis, sino también a trastornos como el autismo y la esquizofrenia, es alarmante. Estas condiciones se presentan con características únicas que merecen un abordaje especializado y sensible.

Si bien cada una de estas patologías posee diferencias marcadas, existe un desafío común: la falta de conocimiento detallado sobre cómo atenderlas de manera adecuada, considerando las particularidades y necesidades específicas de cada niño. Esto implica reconocer tanto las singularidades propias de cada trastorno como las cualidades individuales de cada pequeño. Comprender a profundidad estas diferencias es fundamental para ofrecer un apoyo verdaderamente inclusivo y efectivo.

Por ello, esta investigación se plantea como un espacio de análisis, reflexión y generación de conocimiento en torno a cómo abordar la psicosis infantil desde la psicopedagogía. Se busca aportar herramientas y estrategias concretas, basadas en evidencia científica y en un enfoque humanista y humanizado, que permitan a los profesionales intervenir de manera adecuada, respetando la individualidad, las necesidades específicas y los ritmos de aprendizaje de cada niño, al tiempo que se promueve su desarrollo integral en todos los ámbitos de la vida.

Asimismo, este trabajo pretende ser un recurso práctico para docentes, psicopedagogos y otros especialistas, proporcionando perspectivas innovadoras y aplicables a diversos contextos educativos y terapéuticos.

Además, se espera que esta contribución no solo fortalezca el campo de la psicopedagogía, sino que también inspire a otros profesionales e investigadores a profundizar en el estudio de estas temáticas tan urgentes y relevantes, fomentando un abordaje más inclusivo, empático y efectivo frente a los desafíos que plantea la psicosis en la infancia. Este proyecto, por

ello, busca ser aporte importante en la búsqueda de una educación y atención integral más equitativa y consciente.

1.3 Fundamentación

Se realizará la siguiente investigación centrada en conocer las particularidades del aprendizaje que presentan los niños con psicosis, específicamente en el ámbito del Centro Educativo Terapéutico (CET) Animar SRL, de Tucumán. Teniendo en cuenta las investigaciones científicas que anteceden hasta las de la actualidad, indagando cual son los principales factores de esta patología y los posibles abordajes psicopedagógicos que se pueden realizar para que estos niños puedan acceder a un aprendizaje significativo teniendo en cuenta futuras metodologías siempre buscando ser ajustadas a las necesidades de cada niño.

Tal como afirma Cámara Borges (2023), la psicosis es una realidad con posibles causas múltiples, y a menudo, “intervienen factores genéticos y biológicos, y las investigaciones indican que los niños que tienen antecedentes familiares de enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de desarrollar psicosis” (p. 6), aunque el entorno en el que crecen los niños puede influir profundamente en su salud mental, ya que situaciones como experiencias traumáticas, abuso o la falta de cuidados adecuados pueden ser desencadenantes importantes en el desarrollo de esta condición.

Asegura la misma autora que los niños que han atravesado niveles significativos de estrés o vivencias difíciles podrían mostrar más signos de psicosis en un ambiente escolar. Por otro lado, ciertas condiciones del neurodesarrollo, como el autismo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), también parecen estar vinculadas a un riesgo más elevado de manifestar psicosis (Cámara Borges, 2023).

Esta investigación se realizará con un enfoque cualitativo, recolectando datos a través de entrevistas a diferentes profesionales de un Centro Educativo Terapéutico, con el propósito de indagar su abordaje, estrategias y técnicas implementadas desde las distintas disciplinas, analizadas desde la perspectiva de la enseñanza. Asimismo, se recurrirá a la bibliografía necesaria para fundamentar y enriquecer el estudio.

1.4 Objetivos de la investigación

2.1 Objetivo General

➤ Describir las intervenciones de los docentes para el abordaje de los niño/as con Psicosis Infantil de un Centro Terapéutico de San Miguel de Tucumán, a fin de conocer las estrategias para la mejora del aprendizaje.

2.2 Objetivos Específicos

➤ Describir qué tipo de intervenciones psicopedagógicas se realizan en niños que padecen Psicosis Infantil de un Centro Terapéutico de San Miguel de Tucumán.

➤ Determinar el nivel o etapa dentro del proceso de aprendizaje en el que se encuentra el niño con Psicosis Infantil de un Centro Terapéutico de San Miguel de Tucumán.

2. ESTADO DEL ARTE

Al revisar las distintas bibliografías consultadas sobre este tema se encontraron tanto a nivel internacional como nacional diversos trabajos de investigación, entre ellos se destacan los siguientes:

En su trabajo titulado "*Alteraciones en la memoria de niños y adolescentes psicóticos: Una revisión sistemática*", González Urrea (2020) explora la relación entre la psicosis infantil y el bajo rendimiento cognitivo, destacando la escasez de estudios existentes en este ámbito. La autora subraya la importancia de comprender el perfil cognitivo de niños y adolescentes con sintomatología psicótica, especialmente en lo relativo a la memoria, como una base fundamental para garantizar un proceso de aprendizaje adecuado. Esta revisión sistemática analiza los tipos de memoria afectados en dicha población y sugiere conexiones con variables como el sexo, la edad y el tipo de trastorno. Para ello, se seleccionaron 17 estudios relevantes de un total de 1130 artículos identificados en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science y Redalyc. Los resultados indican que la memoria de trabajo fue el tipo de memoria más estudiado (82,75% de los artículos), seguida por la memoria verbal, visual y visuoespacial, así como la memoria a corto y largo plazo. En el 70,59% de los estudios analizados, se observó un rendimiento significativamente inferior en estos aspectos en comparación con niños y adolescentes sin sintomatología psicótica. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas según el sexo ni entre distintos grupos de edad. Los hallazgos aportan conocimientos valiosos tanto para el ámbito médico como para el académico, abriendo puertas a intervenciones más precisas y personalizadas para esta población.

Cossío Miravalles (2020), en su trabajo *“Psicosis de inicio en la adolescencia”*, aborda el concepto de psicosis de inicio temprano, definido como un conjunto de síntomas psicóticos graves que pueden manifestarse en distintos cuadros psicopatológicos antes de los 18 años. Este tipo de trastornos psicóticos afecta al 0,4% de la población entre los 10 y 18 años. La revisión bibliográfica presentada en el estudio tiene como propósito recopilar el conocimiento actual sobre la psicosis e identificar estrategias de intervención potencialmente eficaces. En la adolescencia, el componente social desempeña un papel crucial, ya que la búsqueda de pertenencia dentro de un grupo de iguales significativos es una tarea evolutiva esencial. Sin embargo, el estigma asociado a los trastornos psicóticos constituye uno de los principales desafíos que enfrentan quienes los padecen. El autor concluye que los programas de alfabetización en salud mental representan una intervención prometedora para combatir el estigma y el desconocimiento en la población general, favoreciendo así una mayor comprensión y apoyo hacia las personas con este tipo de trastorno.

Castro et al. (2021) señalan que los primeros años de los trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia, constituyen una etapa crítica en la que se producen los cambios más significativos y con consecuencias duraderas. Su revisión sintetiza la evidencia disponible sobre los procesos biológicos tempranos asociados a estas condiciones, destacando la presencia de dificultades cognitivas, alteraciones en la estructura cerebral observadas mediante neuroimágenes y posibles mecanismos inflamatorios implicados en su desarrollo. Los hallazgos muestran que estos cambios se manifiestan principalmente entre la adolescencia y los primeros años de evolución del trastorno, lo que subraya la importancia de implementar intervenciones tempranas y multidisciplinarias para mejorar el pronóstico y mitigar el impacto funcional y cognitivo de la psicosis.

Silva (2023), en su trabajo titulado “*Prácticas psicopedagógicas en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos*”, aborda una temática poco explorada: el tratamiento psicopedagógico y las intervenciones destinadas a niños y niñas de nivel inicial con rasgos psicóticos esquizofrénicos. El objetivo principal de este estudio fue examinar las concepciones que subyacen en las intervenciones realizadas por psicopedagogos en casos de psicosis infantil de tipo esquizofrénico. El enfoque metodológico empleado es cualitativo, con un carácter exploratorio, descriptivo e interpretativo. Para recabar información, se realizaron entrevistas en profundidad de tipo semiestructurado a profesionales psicopedagogos con el fin de entender sus percepciones y estrategias de abordaje. Los resultados indican que, según las profesionales entrevistadas, los pacientes con esta condición muestran afectaciones en las funciones del aprendizaje, ya sea debido a aspectos emocionales o a limitaciones en la flexibilidad cognitiva, las funciones ejecutivas y el pensamiento simbólico. Asimismo, se destacó la relevancia del acompañamiento familiar durante el proceso de intervención y tratamiento. Se resalta la importancia de establecer un entorno donde el niño se sienta cuidado y vinculado afectivamente, ya que esto favorece los avances en su tratamiento. Finalmente, los hallazgos confirman que el tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes requiere un enfoque multidisciplinario para optimizar el pronóstico de los pacientes. Esto implica adoptar un modelo integral que contemple tanto los aspectos situacionales como las perspectivas de los actores involucrados. Además, se concluye que la estructura psicótica aún no está completamente definida en la infancia.

Coloma Sánchez et al. (2023), describe en su estudio “Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de Educación General

Básica y Bachillerato”, que la psicosis precoz es la pérdida de contacto con la realidad en personas menores de 18 años de edad. El principal abordaje terapéutico es la utilización de fármacos, siendo el tratamiento psicoterapéutico fundamental en el manejo de los síntomas y reestructuración cognitiva. Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Scopus, Web of Science y Pubmed y como resultado se obtuvo que el proceso psicoterapéutico a temprana edad muestra mejores resultados debido a la neuroplasticidad del paciente. La mayor parte de las intervenciones psicoterapéuticas trabajan en el déficit neurológico, de todos los abordajes revisados, en el presente trabajo, demuestran que la de mayor eficacia es la Terapia Cognitivo Conductual y las Terapias de Rehabilitación Cognitiva ya que se centran en trabajar en el deterioro cognitivo. La cognición es un indicador importante, por lo tanto, resulta significativo emplear intervenciones psicoterapéuticas que demuestren disminución de los síntomas y se les entrene en la inserción social.

Bruzzo (2023) aborda la articulación entre el trabajo clínico y el contexto escolar en el tratamiento de niños con dificultades subjetivas, proponiendo un cruce entre las prácticas de educar y psicoanalizar. La autora sostiene que los síntomas que se manifiestan en el ámbito escolar se relacionan con las configuraciones objetales del niño y con las características institucionales que pueden favorecer u obstaculizar su proceso terapéutico. El estudio integra aportes de la pedagogía, la historia y la sociología de la educación, así como del psicoanálisis y la medicina social, para pensar la escuela como espacio de transmisión cultural y de subjetivación. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se plantea la necesidad de generar diálogos entre docentes y psicólogos tratantes que permitan alojar la singularidad de cada niño, favoreciendo experiencias educativas y personales que disminuyan el sufrimiento y promuevan la inclusión.

3. MARCO TEÓRICO

Una de las primeras dificultades que se encuentra en el momento de abordar el tema de la psicosis infantil, es la diversidad terminológica que alberga, aspecto que dificulta en gran medida el obtener una definición clara y precisa.

Previo a la definición de psicosis infantil, es relevante definir el concepto de Salud Mental Infanto-Juvenil. De acuerdo a la definición expuesta por la *Health Committee/House of Commons* en su 4º Informe realizado entre 1996 y 1997, recogida en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Aragonés de Salud (2003), los criterios de normalidad en salud mental del niño/joven son:

- Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.
- Progreso en el desarrollo psicológico.
- Capacidad de jugar y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.
- Desarrollo del sentido del bien y del mal.
- Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del niño y de su contexto.

Resulta importante destacar que la atención a la Salud Mental Infantil-Juvenil es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), admitida por los expertos del ámbito sanitario, y avalada por las más altas instancias de orden internacional y nacional.

3.1 Definición

El término psicosis proviene del griego psyche (alma, mente) y del sufijo -osis (proceso patológico), lo que significa, en general, un estado alterado de la mente. Fue introducido por Feuchtersleben en 1845 con el propósito de diferenciar los trastornos psiquiátricos de las neurosis. En el ámbito clínico y psiquiátrico, se utiliza como denominación general para referirse a trastornos mentales graves que afectan a la persona en su totalidad, generando una ruptura con la realidad, ruptura que se manifiesta en delirios, alucinaciones y alteraciones del vínculo y de la conducta, como ocurre en casos como la esquizofrenia o la paranoia (Ban & Ucha Udabe, 1995).

Uno de los conceptos fundamentales de la definición anterior es el “*enfermo mental*”. Tradicionalmente las personas con enfermedad mental son consideradas, como “*locos, enajenados, dementes...*” con matices diferentes según las culturas. Todos estos términos tienen cierto significado de miedo y extrañeza hacia la persona así nombrada, y ésta es una de las razones fundamentales que, junto con la falta de información, explican el estigma que sufren las personas psicóticas.

En la búsqueda de una definición más rigurosa y específica de “enfermo mental”, se puede encontrar la afirmación que sostiene que el enfermo mental es quien pertenece a un grupo compuesto por individuos que enfrentan trastornos mentales graves y duraderos. Estos trastornos afectan significativamente sus habilidades para llevar a cabo actividades cotidianas, como el cuidado personal, el autocuidado, las relaciones sociales y las tareas laborales o educativas, dificultando así su integración social de manera autónoma y normalizada (Lieberman, 2005). De esta definición se pueden extraer dos claves o criterios, que deben cumplirse a la hora de establecer un diagnóstico de este tipo (Congreso de la Nación Argentina, 2010):

En primer lugar, en la definición se hace referencia a un grupo personas con una serie de características similares, por lo que es inevitable hablar de una categorización o clasificación. En función de la clasificación a la que se recurra, se encuentra distintas agrupaciones de los trastornos mentales.

Actualmente, las dos grandes clasificaciones que más se utilizan en Psicología y Psiquiatría son DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), propuesta por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association o APA) y CIE (Clasificación internacional de enfermedades), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada una de ellas cuenta con diferentes versiones, siendo las más actuales ahora mismo la DSM-5 y la CIE-11, aunque resulta importante destacar que, dentro de una misma clasificación, existen variaciones dependiendo de la versión que estemos manejando.

Otra de las definiciones que es importante reseñar es la aportada por el propio manual DSM 5, es la de trastorno mental, al que define como

un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022, p. 14)

En segundo lugar, otro de los aspectos fundamentales de la definición es la interferencia en las capacidades funcionales de la persona, es decir, la presencia de discapacidad. Dichas dificultades, presentes en este colectivo, deben entenderse como:

- limitaciones en la actividad (dificultades en el desempeño y la realización de actividades cotidianas)
- o restricciones en la participación (problemas al involucrarse en situaciones vitales de las personas afectadas).

A pesar de las dificultades es posible conseguir cierta adaptación al medio, el niño con psicosis infantil necesitará apoyo a lo largo de toda su vida. Estos apoyos pueden variar de acuerdo a cada persona, su evolución y el ámbito en el que se desarrollen (laboral, social, educativo, económico, ocio, etc.), en los casos más graves puede llegar a necesitar el acceso a una residencia o institución para personas con enfermedades mentales.

4.2 Clasificación

Hoy en día, el término de Psicosis Infantil *no se encuentra en las clasificaciones internacionales*. Se cree que es más apropiado hablar de Trastornos del Desarrollo, ya que aparecen en las primeras etapas de la maduración y su sintomatología es muy distinta a la de los adultos.

Menciona Arrebillaga (2012) que el concepto de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), según el DSM-IV, engloba diversas condiciones clínicas que comparten ciertos síntomas. En casos graves de alteraciones en el desarrollo, como los Trastornos del Lenguaje Receptivo-Expresivo, algunos niños pueden experimentar una fase de comportamientos aislados. Este término, introducido en la década de los ochenta, se refiere a un grupo de trastornos caracterizados por dificultades en la interacción social, habilidades comunicativas (tanto verbales

como no verbales), actividades imaginativas, y un interés limitado en ciertas acciones que suelen ser repetitivas.

La misma autora clasifica los Trastornos Generalizados del desarrollo en cinco: “(1) Trastorno Autista. (2) Síndrome de Rett, (3) Trastorno Desintegrativo de la Niñez, (4) Trastorno de Asperger y (5) Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado” (Arrebillaga, 2012, p. 40)

Tabla 1

Datos estadísticos sobre salud mental a nivel mundial.

DATOS A NIVEL MUNDIAL
Una de cada cuatro personas, o lo que es lo mismo, el 25% de la población, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.
450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida.
Se prevé que las enfermedades mentales aumenten considerablemente los próximos años.
Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.
Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales.
Entre un 35% y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento.
Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
Menos del 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia

y otras psicosis comenten actos de violencia.

Fuente: Adaptado de Arrebillaga (2012).

4.3 Sintomatología de la Psicosis infantil

Los síntomas pueden ser positivos y negativos y son similares a los que aparecen en los adultos. La sintomatología propia de la psicosis infantil es la siguiente:

- *Ideas delirantes y alucinaciones*, tienden a sobre interpretar estímulos del exterior.
- *Problemas del lenguaje*: discurso desorganizado, lenguaje incoherente, problemas para estructurar el mensaje, desconexión ante enunciados largos, preferencia por la utilización del significado dominante de las palabras, limitaciones a la hora de establecer relaciones causales o inferir información más allá de la literalidad, falta de utilidad.
- Comportamiento desorganizado.
- Alteraciones en la conducta motora.
- Expresión emocional nula o muy escasa.
- Cambios radicales de humor. Estado de ánimo hipomaníaco, que se confunde con hiperactividad.
- Conducta autista o de aislamiento o conductas sociales extravagantes.
- Falta de interacción social.
- Pensamiento poco fluido, poca productividad de pensamiento.
- Incapacidad para iniciar un comportamiento y terminarlo (pérdida de voluntad).
- Fatiga ante las tareas o actividades.
- Disfunciones en una o varias áreas de funcionamiento.
- Fragmentación de la imagen corporal.
- Dificultades para relacionarse con los demás.
- Dificultades para entender y expresar las emociones.

- Ausencia de espontaneidad.
- Problemas para entender las bromas, lenguaje muy literal.

Ciertos síntomas psicóticos alteran el desarrollo psicosocial, cognitivo y desempeño en la vida cotidiana y pueden ser frecuentes en la infancia y la adolescencia. (Cerdán García, 2017). De todos los rasgos expuestos anteriormente, posiblemente uno de los más característicos del trastorno psicótico son las *alucinaciones* y las *ideas delirantes*.

Alucinaciones y delirios son dos términos que se suelen utilizar de forma conjunta, sin embargo, es importante saber diferenciarlos, puesto que no todo aquel que padece alucinaciones tiene delirios y viceversa.

Una alucinación es *una percepción que tiene la persona sin que haya un estímulo físico presente*. El niño que padece una alucinación considera esta percepción como real. No es consciente de que no existe ningún estímulo físico presente.

En función del sentido con el que se relacionen, las alucinaciones pueden ser:

- **Visuales:** Ver algo que realmente no está ahí.
- **Olfativas:** Oler sin que haya nada que desprenda olor.
- **Táctiles:** Notar contacto o presión en partes de su cuerpo, sin que nada físico contacte con la persona.
- **Auditivas:** Escuchar voces, pueden venir de fuera o en ocasiones la persona las “escucha” directamente. Son las más habituales en los niños psicóticos.
- **Gustativa:** La persona nota sabores extraños o desagradables.

Se pueden dar por separado o de forma conjunta; es decir, pueden afectar a un solo sentido o a varios a la vez: una persona puede “ver y oír” a otra persona.

Un delirio es *una creencia que es falsa, extravagante o con una significación personal, no compartida con el resto*. Dicha creencia es rígida e incuestionable y, aunque el niño tenga pruebas claras de lo contrario, sigue interpretando la realidad de esa manera.

4.4 Historia de la Psicosis Infantil

El desarrollo de la clínica psiquiátrica infantil ha sido históricamente más tardío en comparación con la del adulto. Egge (2008) señala que, hasta el siglo XIX, los trastornos mentales en la infancia eran comprendidos bajo la noción de “idioticia”, término que, según Esquirol, aludía a una enfermedad congénita o adquirida en etapas muy tempranas del desarrollo. Esta concepción implicaba que el yo infantil aún no estaba constituido, y por lo tanto, no podía presentar una perversión estructurada o duradera. En consonancia con esta perspectiva, autores como Édouard Séguin, en *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés* (1846), y Moreau de Tours, en *La Folie chez l'enfant* (1888), sostenían que no era posible diagnosticar casos de alienación mental en niños menores de diez años.

No obstante, con la llegada del siglo XX se produce un cambio de perspectiva en el abordaje de los trastornos mentales infantiles. Mardomingo (1994) sostiene que, si bien se ha dicho que la historia de la esquizofrenia es, en cierto modo, la historia misma de la psiquiatría — como plantea Colodron (1983)—, también puede afirmarse que la evolución de las psicosis infantiles ha sido importante en la configuración de la psiquiatría del niño y del adolescente a lo largo del siglo XX.

Según Egge (2008), a lo largo del siglo XX se suceden diversos hitos que marcan la evolución del concepto de psicosis infantil. En 1906, se produce el primer diagnóstico en el que la “dementia” ya no es considerada “idioticia” sino *locura*. Dicho diagnóstico es la “*dementia*

praecocissima”, elaborado por el médico, psicólogo y psiquiatra Sancte De Sanctis. De Sanctis aplica este cuadro clínico a los niños pequeños, en analogía con el diagnóstico de Emil Kraepelin de *dementia praecox*.

En 1909 Heller describe un cuadro clínico similar al de De Sanctis, al que llama “*dementia infantilis*” (en un futuro tomará el nombre de su autor, pasando a llamarse “*dementia de Heller*”), que se caracteriza por una progresiva disminución de las funciones mentales a partir del tercer o cuarto año de vida, que, en el lapso de uno o dos años, alcanza un *cuadro de demencia estacionario*.

Todos estos cuadros se caracterizaban por comenzar en los primeros años de la vida y por acompañarse de estereotipias gestuales, manierismos, pobreza de lenguaje y deterioro progresivo. A partir de aquí y tras la incorporación por Bleuer del término *esquizofrenia* en 1911 para indicar la disgregación y ruptura de la personalidad, se elaborarán los conceptos de *Esquizofrenia Infantil* y de *Psicosis Infantil*.

Más tarde, en 1943, destaca la descripción por parte de Kanner del *autismo infantil precoz* que, unida a la progresiva influencia de la psiquiatría americana, contribuyó a la casi desaparición del término *esquizofrenia* de las publicaciones psiquiátricas infantiles.

Contemporáneamente a la publicación del primer artículo de Kanner, Hans Asperger presentaba el estudio “Die “Autistischen Psychopathen “im Kindesalter” (“Los “psicópatas autistas” en edad infantil”), que fue publicado en 1944. Al contrario de lo sucedido con Kanner, Hans Asperger fue ignorado fuera de los países de habla alemana hasta mediados del siglo pasado, cuando comienza una discusión acerca de las diferencias existentes entre los autistas descritos por Kanner y los descritos por Asperger.

Es a partir de los años ochenta cuando la propuesta de Hans Asperger comienza a tener relevancia a nivel internacional.

Según Egge (2008), Asperger diferencia la psicopatología autista del *autismo esquizofrénico*, puesto que entiende que, en el caso de la psicopatología autista, no se trata de niños con el trastorno en el centro de la personalidad, por lo tanto, no son psicóticos, sino solamente más o menos anómalos, psicopáticos.

Tras esta diferenciación, Egge (2008) establece un cuadro comparativo entre el autismo de Leo Kanner y la psicopatía autista de Hans Asperger:

Tabla 2

Comparación entre Kanner y Hans Asperger

<i>Autista de Kanner</i>	<i>Psicopatía autista de Hans Asperger</i>
Estudia a ambos sexos	Estudia únicamente a varones
Retraso o ausencia total de lenguaje	Adquisición del lenguaje dentro de los parámetros normales
Hábil a nivel motor	Retraso neuromotor, perturbación motora y manual. Es disarmónico.
Nivel de inteligencia comprometido.	Inteligencia normal o por encima de la media.

Nota: datos obtenidos de “El tratamiento del niño autista” M. Egge (2008).

El término psicosis infantil ha incluido tradicionalmente un indefinido grupo de trastornos y las clasificaciones de uso han cambiado a lo largo de los años, denominándose también como “Trastornos Profundos o Generalizados del Desarrollo” (TGD).

Posteriormente, la nomenclatura de los trastornos expuestos por Kanner y Asperger ha pasado por diferentes fases. Hace unos años se diferenciaba entre ambos denominando al primero “*Autismo*” y al segundo, “*Síndrome de Asperger*”. En la actualidad, ambos se consideran fases o etapas de un mismo continuo, llamado “Trastorno del Espectro Autista (TEA)”.

4.5 Abordaje de la Psicosis Infantil

La detección precoz es fundamental ya que, en la infancia detectar las enfermedades mentales es mucho más importante que en otras edades. Esta dificultad se debe a que la capacidad verbal del niño está todavía en desarrollo, lo que hace necesario utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el pequeño. Otra de las razones en las que reside dicha dificultad es el hecho de que casi todos los síntomas pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y éstos surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. En la tabla que se expone a continuación, aparecen las edades de comienzo de los trastornos psiquiátricos (según la OMS, 2005):

Tabla 3

Edades de comienzos de los trastornos psiquiátricos

	EDAD (años)																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Trastorno Reactivo del Vínculo																			
Trastorno Generalizado del Desarrollo																			
Trastorno de Conducta																			
Trastorno del Estado de Ánimo																			
Consumo de drogas																			
Psicosis del adulto																			

Nota: Tomado de OMS (2015)

Todos estos trastornos pueden ser diagnosticados y tratados y, además, para todos ellos existen medidas terapéuticas que pueden mejorar y, en algunos casos, incluso curar. Sin embargo, la ausencia de tratamiento puede conllevar un agravamiento de los síntomas y causar problemas al niño tanto a nivel individual como con su entorno más cercano (familiar, escolar, etc.), de ahí la importancia de la detección precoz.

4.6 Enseñanza y Estrategias Didácticas en Psicosis Infantil

Dado que la presente investigación se centra en el abordaje psicopedagógico, la enseñanza no puede quedar implícita, sino que debe ser tematizada y fundamentada. En este caso, la enseñanza, es entendida como el conjunto de acciones intencionales que buscan favorecer el aprendizaje, adquiere un carácter particular cuando se trata de niños con psicosis infantil.

En este contexto, las estrategias didácticas no pueden limitarse a la transmisión de contenidos, sino que deben orientarse a la mediación psicopedagógica, la construcción de vínculos y la adaptación a las singularidades cognitivas y emocionales de cada niño. La mediación psicopedagógica se torna relevante porque constituye un proceso de intervención que busca favorecer el aprendizaje y el desarrollo integral del sujeto mediante la creación de condiciones didácticas y vinculares que permitan superar obstáculos cognitivos, emocionales y sociales.

Tal como plantea Tello (2016), se trata de una práctica que articula la enseñanza con la psicopedagogía, orientada a generar estrategias inclusivas y significativas que promuevan la construcción de conocimientos y la participación activa del estudiante en su propio proceso formativo. En el caso de la psicosis infantil, esta mediación adquiere un carácter esencial, ya que los niños presentan dificultades vinculares y cognitivas que obstaculizan el acceso al aprendizaje significativo (Collazo, 2018).

Las estrategias de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la psicosis infantil, presentan algunas dimensiones que es importante resaltar. En primer lugar, la enseñanza en el contexto de la psicosis infantil requiere ser concebida desde un enfoque inclusivo y humanizado, tal como señala Silva (2023), el acompañamiento afectivo constituye un componente esencial en las prácticas psicopedagógicas con niños que presentan rasgos

psicóticos. Esto implica que se debe articular la dimensión emocional y vincular con la dimensión cognitiva, favoreciendo un proceso integral que contemple tanto las necesidades afectivas como las capacidades intelectuales de cada niño.

Además, resulta imprescindible considerar la implementación de estrategias diferenciadas. González Urrea (2020), por ejemplo, destaca que las alteraciones en la memoria y otras funciones cognitivas condicionan de manera significativa el rendimiento escolar. Por eso, las estrategias didácticas deben incluir apoyos específicos en memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y pensamiento simbólico, ajustando las tareas a las capacidades reales de cada niño.

Otro aspecto fundamental es la prevención del estigma en salud mental. Cossío Miravalles (2020) subraya la importancia de programas de alfabetización en salud mental como herramienta para combatir el estigma asociado a los trastornos psicóticos, y eso, en el ámbito educativo, se traduce en estrategias didácticas que promuevan la comprensión y aceptación de la diversidad, favoreciendo un entorno inclusivo en el que los niños puedan desarrollarse sin prejuicios ni discriminación.

La enseñanza en el contexto de la psicosis infantil no puede reducirse a técnicas estandarizadas, sino que requiere de estrategias didácticas adaptadas, inclusivas y humanizadas, que reconozcan las limitaciones cognitivas y emocionales, pero también las potencialidades de cada niño.

4.7 Señales de Alerta

Se entiende por señales de alerta aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de

trastorno psicopatológico. Hay que tener en cuenta que estos signos deben estar presentes durante cierto período de tiempo y no responder a una situación puntual y transitoria Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). Algunas de las señales que deben alertarnos de la posible presencia de una psicosis son:

Tabla 4

Señales de Alerta de 0-6 años

SEÑALES DE ALERTA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL (0-6 AÑOS)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla. ❖ No responde a los estímulos sociales o alterna el apego excesivo con la falta de contacto. ❖ Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, hiper interrogación, etc. ❖ Aislamiento con los compañeros y/o con los padres.

Nota: Tomado de Servicio Aragonés de Salud (2008).

Tabla 5

Señales de Alerta de 6-12 años

SEÑALES DE ALERTA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA (6-12 AÑOS)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desconexión de la realidad. ❖ Agresividad y otros problemas relacionales con los compañeros y/o los padres. ❖ Retraimiento, pasividad e introversión excesivas. ❖ Falta de amigos íntimos, evitación de las actividades de grupo. ❖ Deterioro del funcionamiento académico, familiar, social y personal. ❖ Comportamientos extravagantes.

- ❖ Manifestaciones afectivas anormales.
- ❖ Discurso verbal extraño, ideas inusuales.
- ❖ Delirios y alucinaciones.

Nota: tomado de Servicio Aragonés de Salud (2008)

El hecho de que un niño pertenezca a un grupo de riesgo o presente alguno de los signos de alarma, no implica necesariamente que ese niño vaya a desarrollar sí o sí alguna enfermedad mental, pero deben servirnos como señal para estar atentos a la evolución de dicho niño y actuar lo antes posible en el caso de que sea necesario.

De igual forma, la presencia de un trastorno mental en un niño, entre ellos la psicosis infantil, no implica que la evolución de dicho niño siempre sea hacia un trastorno de más gravedad, ya que muchos casos mejoran con la intervención terapéutica, de ahí la importancia de la detección precoz.

4.9 Diagnóstico del Trastorno

Cuando se sospecha la presencia de un trastorno psicótico, se pone en marcha un proceso compuesto por diferentes fases en el que intervienen diversos profesionales, cuyo objetivo final es llegar a un diagnóstico que permita al niño recibir la atención necesaria tanto a nivel salud como a nivel educativo. Este diagnóstico se realiza a través de dos vías estrechamente relacionadas entre sí:

- El diagnóstico clínico, realizado por especialistas como el pediatra y los profesionales de Salud Mental Infantil o Psiquiatría Infantil, quienes evalúan los síntomas y determinan el cuadro clínico correspondiente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).
- El diagnóstico educativo, llevado a cabo por el Equipo o Gabinete Interdisciplinario Educativo, que valora las necesidades educativas y pedagógicas del niño y establece la intervención terapéutica acorde a las necesidades que éste presente (Palacio Ramírez, Henao López & Ramírez Nieto, 2006).

Una vez que el paciente accede al Servicio de Salud Mental Infantil, es atendido por un equipo multidisciplinario que lleva a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas requeridas. Dicho equipo suele estar compuesto por psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera y trabajador social. Tras el proceso diagnóstico, se decide incluir al paciente en programas asistenciales específicos o en un tratamiento individual con el enfoque terapéutico que los profesionales estimen conveniente (Coloma Sánchez et al., 2023).

En lo que respecta al diagnóstico educativo, la figura que inicia el proceso varía según el niño esté escolarizado o no. Si no lo está (niños entre cero y tres años), son los padres o tutores quienes solicitan la evaluación psicopedagógica, generalmente motivados por la presencia de discapacidad o un grave retraso en el desarrollo (Silva, 2023).

Cuando el niño está escolarizado en una escuela pública, el proceso lo inicia el docente, quien informa al director del establecimiento educativo sobre la sospecha de un trastorno. Tras comunicarlo a los padres, el director solicita al Gabinete Psicopedagógico correspondiente que se realice una evaluación psicopedagógica. Esta evaluación implica la recolección, análisis y valoración de información relevante sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el objetivo

de identificar necesidades específicas de apoyo educativo y proporcionar una respuesta adecuada (Palacio Ramírez et al., 2006).

La evaluación psicopedagógica involucra al tutor, al equipo docente y a la familia, y puede incluir aportes de otros profesionales. Posteriormente, el Gabinete elabora el informe psicopedagógico, que recoge las conclusiones de la evaluación y orientaciones para mejorar las condiciones educativas y favorecer el desarrollo personal y académico del niño. En casos de psicosis infantil, este informe indicará que el alumno presenta necesidades educativas especiales (NEE), encuadradas dentro de la categoría de “Trastorno mental” (Cámara Borges, 2023).

4.10 Tratamiento o Intervención Terapéutica

Las intervenciones terapéuticas para el tratamiento de la psicosis infantil son diversas. Independientemente de la estrategia utilizada, los objetivos prioritarios deben ser:

1. Hacer emerger al individuo como persona.
2. Proporcionar la posibilidad de una comunicación auténtica consigo mismo y con los demás (Filloux, 2000; Schlemenson, 2015).

a. Tratamiento farmacológico

Aunque no siempre es necesario, el tratamiento farmacológico suele ser habitual. En los casos que lo requieren, el psiquiatra evalúa al niño y puede indicar el uso de neurolépticos, antipsicóticos pediátricos y/o sedantes. Estos fármacos buscan reducir síntomas que afectan significativamente la vida cotidiana, como crisis de angustia, agitación motriz, conductas de automutilación, destructividad, alucinaciones o insomnio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

Como sucede con otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, estos no están exentos de efectos secundarios. Sin embargo, en algunas formas graves de psicosis, su uso prolongado puede ser necesario (Arrebillaga, 2012).

b. Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia es una terapia individual basada en la palabra, es decir, una intervención terapéutica en la que el sujeto explica lo que le sucede. Según Marcelli y Ajuiguerra (1996), este tipo de tratamientos conceden un importante papel a la utilización del lenguaje como medio de comunicación, confiriendo un sentido especialmente transferencial a los síntomas o acontecimientos presentes y pasados de la vida del niño.

Las psicoterapias constituyen un enfoque básico de las psicosis precoces. Sin embargo, en el caso de los niños, al ser tan pequeños, su utilización del lenguaje se encuentra todavía limitada debido al momento evolutivo en el que se encuentran.

Debido a esto, se utilizan técnicas como el juego, la conversación o la expresión artística para facilitar la comunicación entre el niño y el psicoterapeuta.

c. Tratamiento basado en la psicomotricidad

La terapia psicomotriz entiende el desarrollo infantil como una unidad de movimiento, experiencia, pensamiento, sentimiento y acción. En relación con esto, cabe mencionar que el sustantivo “*psicomotricidad*” expresa la conexión entre los procesos psíquicos y los motores.

Aucouturier (1991 citado en Egge, 2008), inspirándose en los trabajos de Esther Bick y Frances Tustin, ha inventado un método de psicomotricidad de inspiración psicoanalítica y lo ha

aplicado en niños psicóticos. Su práctica psicomotora se inicia con la autopercepción sensorial, para incluir sucesivamente un juego de tipo relacional.

En los niños que presentan psicosis infantil, la terapia psicomotora individual o de grupo que incluya la utilización de un objeto mediador, es una de las más utilizadas puesto que, en los niños con regresiones muy notables, desorganizados o angustiados, las intervenciones de este tipo ayudan a favorecer una reestructuración física y/o psíquica.

d. Acciones terapéuticas dirigidas a los padres: apoyo y orientación a los padres

Tal y como afirma Jiménez (2005), es muy importante trabajar con el entorno del niño psicótico, puesto que, no se debe olvidar que son personas en desarrollo y, por lo tanto, influenciables por el entorno. Además, la propia problemática mental y las dificultades en general, pueden provocar reacciones en este mismo entorno que produzcan respuestas que aun empeoren más la situación. Por ello, es importante trabajar para que se produzca una respuesta social positiva (familia, escuela, barrio...), que acepte, contenga e integre al niño con ciertas dificultades, favoreciendo su evolución.

Una de las piezas clave de este entorno del niño van a ser sus padres. La intervención terapéutica dirigida a los padres y contando con ellos es un principio admitido prácticamente por todos los especialistas clínicos; sin embargo, es conveniente respetar la disponibilidad psicológica de los padres, su deseo de participar o, por el contrario, de distanciarse, y su deseo de comprometerse o no en un trabajo de profundización.

Aun así, los profesionales son conscientes de que la ausencia total de los padres en la asistencia procurada a su hijo conduce a situaciones perjudiciales para la continuidad de los cuidados del niño. Por ello, es necesario recomendar a los padres la intervención terapéutica que están capacitados para aceptar y asumir.

Algunas de las acciones terapéuticas más comunes dirigidas a los padres son: la orientación parental, el apoyo psicológico, la terapia familiar, la participación en un grupo de padres y la psicoterapia individual.

4.11 Intervención Psicopedagógica

Desde el punto de vista epistemológico esta investigación se centra en el paradigma interpretativo desde un enfoque cualitativo y psicoanalítico.

“El psicoanálisis es un método que tenía como objetivo la investigación y el tratamiento de enfermedades mentales. Se basa en el análisis de los conflictos sexuales inconscientes que se originan en la niñez” (Freud 1856-1939).

Este proyecto se sitúa en los dos pasos de génesis de Freud “*el yo de la realidad*” y “*perdida de la creación de una realidad nueva*”, que, en el delirio, más exactamente se procura sustituir la realidad. La psicosis obedece a causas externas, es decir, es provocado por un conflicto entre el yo y el mundo exterior que desencadena en el individuo delirios que constituyen la reconstrucción de la parte de la realidad que resulto dolorosa para el sujeto. En este sentido, la psicosis para Freud supone una pérdida de la realidad.

Díaz (2005), afirma que el abordaje de la psicosis infantil no puede limitarse a una única intervención, por lo general, se requiere un conjunto integral de medidas que incluyen diagnóstico temprano, pruebas complementarias, análisis de sangre y orina, estudios cromosómicos y neurológicos, además de evaluaciones completas tanto oculares como otológicas. Asimismo, es fundamental llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico y psicopedagógico con el niño, junto con un acompañamiento psicológico y de apoyo práctico dirigido a la familia.

Para la autora estos elementos deberían constituir el eje de todo tratamiento de la psicosis infantil. Plantea el tratamiento psiquiátrico posible desde una unidad de salud mental.

Respecto al trabajo del psicopedagogo/a con el niño, lo que es común a los docentes y a al psicopedagogo, es el deseo de proponer al niño medios que le permitan conseguir una mejor inserción social y el mayor nivel de desarrollo posible.

Cerdán García (2017) en su libro “Psicosis Infantil: Una guía para entenderla y convivir con ella” define a la Psicosis infantil como la patología en la que los niños no distinguen entre su realidad interna (fantasías y fantasmas) y el mundo externo. Estos niños tienen una percepción de la realidad alterada. De forma que viven sus miedos como algo real. Este trastorno afecta al desarrollo, conducta y percepción del niño.

Algunas veces se ha confundido erróneamente la psicosis infantil con el autismo, sin embargo, los niños psicóticos no tienen por qué presentar una actitud de aislamiento en la que se evita el contacto con los demás. La psicosis infantil suele basarse en una distorsión de la realidad. No es común que la psicosis comience antes de los 12 años de edad, sin embargo, sí que pueden darse algunos casos de psicosis infantil.

Según Filloux (2000) en el libro “El Psicopedagogo en el desorden Psicótico” define a la personalidad como algo único, como una integración, organización de funciones, es propia de cada individuo, aunque tenga rasgos en común con otros y se afirma como un estilo a través de la conducta. Los niños con Psicosis presentan un yo hipersensible y vulnerable por mecanismos débiles que son inválidos por diferentes estímulos, llegando a la desconexión con el medio.

Los autores Palacio et al. (2006) mencionan sobre las posibles intervenciones psicopedagógicas, que se refieren a un conjunto de conocimientos, metodologías y principios teóricos que posibilitan la ejecución de acciones preventivas, correctivas o de apoyo, desde múltiples modelos, áreas y principios, dirigiéndose a diversos contextos. Dichas intervenciones psicopedagógicas que ha de necesitar una formación y práctica específica en estos cuadros, dada

la necesidad de un alto nivel de frustración y el uso de técnicas diagnósticas por parte del profesional.

Schlemenson (2015) en “La clínica y tratamiento psicopedagógico” describe que:

El aprendizaje como un proceso a partir del cual el sujeto construye novedades en interrelación dialéctica con los objetos sociales disponibles.

Los problemas de aprendizaje verificables en sus formas restrictivas de simbolización que no se inician en la escuela, sino que han sido acuñadas y toleradas históricamente por sus progenitores (p. 205).

El discurso parental y la riqueza de las relaciones iniciales son entonces los elementos distintivos que anteceden y anticipan el modo con el cual el niño podrá desplegar sus expectativas de apropiación y dominio en el campo social, previamente catectizado por sus padres, quienes transfieren al psiquismo infantil el deseo de conquista de nuevos objetos. (Schlemenson, 2015).

Oliveira (1969), a través de su libro “El aprendizaje y la psicosis” define al aprendizaje como el resultado del esfuerzo del individuo humano para adaptarse en el mundo en que vive, a través de la captación de sus características y modos de funcionamiento, en el transcurrir de todo su periodo vital. Es por ello que “el desarrollo cognitivo envuelve el desarrollo de procesos fundamentales, no solo en la adquisición de cualquier parcela específica de conocimientos e informaciones. Es un aprendizaje que se realiza a través de sus situaciones vivenciales y donde se procura entender el significado de las reacciones presentadas por los niños.

En lo que respecta a lo pedagógico, es más importante que las técnicas y los recursos motivacionales utilizados, sean los sentimientos del niño que realmente lo lleven a participar activamente del proceso de aprendizaje. El objetivo es proporcionar el máximo de confianza y

seguridad, funcionando el ambiente como un punto de referencia estable, que permita la introyección de nuevos modelos para mejor caracterizar y generalizar experiencias. Para concluir la autora agrega que los niños con psicosis, y la aceptación de sus Conductas, ya que caracterizan a un niño con dificultad de relacionarse. Sin embargo, esa aceptación no es pasiva. La actuación se centra en la valoración de sus aspectos sanos, objetivando despertar el interés de los niños por sí mismos, llevarlos a descubrir sus potencialidades y a creer en el afecto de las personas, a pesar de sus limitaciones. Los investigadores han tomado determinados aportes:

El tratamiento psicopedagógico está dirigido a la asistencia de niños y adolescentes que presentan problemas en su aprendizaje, derivados al mismo por no alcanzar el nivel medio requerido para el dominio de los conocimientos escolares. La organización del tratamiento psicopedagógico de un niño parte de los puntos de fijación libidinal predominante que capturan sus energías psíquicas, para atender a la elaboración de los conflictos persistentes que imposibilitan su circulación dinámica (Schlemenson, 2015).

El tratamiento de la psicosis infantil, por lo tanto, no puede reducirse nunca a una sola intervención. Es necesario habitualmente un conjunto de intervenciones de naturaleza diferente: diagnóstico precoz; exámenes complementarios: análisis de sangre y orina, estudio cromosómico; neurológico; exploración oclusiva y otológica completa; trabajo psicoterapéutico y psicopedagógico con el niño; trabajo con la familia: psicológico y de ayuda práctica. Estos elementos deberían constituir el eje de todo tratamiento de la psicosis infantil (Díaz, 2005).

Con respecto al trabajo psicopedagógico con el niño, lo que es común al psicopedagogo/a y al profesor de pedagogía terapéutica, es el deseo de proponer al niño medios que le permitan conseguir una mejor inserción social y el mayor nivel de desarrollo posible; estos medios pueden buscarse en común a partir de las competencias especiales de cada uno. (Tello, 2017).

4.12 Concepto y Naturaleza del Aprendizaje

El concepto de aprendizaje es central en la psicología y la educación, y aunque existen múltiples enfoques para su definición, las perspectivas académicas contemporáneas enfatizan que es un proceso complejo que resulta en cambios duraderos en la capacidad de un individuo.

El aprendizaje, en su definición más concisa y generalmente aceptada en el ámbito académico, se entiende como “un cambio perdurable en la conducta o en la capacidad de comportarse de cierta manera, el cual es resultado de la práctica o de otras formas de experiencia” (Schunk, 2005, p. 4).

Esta definición establece, en principio, tres criterios cruciales para diferenciar el aprendizaje de otros tipos de cambios:

- Implica un cambio cognitivo, es decir, se adquiere la capacidad de hacer algo de forma diferente. Si bien el aprendizaje en sí no se observa directamente, se infiere a través de sus productos o resultados. Pero no es un cambio únicamente conductual, sino que es un cambio cognitivo que se refleja en una modificación de la conducta (Mayer, 2008).
- El cambio debe ser relativamente permanente y no efímero, como, por ejemplo, los cambios temporales debidos a la fatiga, la enfermedad o el uso de sustancias.

- Además, ocurre por medio de la experiencia, es decir, debe ser resultado de la práctica o la experiencia personal, y no de factores de maduración o estados fisiológicos como lesiones cerebrales.

Se coincide generalmente, en que la forma en que se concibe el aprendizaje varía según la perspectiva teórica. Tradicionalmente, las teorías se han agrupado, a menudo reflejando metáforas sobre cómo ocurre la adquisición de conocimiento (Mayer, 2008), para quien puede darse dicha reunión en tres grandes categorías: la que se centra en la intensificación de la respuesta (asociada al conductismo, enfocada en añadir nuevas respuestas al repertorio), la que se detiene en la adquisición de conocimientos (se desarrolló en las décadas de 1960 y 1970, y lo concibe como la transferencia de información de un experto a un aprendiz, como "rellenar un vacío" (Mayer, 2008, p. 40), y la última que se vincula con la construcción del conocimiento (una concepción constructivista, donde el que aprende lo hace activamente y crea representaciones mentales y da sentido a sus experiencias).

Actualmente, el aprendizaje es entendido como un proceso complejo, una construcción individual que está inherentemente determinada por una articulación de condiciones internas (no visibles) y externas (visibles). Ziporovich (2010) lo concibe como:

una construcción individual determinada por condiciones sociohistóricas, culturales e institucionales; constitutivo de la identidad personal, en el que juega un papel determinante las relaciones interpersonales, las prácticas sociales, la diversidad de intercambios simbólicos que se producen en distintos espacios institucionales, formales y no formales, ya sea en la vida cotidiana o en instituciones específicas (p. 143).

Se puede afirmar que, en los contextos educativos, el aprendizaje más efectivo es aquel que permite la transferencia de lo aprendido a nuevos contextos, es decir, cuando se pueden utilizar los saberes y las prácticas conocidas para realizar tareas en nuevas situaciones. La transferencia, que es un tema fundamental del aprendizaje, es definida como la aplicación del conocimiento en nuevas formas y situaciones, o en situaciones conocidas con contenido diferente (Schunk, 2005).

En este sentido, el aprendizaje no es un fin en sí mismo, sino el medio por el que el que aprende se transforma en alguien que conoce (Navarro Guzmán & Martín Bravo, s.f.), logrando el dominio de un saber al adquirir una serie de habilidades, practicarlas e integrarlas para desarrollar una mayor fluidez y aplicar el conocimiento en diversos contextos.

4.13 Barreras para el aprendizaje que presentan los alumnos con psicosis infantil

Los síntomas que presentan los niños con psicosis infantil generan una serie de barreras para el aprendizaje a las que el Sistema Educativo Argentino debe dar una respuesta adecuada.

Cámara Borges (2023) aborda las necesidades educativas de un niño con psicosis desde una perspectiva inclusiva y pedagógica. Según este recurso, las principales necesidades educativas incluyen:

- **Detección temprana y evaluación adecuada:** Es fundamental identificar los síntomas de la psicosis infantil lo antes posible para diseñar estrategias educativas personalizadas.
- **Adaptaciones curriculares:** Se deben realizar ajustes en los contenidos, metodologías y evaluaciones para que el niño pueda participar activamente en el proceso de aprendizaje.
- **Apoyo emocional y psicológico:** Los niños con psicosis suelen requerir un entorno educativo que fomente la estabilidad emocional y reduzca el estrés.

- **Inclusión y diversidad:** Promover un ambiente inclusivo que valore la diversidad y facilite la integración del niño en el aula regular.
- **Estrategias pedagógicas específicas:** Implementar técnicas como el uso de materiales visuales, rutinas estructuradas y actividades que fomenten la interacción social.
- **Colaboración con la familia:** Trabajar en conjunto con los padres y cuidadores para garantizar un enfoque integral en el desarrollo del niño.

Los alumnos con psicosis infantil presentan grandes complicaciones para escuchar atentamente, ocasionadas por los problemas de atención descritos en el área anterior, lo que le causará problemas para comprender los mensajes de los demás, seguir sus instrucciones y comunicarse en general.

Los problemas del lenguaje y los relacionados con el ámbito emocional ocasionan que el alumno no sepa o no pueda expresar sus sentimientos e ideas. En este sentido es sumamente importante para el niño poder pedir y expresar sus necesidades de manera comprensible para los demás. El niño psicótico utiliza una lengua propia que en la mayoría de los casos resulta difícil de entender para el resto. Razón por la cual se intenta buscar elementos en común para poder comunicarse con él, para que pueda expresar todo lo relacionado a sus necesidades.

Es prioritario proporcionarle estrategias y pautas de acción que le permitan identificar sus sentimientos, necesidades o ideas y expresarlas eligiendo el modo que se ajuste mejor a la situación.

4.14 Recursos para la superación de las barreras para el aprendizaje

Para que estos niños con Necesidades Educativas Especiales alcancen los objetivos planteados anteriormente se requerirá de dos tipos de recursos:

- **Recursos personales:** Docente de apoyo a la integración escolar, Psicopedagogo/a, Fonoaudiólogo/a especialista en Neurolingüística, maestro/a y maestros/as de las distintas especialidades.
- **Recursos materiales:** Materiales informáticos que faciliten accesibilidad, dispositivos y sistemas alternativos de comunicación y materiales específicos, como pueden ser mesas y sillas adaptadas, etc. que necesitan los alumnos para su correcta escolarización.

4.15 Pautas de actuación o Actividades recomendadas para el niño con psicosis infantil

- **Conocimiento de sí mismo y autonomía personal**
 - Actividades relacionadas con el cuerpo humano: dibujo del esquema corporal, identificación de cada parte del cuerpo, señalarlas, canciones sobre el cuerpo, etc.
 - Seguimiento de rutinas.
 - Modelado de actividades relacionadas con la higiene personal y el cuidado de la salud.
 - Circuitos psicomotrices.
- **Conocimiento del entorno**
 - Trabajos en grupo y juegos cooperativos.
 - Grupos interactivos.
 - Modelado de expresiones faciales y corporales. Esto ayuda al alumno a aprender a adecuar sus emociones a diferentes situaciones comunicativas.

- Calendario y agenda. Esto le ayuda a fijar fechas y actividades cotidianas.
- Juego de roles: recreación de diferentes situaciones sociales y cotidianas, consiste en realización de una dramatización en la que los participantes cumplen distintos roles o papeles marcados previamente.

- **Lenguaje: comunicación y representación**

- Modelo de intervención del lenguaje expresivo, estrategias de apertura y terminación de conversaciones y técnicas de escenificación (similares al juego de roles propuesto anteriormente).
- Ofrecer modelos de comunicación alternativos.
- Enseñanza de técnicas de comunicación, respetando el turno de la palabra.

4. METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

Desde el punto de vista epistemológico este trabajo se centra en el paradigma interpretativo, con enfoque cualitativo, y de tipo descriptivo, de corte transversal.

La dimensión temporal es transversal, porque es una situación y un tiempo aproximado de 2 años específicamente. La investigación tendrá un alcance descriptivo ya que busca especificar las propiedades, evaluar o recolectar datos sobre el fenómeno a investigar. El análisis de este método empieza con la identificación de las categorías descriptivas en la entrevista para la recopilación de datos.

Kuhn (1975) en su obra *La estructura de las revoluciones científicas*, explica que el paradigma interpretativo, también conocido como cualitativo, fenomenológico-naturalista o humanista, concibe la realidad como un fenómeno dinámico y diverso. Su enfoque se centra en el significado de las acciones humanas dentro de la práctica social. Este paradigma se propone sustituir las nociones científicas propias del positivismo, como la explicación, predicción y control, por conceptos como la comprensión, significación y acción.

Participantes

Este proyecto será llevado a cabo en el Centro Educativo Terapéutico (CET) Animar SRL, el mismo se encuentra ubicado en barrio sur de la ciudad de San Miguel de Tucumán, más precisamente en calles Las Heras 743, entre Rondeau y Simón Bolívar.

Los profesionales entrevistados se desempeñan en la institución y trabajan con niños que presentan el diagnóstico de Psicosis.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 16 profesionales pertenecientes a un Centro Educativo Terapéutico (CET) de la provincia de Tucumán. Los participantes incluían psicopedagogos, docentes de apoyo, psicólogos, terapistas ocupacionales y fonoaudiólogos, todos con experiencia directa en el abordaje de niños con psicosis infantil. La elección de este grupo respondió al interés de acceder a diversas perspectivas disciplinares que intervienen cotidianamente en los procesos de enseñanza, acompañamiento y tratamiento de esta población. La heterogeneidad profesional permitió obtener una visión amplia y situada sobre las estrategias implementadas, las dificultades observadas y las concepciones que orientan las prácticas institucionales.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, modalidad habitual en investigaciones cualitativas donde el objetivo es acceder a informantes clave que posean experiencia directa con el fenómeno estudiado. En este caso, se seleccionó a los profesionales que se encontraban disponibles en el CET durante el período de recolección de datos y que aceptaron participar voluntariamente. Aunque no busca representatividad estadística, este tipo de muestreo permite obtener información rica, contextualizada y relevante para comprender en profundidad las prácticas y concepciones de los actores involucrados. La elección de este método se justifica por la especificidad del campo, la accesibilidad a los participantes y la pertinencia de sus trayectorias profesionales para los objetivos de la investigación.

Instrumentos

Como técnica de investigación se utilizará entrevistas semiestructuradas, siguiendo un guion amplio, pero se va profundizando y ampliando según el discurso y se clasifican según la respuesta, la naturaleza del contenido, la función que cumplen en el cuestionario, la finalidad y serán proyectivas. Éstas se llevarán a cabo en los profesionales de la institución.

Procedimientos

Se realizarán las entrevistas de manera presencial durante el período de dos semanas aproximadamente, de acuerdo a los horarios y días que asisten los diferentes profesionales de la institución.

Consentimiento informado

Previo a la realización de las entrevistas, se presentó a cada participante un Consentimiento Informado que detallaba los objetivos del estudio, la metodología empleada, el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. También se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada, asegurando que los datos serían utilizados exclusivamente con fines académicos y que las identidades de los profesionales serían preservadas mediante el uso de códigos o seudónimos.

Los participantes asintieron en conformidad, autorizando el uso de sus aportes para el análisis y la elaboración del trabajo final. Este procedimiento se realizó en cumplimiento de los principios éticos de la investigación en ciencias sociales y de la normativa institucional vigente.

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, cuyas respuestas fueron brindadas por especialistas de diversas áreas lo que aporta una mirada amplia y complementaria desde la práctica clínica, pedagógica y también desde la gestión educativa.

El modelo de entrevista aplicado permitió indagar en aspectos clave del abordaje de la psicosis infantil. Estos aspectos fueron organizados en **seis ejes temáticos**, cada uno de los cuales contiene las respuestas a preguntas específicas del instrumento:

- Eje 1: Definición de la psicosis infantil (pregunta 1), reúne las conceptualizaciones que los profesionales ofrecen sobre la psicosis infantil a partir de su formación y experiencia.
- Eje 2: Signos y señales relevantes para sospechar psicosis infantil (pregunta 2), presenta las manifestaciones conductuales, emocionales, cognitivas y vinculares que los profesionales consideran indicativas de un posible cuadro psicótico.
- Eje 3: Intervenciones educativas y terapéuticas implementadas en el CET (preguntas 3, 5 y parte de 7), sintetiza las estrategias pedagógicas, expresivas, sensoriales y clínicas que se aplican en el CET para favorecer la regulación emocional, la comunicación y la disponibilidad para aprender.
- Eje 4: Criterios de evaluación del aprendizaje y áreas priorizadas (pregunta 4 y complementos de la 5), analiza los criterios que los profesionales emplean para valorar los avances de los niños, junto con las áreas del aprendizaje que consideran prioritarias.

- Eje 5: Actividades propuestas dentro del CET y en el hogar (preguntas 7, 8 y 11), reúne las actividades que se desarrollan en el CET y las estrategias sugeridas para el contexto familiar.
- Eje 6: Articulación con la familia y modalidades de intervención (preguntas 9, 10, 12 y 13), aborda las formas de acompañamiento profesional consideradas más efectivas, la relación entre el CET y las familias, y los criterios utilizados para decidir entre intervenciones individuales, grupales o combinadas.

Para el análisis de los datos obtenidos se optó por una metodología cualitativa, centrada en la organización e interpretación de la información reunida. Este enfoque resulta pertinente, ya que, como señalan Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2014), “el análisis cualitativo implica organizar los datos, reducirlos a temas, categorías o patrones y, finalmente, interpretarlos para darles sentido” (p. 408). En la misma línea, Martínez Miguélez (2004) sostiene que “el análisis cualitativo no busca la cuantificación, sino la comprensión profunda de los fenómenos, a través de la identificación de categorías emergentes y la construcción de significados” (p. 67).

Por su parte, Flick (2015) enfatiza que “el análisis de entrevistas cualitativas requiere una sistematización que permita comparar casos, identificar similitudes y diferencias, y construir categorías teóricas a partir de los datos” (p. 112). Esta perspectiva fundamenta el uso de matrices comparativas como recurso para contrastar las respuestas de los profesionales entrevistados, favoreciendo la construcción de un análisis interpretativo que trasciende la mera descripción. Una vez realizadas las matrices, se vuelcan los resultados obtenidos que se detallan a continuación.

Respecto del primero de los ejes, sobre la “Definición de psicosis infantil”, los conceptos convergen en que la psicosis infantil implica una alteración profunda del vínculo con la realidad, con impacto global en el desarrollo. Se observa un consenso transversal: la psicosis infantil es un trastorno complejo, multidimensional y de impacto integral, que afecta simultáneamente lo cognitivo, lo emocional, lo vincular y lo corporal.

En cuanto a los “Signos y señales relevantes para sospechar psicosis” (Eje 2), los signos más mencionados son: aislamiento, lenguaje desorganizado, estereotipias, dificultades vinculares y cambios bruscos de conducta. En conjunto, las señales abarcan dimensiones cognitivas, emocionales, conductuales y corporales, confirmando la naturaleza multidimensional y heterogénea de la psicosis infantil.

Por su parte, en lo que respecta al Eje 3, “Intervenciones educativas y terapéuticas implementadas en el CET”, se destaca que las intervenciones se organizan en tres grandes líneas que buscan responder de manera integral a las necesidades de los niños con psicosis. En primer lugar, la estructuración del entorno y de las tareas se apoya en rutinas claras, apoyos visuales, anticipación y consignas breves, lo que constituye una estrategia ampliamente utilizada para favorecer la comprensión y la seguridad en el proceso de aprendizaje. En segundo término, se desarrollan intervenciones lúdicas, expresivas y corporales que incluyen propuestas como música, expresión corporal, psicomotricidad, arte y juego simbólico, las cuales contribuyen a mejorar la comunicación, la regulación emocional y la capacidad de simbolización. Finalmente, el acompañamiento terapéutico y los abordajes clínicos se sostienen mediante la presencia constante del acompañante terapéutico, junto con intervenciones psicológicas, regulación sensorial y evaluaciones clínicas, aspectos especialmente destacados por los profesionales de la salud como fundamentales para el progreso de los pacientes.

En las respuestas, se observa un consenso transversal: las intervenciones deben ser flexibles, personalizadas y centradas en la particularidad del niño, y la mirada interdisciplinaria aparece como condición indispensable para sostener los procesos de aprendizaje en niños con psicosis.

En cuanto al eje “Evaluación del aprendizaje y áreas priorizadas” (Eje 4), los criterios de evaluación se centran en procesos más que en resultados, priorizando la participación, la atención sostenida, la tolerancia a la tarea, la regulación emocional y conductual, la autonomía funcional y la comunicación y la simbolización.

Las áreas priorizadas coinciden en que la psicosis infantil afecta el desarrollo de manera global. Sin embargo, se observan matices según el rol:

- Docentes: foco en lo cognitivo y lingüístico.
- Profesionales corporales: foco en lo corporal, emocional y simbólico.
- Clínicos: evaluación integral por áreas.
- Psicopedagogía: articulación entre lo cognitivo, lo simbólico y lo emocional.

Por su parte, en lo referido a las “Actividades propuestas en el CET y en el hogar” (Eje 5), y más específicamente, en relación con la recepción de estas actividades, se observa que suelen ser bien aceptadas aquellas vinculadas al juego, el arte, la música, el movimiento y las tareas prácticas, mientras que generan mayor resistencia las tareas extensas, las actividades grupales, las dramatizaciones y las propuestas de alfabetización formal. Las actividades deben ser breves, significativas, sensoriales y adaptadas, priorizando la regulación emocional y la disponibilidad para aprender.

Finalmente, para referir lo abordado en el Eje 6, “Articulación institucional y modalidades de intervención”, los profesionales coinciden en que el acompañamiento más efectivo es: interdisciplinario, constante, personalizado y centrado en la regulación emocional y vincular. La articulación con la familia se realiza mediante: reuniones periódicas, cuadernos de comunicación, talleres, orientación sobre rutinas y estrategias en el hogar.

Respecto a la modalidad de intervención, la mayoría utiliza modalidades combinadas (individual + grupal). La intervención individual se prioriza cuando hay baja tolerancia, desregulación emocional o dificultades vinculares. La intervención grupal se utiliza para promover socialización y participación.

Los criterios para decidir la modalidad incluyen: tolerancia a la interacción, nivel de autonomía, regulación emocional, habilidades cognitivas y objetivos terapéuticos.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación sobre psicosis infantil en el Centro Educativo Terapéutico de San Miguel de Tucumán permiten abrir un espacio de reflexión crítica en torno a cómo se manifiestan los procesos de aprendizaje en esta población y cuáles son las estrategias psicopedagógicas que se implementan para acompañarlos. La discusión se centra en situar los hallazgos en diálogo con los antecedentes revisados y el marco teórico, interpretando las coincidencias, divergencias y aportes novedosos que emergen. Asimismo, se busca proyectar las implicancias de estos resultados hacia futuras investigaciones y prácticas profesionales, con el propósito de enriquecer el campo de la psicopedagogía y ofrecer herramientas más ajustadas a las necesidades de los niños con psicosis.

Los hallazgos de esta investigación confirman lo señalado por González Urrea (2020) y Silva (2023) respecto de las dificultades cognitivas que presentan los niños con psicosis, particularmente en funciones como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y el pensamiento simbólico. En las entrevistas realizadas, los profesionales del CET destacaron que estas limitaciones se traducen en aprendizajes fragmentados, con problemas para sostener la atención y para generalizar conocimientos.

Para profundizar en la comprensión de las dificultades de aprendizaje observadas en niños con psicosis, se incluye el siguiente esquema conceptual, que sintetiza las funciones cognitivas más afectadas según los testimonios recogidos: la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y el pensamiento simbólico. Estas funciones, al verse comprometidas, generan obstáculos en la atención sostenida, la generalización de contenidos y la construcción de significados, lo que repercute directamente en la posibilidad de acceder a aprendizajes

significativos. El esquema permite visualizar la interrelación entre los procesos cognitivos y las manifestaciones clínicas del trastorno.

Sin embargo, se observaron también divergencias respecto de la literatura: algunos niños lograron avances significativos en tareas de simbolización y comunicación cuando se les brindó un acompañamiento afectivo y estrategias individualizadas. Este hallazgo sugiere que la plasticidad cognitiva y emocional puede abrir oportunidades de aprendizaje aún en contextos de psicosis, matizando la visión más homogénea que predomina en los estudios previos. Tal como señala Badia (2018), “la intervención psicopedagógica debe partir de la singularidad del sujeto y de la comprensión de sus modos de aprender” (p. 12), lo que refuerza la necesidad de estrategias diferenciadas.

Los resultados muestran que los profesionales recurren a intervenciones centradas en la individualidad de cada niño, confirmando lo planteado por Bruzzo (2023) sobre la necesidad de alojar la singularidad en el ámbito escolar. Se privilegia el trabajo en pequeños grupos, la utilización de apoyos visuales y la incorporación de rutinas predecibles, lo que permite generar un entorno más seguro y estructurado.

Asimismo, se destaca la importancia del vínculo afectivo como mediador del aprendizaje. Coincidiendo con Silva (2023), los entrevistados subrayaron que el acompañamiento familiar y la construcción de un entorno afectivamente seguro son condiciones indispensables para que las intervenciones psicopedagógicas tengan efecto. En esta línea, Adelardi, Herrera y Villalba (2025) sostienen que “la clínica psicoanalítica en la primera infancia requiere de un abordaje interdisciplinario que contemple el sufrimiento psíquico y la dimensión educativa” (p. 8), lo que se refleja en la práctica cotidiana del CET.

No obstante, se evidencian limitaciones relacionadas con la falta de recursos y de formación específica en psicosis infantil, lo que dificulta la implementación de programas interdisciplinarios estables. Este aspecto coincide con lo señalado por Castro et al. (2021) sobre la necesidad de fortalecer las intervenciones tempranas y multidisciplinarias.

La tabla comparativa que se presenta a continuación permite visualizar de manera sintética las coincidencias y divergencias entre los hallazgos de esta investigación y los antecedentes bibliográficos seleccionados. Al contrastar los aportes de González Urrea (2020), Silva (2023) y UNICEF (2022), se evidencia cómo los déficits cognitivos, el acompañamiento familiar y la influencia del entorno social constituyen ejes recurrentes en el abordaje de la psicosis infantil, aunque cada autor enfatiza aspectos distintos. Esta sistematización facilita la identificación de vacancias teóricas y prácticas, así como la orientación de futuras líneas de investigación.

Al situar los resultados en relación con los antecedentes internacionales, se observa una coincidencia con las revisiones sistemáticas de Coloma Sánchez et al. (2023), quienes destacan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la rehabilitación cognitiva. En el CET, aunque no se aplican formalmente estas terapias, se identifican prácticas afines, como el entrenamiento en habilidades sociales y la estimulación cognitiva mediante juegos estructurados.

A nivel nacional, los hallazgos se alinean con lo planteado por Cossío Miravalles (2020) respecto del impacto del estigma en la adolescencia. Los profesionales entrevistados señalaron que las familias suelen enfrentar prejuicios sociales que dificultan la inclusión escolar, lo que refuerza la necesidad de programas de alfabetización en salud mental. En este sentido, UNICEF (2022) advierte que “la salud mental infantil está profundamente influida por factores sociales y

ambientales, y requiere respuestas integrales que incluyan la escuela y la familia” (p. 45), lo que coincide con la interpretación de los resultados obtenidos en este estudio.

La interpretación de los hallazgos permite afirmar que el aprendizaje en niños con psicosis no puede entenderse únicamente desde un déficit cognitivo, sino como un proceso atravesado por factores emocionales, vinculares e institucionales. La efectividad de las intervenciones psicopedagógicas depende en gran medida de la capacidad de los profesionales para articular estrategias con un acompañamiento afectivo y familiar sostenido.

Se confirma la hipótesis de que la psicosis infantil requiere un abordaje interdisciplinario, pero se evidencia la necesidad de fortalecer la formación específica de los equipos psicopedagógicos, así como de generar espacios de articulación más sólidos entre las instituciones educativas y los servicios de salud mental. La bibliografía reciente (Adelardi et al., 2025; UNICEF, 2022) refuerza esta perspectiva, subrayando que la salud mental infantil no puede abordarse de manera aislada, sino en diálogo constante con el entorno social y educativo.

Los resultados abren la posibilidad de profundizar en la relación entre vínculo afectivo y aprendizaje, indagando cómo la calidad del vínculo entre docente, niño y familia incide en la plasticidad cognitiva y en la adquisición de aprendizajes significativos. Asimismo, se sugiere explorar metodologías innovadoras, como la aplicación de terapias cognitivo-conductuales adaptadas al contexto psicopedagógico y el uso de tecnologías digitales como apoyo al aprendizaje.

Resulta necesario realizar estudios longitudinales que sigan a los niños a lo largo del tiempo, para comprender cómo evolucionan sus procesos de aprendizaje y qué factores favorecen la inclusión escolar y social. Finalmente, se recomienda investigar programas de

capacitación específicos en psicosis infantil para psicopedagogos y docentes, con el fin de fortalecer las prácticas interdisciplinarias y optimizar los resultados de las intervenciones.

La discusión de los resultados permite concluir que la psicosis infantil, lejos de ser un obstáculo insalvable para el aprendizaje, constituye un desafío que exige creatividad, sensibilidad y rigor metodológico por parte de los profesionales. Los hallazgos confirman la relevancia de un abordaje psicopedagógico integral, que contemple tanto las dificultades cognitivas como las dimensiones emocionales y sociales del niño.

Asimismo, se destaca la necesidad de avanzar hacia investigaciones más profundas y sistemáticas que permitan consolidar estrategias inclusivas y efectivas en el campo de la psicopedagogía. Este trabajo aporta evidencia que puede servir de base para futuras investigaciones y para la construcción de prácticas más ajustadas, inclusivas y humanizadas en el tratamiento de la psicosis infantil.

7. CONCLUSIÓN

La presente investigación permitió profundizar en el abordaje psicopedagógico de la psicosis infantil, reconociendo sus implicancias tanto en los procesos de aprendizaje como en la dinámica institucional de los Centros Educativos Terapéuticos. El estudio puso de relieve que la psicosis infantil no puede ser comprendida únicamente desde una perspectiva clínica o médica, sino que exige una mirada integral que considere las dimensiones lo cognitivo, lo emocional, lo relacional y lo social, es decir, todo lo que atraviesa la experiencia de cada niño.

A partir del análisis de entrevistas realizadas a profesionales del CET Animar SRL y del diálogo con los antecedentes teóricos, se evidenció que los niños con psicosis presentan dificultades específicas en funciones cognitivas como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y el pensamiento simbólico, además de obstáculos en la construcción de vínculos y en la simbolización de sus experiencias. Estas limitaciones repercuten directamente en la posibilidad de acceder a aprendizajes significativos, lo que demanda estrategias de intervención sensibles, individualizadas y sostenidas en el tiempo.

Se concluye que el aprendizaje en esta población no puede ser comprendido desde una lógica basada en la homogeneidad ni exclusivamente clínica, sino que necesita de una mirada interdisciplinaria, humanizada y contextualizada, capaz de recibir y comprender la singularidad de cada niño y promover su desarrollo integral. En este sentido, la investigación reafirma que la intervención psicopedagógica debe ir más allá de la mera transmisión de contenidos y convertirse en un espacio de acompañamiento que articule lo educativo con lo terapéutico, favoreciendo la inclusión y la participación activa de los niños en su entorno escolar y social.

El trabajo aporta elementos para repensar el rol del psicopedagogo en contextos terapéuticos, destacando la importancia del vínculo como mediador del aprendizaje, la

flexibilidad metodológica para adaptarse a las necesidades particulares de cada niño y la articulación institucional como condición indispensable para garantizar la continuidad y coherencia de las intervenciones. Asimismo, se subraya que el psicopedagogo, en su práctica, no solo debe atender las dificultades cognitivas, sino también reconocer el valor de las dimensiones afectivas y sociales, generando espacios de confianza que permitan a los niños desplegar sus potencialidades.

Esta investigación contribuye a fortalecer una perspectiva psicopedagógica que concibe la psicosis infantil como un desafío complejo, pero no imposible de abordar y modificar, y que invita a los profesionales a asumir un compromiso ético y creativo en la construcción de estrategias inclusivas, interdisciplinarias y humanizadas.

8. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN

Entre los principales aportes de este estudio se destaca la sistematización de prácticas psicopedagógicas en el contexto específico de un Centro Educativo Terapéutico (CET), lo cual constituye un enfoque poco explorado en la literatura nacional. Este aporte resulta importante porque permite visibilizar cómo las intervenciones psicopedagógicas se despliegan en un ámbito donde lo clínico y lo educativo se entrelazan, generando un espacio singular de acompañamiento para niños con psicosis. La descripción detallada de estas prácticas ofrece un marco de referencia útil para otros profesionales que trabajan en instituciones similares, contribuyendo a la construcción de un conocimiento más sólido en torno a la psicopedagogía aplicada a la salud mental infantil.

Se introduce una perspectiva que vincula las funciones cognitivas afectadas con las estrategias de intervención educativa, permitiendo visualizar cómo dichas funciones inciden en la posibilidad de acceder a aprendizajes significativos. Este enfoque integrador aporta una mirada novedosa, ya que no se limita a describir las dificultades cognitivas, sino que las relaciona directamente con las prácticas pedagógicas y terapéuticas, generando un puente entre la teoría y la práctica.

Otro aporte relevante es la incorporación del acompañamiento familiar como eje transversal del proceso psicopedagógico, no solo como apoyo emocional, sino como instancia de construcción de sentidos y continuidad terapéutica. La investigación muestra que la participación activa de las familias en el proceso de intervención contribuye a fortalecer los avances logrados en el ámbito institucional y a garantizar la coherencia entre los distintos espacios de vida del niño. Se reafirma la necesidad de comprender la intervención psicopedagógica como un proceso

compartido, donde la familia se convierte en un agente fundamental para sostener y potenciar los aprendizajes.

Los aportes de esta investigación radican en la posibilidad de articular teoría y práctica en un campo poco explorado, ofreciendo herramientas conceptuales y metodológicas que enriquecen el abordaje psicopedagógico de la psicosis infantil. La sistematización de prácticas en un CET, la vinculación entre funciones cognitivas y estrategias educativas, y la centralidad del acompañamiento familiar constituyen contribuciones que no solo fortalecen el campo académico, sino que también tienen un impacto directo en la práctica profesional.

9. LIMITACIONES Y LINEAS FUTURAS

Entre las limitaciones del estudio se reconoce el carácter acotado de la muestra, centrada en un único Centro Educativo Terapéutico de San Miguel de Tucumán, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos institucionales.

Además, el enfoque cualitativo, si bien permitió una comprensión profunda de las experiencias profesionales, no contempló la perspectiva directa de los niños ni de sus familias, lo que podría enriquecer futuras investigaciones.

Otra limitación fue la escasa disponibilidad de bibliografía específica en español sobre psicosis infantil en contextos educativos, lo que obligó a realizar adaptaciones interpretativas o extrapolaciones de otros trabajos.

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen diversas líneas de investigación que podrían ampliar y profundizar el conocimiento sobre psicosis infantil desde la psicopedagogía.

En primer lugar, se sugiere realizar estudios longitudinales que permitan observar la evolución de los procesos de aprendizaje en niños con psicosis a lo largo del tiempo y en distintos contextos institucionales, así como evaluaciones luego de las intervenciones realizadas.

En segundo lugar, sería valioso incorporar la voz de los niños y sus familias, explorando sus vivencias, percepciones y expectativas en relación con la intervención psicopedagógica.

Otra línea posible es el análisis comparativo entre diferentes modelos de intervención en CETs de la misma provincia de Tucumán, y, en instancias superiores, de otras provincias, para identificar buenas prácticas y desafíos comunes.

Finalmente, se propone investigar el impacto de las tecnologías digitales como herramientas de mediación simbólica y comunicación en niños con psicosis, así como el desarrollo de materiales didácticos adaptados a sus necesidades cognitivas y emocionales.

10. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Las propuestas de intervención profesional en el abordaje de la psicosis infantil desde la psicopedagogía deben sustentarse en principios que garanticen un trabajo integral y humanizado.

En primer lugar, es indispensable reconocer que se requiere un enfoque interdisciplinario, donde confluyan la psicopedagogía, la psicología, la psiquiatría, la fonoaudiología y el trabajo social. La complejidad de la psicosis infantil impide que un abordaje fragmentado sea suficiente; por el contrario, se necesita la articulación de saberes y prácticas que permitan comprender y atender las múltiples dimensiones de la vida del niño. A la vez, el respeto por la singularidad se convierte en un eje fundamental, ya que cada niño manifiesta la estructura psicótica de manera única y, por lo tanto, las estrategias deben adaptarse a sus ritmos, intereses y capacidades. El objetivo último de la intervención no se limita a mejorar aprendizajes, sino que busca favorecer la inclusión educativa y social, promoviendo la participación activa en contextos escolares, familiares y comunitarios. En este sentido, el trabajo con la familia resulta insoslayable, pues el acompañamiento y la orientación a padres y cuidadores fortalecen las redes de apoyo y contribuyen a la continuidad de los procesos terapéuticos.

En el ámbito educativo-terapéutico, las estrategias deben orientarse a la creación de entornos estructurados y predecibles. Los niños con psicosis suelen presentar dificultades para organizar la realidad, por lo que un ambiente con rutinas claras y anticipación de actividades reduce la ansiedad y favorece la participación. El uso de apoyos visuales y materiales concretos, como tableros de secuencias, pictogramas y agendas visuales, constituye un recurso valioso para organizar el pensamiento y facilitar la comprensión de consignas. Asimismo, las intervenciones centradas en el juego se convierten en un espacio privilegiado para trabajar funciones cognitivas, emocionales y sociales, ya que el juego simbólico y las actividades lúdicas permiten la expresión

y la construcción de vínculos. La adaptación curricular flexible es otra estrategia necesaria, pues posibilita diseñar propuestas pedagógicas que prioricen objetivos alcanzables y evaluaciones cualitativas más que cuantitativas. Del mismo modo, el trabajo en pequeños grupos favorece la interacción social y la construcción de aprendizajes compartidos, siempre bajo el acompañamiento cercano del profesional.

Las intervenciones psicopedagógicas específicas deben atender a la estimulación de funciones cognitivas, tales como la memoria de trabajo, la atención sostenida y la flexibilidad cognitiva. Ejercicios secuenciales simples, actividades breves y variadas, así como juegos de clasificación y cambio de reglas, son recursos que permiten fortalecer estas funciones. En el área del lenguaje y la comunicación, resulta pertinente utilizar narraciones cortas y repetitivas que favorezcan la comprensión, acompañar la expresión oral con gestos y apoyos visuales, y promover la comunicación alternativa mediante pictogramas o tableros de elección.

La regulación emocional constituye otro aspecto central de la intervención, que puede trabajarse a través de técnicas de respiración y relajación adaptadas a la edad, espacios de expresión artística como el dibujo, la música o la dramatización, y el refuerzo positivo ante logros, por mínimos que sean. En la vida cotidiana, la intervención debe orientarse al entrenamiento en habilidades sociales básicas, como saludar, pedir ayuda o esperar turnos, y a la promoción de la autonomía en actividades de autocuidado, lo que contribuye a la construcción de un sentido de competencia y pertenencia.

El trabajo con la familia y la comunidad amplía el alcance de la intervención profesional. La orientación a padres mediante talleres sobre comprensión de la psicosis infantil, estrategias de acompañamiento y manejo de crisis, fortalece la capacidad de las familias para sostener los procesos terapéuticos. La articulación con escuelas, centros de salud y organizaciones sociales

permite consolidar redes de apoyo comunitario que garantizan la continuidad de las intervenciones. A su vez, la prevención de la estigmatización se convierte en una tarea urgente, que puede abordarse mediante campañas de sensibilización en instituciones educativas y comunitarias, promoviendo la inclusión y el respeto hacia los niños con psicosis.

En el plano institucional, se requieren propuestas que fortalezcan la capacidad de respuesta de los centros educativos y terapéuticos. La capacitación docente continua en salud mental infantil y estrategias psicopedagógicas específicas es fundamental para que los profesionales cuenten con herramientas actualizadas y pertinentes. La implementación de protocolos de detección temprana, mediante instrumentos de observación que permitan identificar signos de alerta en el aula, favorece la intervención oportuna. Los espacios de supervisión interdisciplinaria, con reuniones periódicas entre profesionales, posibilitan evaluar avances y ajustar estrategias de manera conjunta.

Finalmente, la evaluación y el seguimiento sistemático de los progresos, a través de informes cualitativos que integren aspectos cognitivos, emocionales y sociales, garantizan una visión integral del desarrollo del niño.

Las propuestas aquí realizadas buscan consolidar un modelo de intervención psicopedagógica que reconozca la complejidad de la psicosis infantil, promueva la inclusión y el respeto por la singularidad, y articule recursos institucionales, familiares y comunitarios. Este modelo no solo responde a las necesidades actuales, sino que proyecta un horizonte de investigación y práctica innovadora en el campo de la psicopedagogía.

11. REFERENCIAS

- Adelardi, P., Herrera, S., & Villalba, E. (2025). *La clínica psicoanalítica en la primera infancia (de 0 a 3 años). Intervenciones sobre el sufrimiento psíquico infantil y su relación con la interdisciplina*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-004/641.pdf>
- Arrebillaga, M. E. (2012). *Neuropsicología clínica infantil: Intervenciones terapéuticas en TGD, autismo, Asperger, síndrome de Rett* (1ª ed.). Córdoba: Brujas.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Badia, A. (2018). *Principios y fundamentos de la intervención psicopedagógica*. Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de https://materials.campus.uoc.edu/daisy/Materials/PID_00283796/pdf/PID_00283796.pdf
- Ban, T. A., & Ucha Udabe, R. (1995). *Psicosis*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psicosis.pdf
- Bruzzo, M. (2023). *Niños en tratamiento psicológico, psicoterapia y escuela* [Trabajo final de especialización, Instituto Universitario de Salud Mental]. IUSAM. <https://www.apdeba.org/biblioteca/pgmedia/EDocs/2023-iusam-bruzzo.pdf>
- Cámara Borges, M. (2023). *Comprender la psicosis infantil en el ámbito educativo: causas, síntomas y estrategias*. Instituto de Formación Docente “María Orticochea”. <https://repositorio.cfe.edu.uy/bitstream/handle/123456789/2465/Cámara%2C%20M.%2C%20Comprender.pdf?sequence=2>

- Castro, M. N., Czepielewski, L. S., Wainsztein, A. E., De Pino, G., Villarreal, M. F., Guinjoan, S. M., & Crossley, N. A. (2021). *Cambios biológicos en la psicosis temprana*. Revista APAL, 20(2), 45–58. <https://webapal.org/docs/revista/Revista-ApalEdicin2ao2021.pdf>
- Collazo, C. (2018). *El trabajo con la psicosis*. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. https://www.colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/el_trabajo_con_la_psicosis_por_collazo.pdf
- Coloma Sánchez, E. B., Balarezo Chiriboga, L. A. Ramírez-Coronel, A. A. & Jaramillo Oyervide, J. A. (2023). Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de Educación General Básica y Bachillerato. *Revista Conrado*, 19(90), 92-106. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v19n90/1990-8644-rc-19-90-92.pdf>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-173482>
- Cossío Miravalles, D. (2020). *Psicosis de inicio en la adolescencia* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Pontificia Comillas. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41323/TFG%20-%20Cossio%20Miravalles%2c%20Daniel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, E (2005). *Tratamiento Psiquiátrico*. Rol psicopedagógico y pedagógico.
- Egge, M. (2008). *La psicosis infantil: un abordaje desde la clínica psicoanalítica*. Revista de Psicología y Psicopedagogía, 25(1), 45–58. <https://www.apa.org.ar/Articulos/Psicosis-infanto-juvenil>

- FEAFES. (2018). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Confederación Salud Mental España.

<https://consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>

- Filloux, J. (2000). *Campo pedagógico y psicoanálisis*. El Psicopedagogo en el desorden psicótico. Presses Universitaires de France.

- Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5ª ed.). Madrid: Morata.

Disponible en: <https://www.morata.es/libros/introduccion-a-la-investigacion-cualitativa-9788471128415/>

- García Cerdán, A. (2017). *Psicosis infantil: una guía para entenderla y convivir con ella*.

- González Urrea, M. J. (2020). *Alteraciones en la memoria de niños y adolescentes psicóticos: Una revisión sistemática* (Trabajo Final de Máster en Neuropsicología). Universitat Oberta de Catalunya.

<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/114046/6/mgonzalezurTFM0120memoria.pdf>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill. Disponible en:

<https://www.mheducation.com.mx/metodologia-de-la-investigacion-6-edicion-9786071511805.html>

- Jiménez, A. M. (2005). Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto-juvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (96), 647–660.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a08.pdf>

- Kuhn, T. S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

- Liberman, R. P. (2005). Entrevista con el Dr. Robert Paul Liberman. *Rehabilitación Psicosocial*, 3(1), 33–37.
<https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-entrevista-con-el-dr-robert-13102380>
- Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. de. (1996). *Psicopatología del niño*. Masson.
- Mardomingo, M. J. (1994). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Ediciones Díaz de Santos.
<https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499697987.pdf>
- Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas. Disponible en: <https://www.trillas.com.mx/libro/9789682479632/ciencia-y-arte-en-la-metodologia-cualitativa>
- Mayer, R. E. (2008). *Learning and Instruction*.
<https://archive.org/details/learninginstruct00rich>
- Navarro Guzmán, J. I., & Martín Bravo, C. (s.f.). *Aprendizaje escolar desde la psicología*. <https://www.redalyc.org/pdf/6837/683772564010.pdf>
- Oliveira, M. (1980). *El aprendizaje y la psicosis*. En Jornadas sobre aspectos clínicos y estructurales de la psicosis infantil. Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. <https://es.scribd.com/document/453482351/aprendizaje-y-la-Psicosis>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*. OMS.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43133/9243562908.pdf>

- Palacio Ramírez C., Henao López C., Ramírez Nieto L. (2006). *Que es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes*. Grupo de Investigación: Estudios Clínicos y Sociales en Psicología/ Clasificado Colciencias Categoría B.
- Schlemenson, S. (2015). *Problemas de aprendizaje: En la clínica en el tratamiento psicopedagógico*. Ed. Paidós.
- Schunk, D. H. (2005). *Teorías del aprendizaje* (6ª ed.). Pearson Prentice Hall.
[https://isfd98-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/Teorias del Aprendizaje - Dale H Schunk - 6TA Edicion.pdf](https://isfd98-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/Teorias_del_Aprendizaje_-_Dale_H_Schunk_-_6TA_Edicion.pdf)
- Servicio Aragonés de Salud. (2008). *Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil*. Gobierno de Aragón.
<https://www.fadesaludmental.es/images/biblioteca/programa-atencion-sm-infanto-juvenil.pdf>
- Silva, Y. E. (2023). *Prácticas psicopedagógicas en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos* [Trabajo final de carrera, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía]. Licenciatura en Psicopedagogía. <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/ba990cae-7c6a-4f8e-b9e4-6b3b3257480e/content>
- Tello M, (2017). *Rol del Psicopedagogo en Programa de Integra*.
- Tello, N. (2016). *La mediación psicopedagógica en la construcción de aprendizajes significativos en contextos de diversidad* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. TDX. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/406144/Tesi Nancy Veronica Tello.pdf](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/406144/Tesi_Nancy_Veronica_Tello.pdf)
- UNICEF. (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>

- Ziperovich, C. (2010). *Aprendizajes: Aportes para pensar pedagógicamente su complejidad*. <https://books.google.com/books/about/Aprendizajes.html?id=WwOmzgEACAAJ>

-

-

ANEXOS

Entrevista 1 – Maestra Especial

- Definición: La psicosis infantil es una dificultad que afecta la relación con la realidad y el aprendizaje.
- Señales: Aislamiento, lenguaje incoherente, cambios bruscos de conducta.
- Intervenciones educativas: Rutinas claras, apoyos visuales y actividades cortas.
- Criterios de avance: Cuando el niño logra sostener la atención y participar.
- Áreas focalizadas: Cognitivo, emocional y conductual.
- Actividades en el CET: Juegos simples, motricidad fina, talleres de expresión.
- Bien recibidas / resistencia: Juegos repetitivos bien recibidos; tareas largas generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Interdisciplinario.
- Articulación con la familia: Reuniones y cuadernos de comunicación.
- Estrategias en el hogar: Rutinas claras y refuerzos positivos.
- Modalidad de intervención: Individual y grupal.
- Criterios para decidir modalidad: Tolerancia del niño a la interacción.

Entrevista 2 – Maestra Especial

- Definición: Condición que interfiere en vínculos y aprendizajes.
- Señales: Lenguaje desorganizado, conductas repetitivas, falta de interacción.
- Intervenciones educativas: Apoyos personalizados y actividades lúdicas.
- Criterios de avance: Participación y atención sostenida.
- Áreas focalizadas: Emocional y simbólica.
- Actividades en el CET: Talleres de arte, juegos de mesa, integración.
- Bien recibidas / resistencia: Artísticas bien recibidas; grupales generan resistencia inicial.
- Acompañamiento más efectivo: Paciente y cercano.

- Articulación con la familia: Explicación de estrategias y logros.
- Estrategias en el hogar: Rutinas y afecto.
- Modalidad de intervención: Combinada.
- Criterios para decidir modalidad: Capacidad de sostener la interacción.

Entrevista 3 – Maestra de Grado

- Definición: Dificultad que afecta comprensión y socialización.
- Señales: Desconexión en clase, falta de iniciativa, lenguaje incoherente.
- Intervenciones educativas: Consignas cortas y adaptadas.
- Criterios de avance: Completar pasos simples.
- Áreas focalizadas: Cognitivo y lingüístico.
- Actividades en el CET: Lecturas breves, juegos de palabras, actividades grupales.
- Bien recibidas / resistencia: Lecturas con imágenes bien recibidas; tareas largas generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Psicopedagógico.
- Articulación con la familia: Entrevistas y seguimiento escolar.
- Estrategias en el hogar: Lecturas compartidas y juegos de memoria.
- Modalidad de intervención: Individual y grupal.
- Criterios para decidir modalidad: Tolerancia a la dinámica grupal.

Entrevista 4 – Maestra de Grado

- ❖ Definición: Alteración que dificulta aprendizaje y socialización.
- ❖ Señales: Falta de interacción, cambios de humor, lenguaje literal.
- ❖ Intervenciones educativas: Consignas simples y actividades prácticas.
- ❖ Criterios de avance: Participar y terminar tareas.
- ❖ Áreas focalizadas: Cognitivo y conductual.
- ❖ Actividades en el CET: Juegos didácticos, escritura, lectura guiada.
- ❖ Bien recibidas / resistencia: Juegos bien recibidos; tareas largas generan resistencia.
- ❖ Acompañamiento más efectivo: Interdisciplinario.

- ❖ Articulación con la familia: Reuniones y cuadernos de comunicación.
- ❖ Estrategias en el hogar: Rutinas de lectura y juegos cortos.
- ❖ Modalidad de intervención: Combinada.
- ❖ Criterios para decidir modalidad: Capacidad de sostener la tarea.

Entrevista 5 – Profesor de Música

- e. Definición: Condición que afecta comunicación y expresión.
- f. Señales: Dificultad para seguir consignas, aislamiento.
- g. Intervenciones educativas: Actividades musicales simples.
- h. Criterios de avance: Participación con instrumentos o canto.
- i. Áreas focalizadas: Emocional y simbólica.
- j. Actividades en el CET: Juegos rítmicos, canciones, instrumentos.
- k. Bien recibidas / resistencia: Canciones bien recibidas; improvisación genera resistencia.
- l. Acompañamiento más efectivo: Creativo y cercano.
- m. Articulación con la familia: Invitación a participar en actividades musicales.
- n. Estrategias en el hogar: Canciones compartidas.
- o. Modalidad de intervención: Grupal e individual.
- p. Criterios para decidir modalidad: Respuesta del niño a la música.

Entrevista 6 – Trabajadora Social

- Definición: Dificultad que afecta vida cotidiana y relaciones.
- Señales: Aislamiento, falta de comunicación, conductas extrañas.
- Intervenciones educativas: Acompañamientos sociales y talleres de integración.
- Criterios de avance: Participación en actividades comunitarias.
- Áreas focalizadas: Emocional y conductual.
- Actividades en el CET: Talleres de convivencia, juegos grupales.
- Bien recibidas / resistencia: Integración bien recibida; entrevistas generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: En red con familia y escuela.

- Articulación con la familia: Visitas y reuniones.
- Estrategias en el hogar: Rutinas claras y apoyo afectivo.
- Modalidad de intervención: Grupal e individual.
- Criterios para decidir modalidad: Necesidad social del niño.

Entrevista 7 – Terapeuta Ocupacional

- Definición: Afecta autonomía y organización.
- Señales: Dificultad en actividades básicas, desorganización motora.
- Intervenciones educativas: Actividades de la vida diaria.
- Criterios de avance: Realización de tareas cotidianas.
- Áreas focalizadas: Conductual y cognitivo.
- Actividades en el CET: Motricidad fina y autocuidado.
- Bien recibidas / resistencia: Prácticas bien recibidas; nuevas generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Constante y paciente.
- Articulación con la familia: Enseñanza de rutinas de autocuidado.
- Estrategias en el hogar: Vestirse, comer solo.
- Modalidad de intervención: Individual.
- Criterios para decidir modalidad: Nivel de autonomía.

Entrevista 8 – Profesor de Expresión Corporal

- Definición: Afecta relación con cuerpo y entorno.
- Señales: Movimientos repetitivos, falta de coordinación, aislamiento.
- Intervenciones educativas: Juegos de movimiento y expresión.
- Criterios de avance: Participación en dinámicas corporales.
- Áreas focalizadas: Simbólico y emocional.
- Actividades en el CET: Juegos de ritmo, dramatizaciones, coordinación.
- Bien recibidas / resistencia: Juegos de movimiento bien recibidos; dramatizaciones generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Corporal guiado.

- Articulación con la familia: Invitación a observar actividades.
- Estrategias en el hogar: Juegos de movimiento simples.
- Modalidad de intervención: Grupal e individual.
- Criterios para decidir modalidad: Capacidad de interacción corporal.

Entrevista 9 – Psicomotricista

- Definición: Afecta esquema corporal y relación con otros.
- Señales: Desorganización motora, falta de coordinación, aislamiento.
- Intervenciones educativas: Juegos de coordinación y contacto.
- Criterios de avance: Sostener movimientos y juegos compartidos.
- Áreas focalizadas: Corporal y emocional.
- Actividades en el CET: Circuitos motores, juegos de equilibrio.
- Bien recibidas / resistencia: Juegos simples bien recibidos; contacto genera resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Corporal cercano.
- Articulación con la familia: Explicación de importancia del juego corporal.
- Estrategias en el hogar: Juegos de coordinación simples.
- Modalidad de intervención: Individual y grupal.
- Criterios para decidir modalidad: Tolerancia al contacto.

Entrevista 10 – Acompañante Terapéutico

- Definición: La psicosis infantil afecta la vida diaria y el aprendizaje.
- Señales: Aislamiento, falta de iniciativa, conductas extrañas.
- Intervenciones educativas: Acompañamiento en escuela y casa.
- Criterios de avance: Participación en actividades cotidianas.
- Áreas focalizadas: Emocional y conductual.
- Actividades en el CET: Juegos simples y apoyo en tareas escolares.
- Bien recibidas / resistencia: Actividades lúdicas bien recibidas; tareas largas generan resistencia.

- Acompañamiento más efectivo: Presencia constante.
- Articulación con la familia: Reuniones y comunicación diaria.
- Estrategias en el hogar: Rutinas claras y apoyo afectivo.
- Modalidad de intervención: Individual.
- Criterios para decidir modalidad: Necesidad del niño.

Entrevista 11 – Psicopedagoga

- Definición: Condición que atraviesa aprendizaje y emociones, dificultando vínculos y disponibilidad para aprender.
- Señales: Lenguaje incoherente, falta de interacción, conductas repetitivas, dificultad para sostener la atención.
- Intervenciones educativas: Adaptación de consignas, apoyos visuales, espacios de juego para simbolizar.
- Criterios de avance: Sostener una tarea, mostrar interés, establecer comunicación significativa.
- Áreas focalizadas: Cognitivo, lingüístico, emocional y simbólico.
- Actividades en el CET: Talleres de lectura, juegos de construcción, arte y juego compartido.
- Bien recibidas / resistencia: Lúdicas y artísticas bien recibidas; tareas largas generan resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Interdisciplinario con referente constante.
- Articulación con la familia: Entrevistas, reuniones periódicas y cuadernos de comunicación.
- Estrategias en el hogar: Rutinas claras, juegos compartidos, actividades breves.
- Modalidad de intervención: Individual y combinada.
- Criterios para decidir modalidad: Tolerancia, capacidad de interacción y objetivos específicos.

Entrevista 12 – Fonoaudióloga

- Definición: Trastorno que afecta percepción de la realidad, pensamiento y emociones.
- Señales: Alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, neologismos, problemas de conducta, movimientos motores inapropiados, apatía, aislamiento.

- Intervenciones educativas: Evaluaciones médicas y psiquiátricas exhaustivas.
- Criterios de avance: Observaciones y registros en áreas vinculares, simbólicas, sensomotrices, cognitivas, lectoescritura y socioemocionales.
- Áreas focalizadas: Vincular, simbólica, sensomotriz, cognitiva, lectoescritura y socioemocional.
- Actividades en el CET: Pintura libre, musicoterapia, modelado en arcilla.
- Bien recibidas / resistencia: Expresiones no verbales bien recibidas; lenguaje organizado genera resistencia.
- Acompañamiento más efectivo: Supervisión terapéutica interdisciplinaria.
- Articulación con la familia: Sugerencias y apoyo para rutinas de sueño y autocuidado.
- Estrategias en el hogar: Ambiente organizado y espacios de descanso.
- Modalidad de intervención: Individual y grupal, mediadas por juegos simples.
- Criterios para decidir modalidad: Registros y observaciones de tolerancia, atención y comunicación.

Entrevista 13 – Directora

- Definición: Trastorno que afecta percepción de la realidad, emociones y pensamiento, modificando la conducta.
- Señales: Alucinaciones, trastornos de conducta, pensamiento desorganizado, discurso incoherente, estereotipias, resistencia a instrucciones, dificultad para reconocer autoridad.
- Intervenciones educativas: Rutinas claras, apoyos visuales, anticipación a cambios, espacios ordenados, refuerzos positivos, consignas simples y pausas activas.
- Criterios de avance: Evaluación flexible y continua, priorizando el proceso.
- Áreas focalizadas: Todas las áreas.
- Actividades en el CET: Rompecabezas, secuencias, imitación, pintura, cuentos breves, títeres, lecturas cortas, trazos guiados.
- Bien recibidas / resistencia: Bien recibidas las relacionadas con intereses; resistencia en alfabetización.
- Acompañamiento más efectivo: Integral e interdisciplinario.
- Articulación con la familia: Seguimiento de rutinas y estrategias en el hogar.
- Estrategias en el hogar: Ambiente ordenado, agendas visuales, tareas breves como ordenar juguetes o regar plantas.

- Modalidad de intervención: Combinada.
- Criterios para decidir modalidad: Habilidades cognitivas, autonomía, comunicación y conducta.

Entrevista 14 – Psicólogo

12. Definición: No responde directamente; describe casos de retraso mental leve y moderado, con factores emocionales, orgánicos y sociales.
13. Señales: No responde.
14. Intervenciones educativas: Trabajo individual recomendado, aunque muchas veces grupal por sobrepoblación.
15. Criterios de avance: Avances observados en trabajo grupal e individual según complejidad.
16. Áreas focalizadas: Emocional y social.
17. Actividades en el CET: Talleres y abordajes diversos según necesidad.
18. Bien recibidas / resistencia: No responde.
19. Acompañamiento más efectivo: Integral, con participación familiar.
20. Articulación con la familia: Talleres y actividades para padres, fomentando aceptación y acompañamiento.
21. Estrategias en el hogar: Acompañamiento constante; lo institucional no sirve sin apoyo familiar.
22. Modalidad de intervención: Grupal, con casos complejos en individual.
23. Criterios para decidir modalidad: Complejidad del caso y tolerancia del niño.

Entrevista 15 – Profesor de Educación Física

- Definición: No responde.
- Señales: No responde.
- Intervenciones educativas: Trabajo inicial grupal, luego personalizado por intolerancia a espacios cerrados.
- Criterios de avance: Mayor tolerancia en juegos en equipo con apoyo docente.
- Áreas focalizadas: Conductual y social.
- Actividades en el CET: Caminatas, fútbol, juegos en equipo.

- Bien recibidas / resistencia: Actividades de interés personal bien recibidas; resistencia en espacios reducidos.
- Acompañamiento más efectivo: Negociaciones constantes y acompañamiento cercano.
- Articulación con la familia: No responde.
- Estrategias en el hogar: No responde.
- Modalidad de intervención: Personalizada, con progresos hacia lo grupal.
- Criterios para decidir modalidad: Tolerancia, interés y condición física.

Se adjunta link donde se expone para revision: consentimientos informados, instrumentos que se tomo para la realización de la TIF y modelo de entrevista que se llevo a cabo

https://drive.google.com/drive/folders/15elivwld2XJi3gyKCKi-Ls-g2YzCSpvK?usp=drive_link