

# REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA



Volumen 13 - Año 1992

Volumen 14 - Año 1993

Colegio de Psicólogos de Chile

ISSN 0716 - 3630

COLEGIO DE PSICOLOGOS DE CHILE

## **DIRECTORIO DEL COLEGIO**

Presidente	Sergio Lucero
Vice Presidente	Hernán Villegas
Secretaria	Ursula Sternsdorff
Tesorero	Gabriela Reyes
Directores	Susana Abarca
	Margarita Depetris
	Cecilia Domich
	Carlos Urrutia
	Oriana Vilches

## **DIRECTOR DE LA REVISTA**

Alfonso Luco

## **COMITE EDITORIAL**

Domingo Asún	María Isabel Lira
Héctor Calás	Elisa Newman
Jorge Gissi	Carlos Corvalán

## **SECRETARIA DE REDACCION**

Oriana Vilches

## **CONSULTORES PARA ESTE NUMERO**

Terese Segure	Ricardo Rozas
Isidora de Andraca	Miriam George
Errol Denis	Alicia Alcartegaray
Amanda Céspedes	Isidora Mena
Silvia Campos	Mariana Chadwick
J. Pablo Toro	A. María Puga
Paola Andreucci	M. Teresa Llanos
Aristides Giavelli	Angélica Paredes
Elizabeth Horta	Carmen Contreras

Está permitida la reproducción de los artículos, citando debidamente la fuente. Los artículos publicados en esta revista expresan los puntos de vista de sus autores y no necesariamente representan la posición del Colegio de Psicólogos de Chile

# EDITORIAL

*El presente número de la REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA aparece bajo la dirección de un nuevo Comité Editorial, nombrado por la Dirección del Colegio, tras manifestar su propósito de dar prioridad a esta publicación y mantener la regularidad de su apareamiento.*

*El Comité Editorial tras un análisis de la situación de las publicaciones científicas en el área, ha definido su nueva línea editorial.*

*En la actualidad se ha superado la situación existente por más de diez años, en que esta REVISTA fue el único espacio donde los psicólogos podían publicar sus trabajos científicos.*

*Se cuenta actualmente en el país con más de diez revistas de psicología donde es posible publicar artículos de la especialidad. Ello nos permitirá reorientar la línea editorial a temas de gran trascendencia nacional, de mayor actualidad o que abren nuevos campos de trabajo a los psicólogos. Nos permitirá además dedicar mayor espacio a debates, foros, entrevistas en temas y con personas de relevancia en el desarrollo de nuestra disciplina.*

*Esperamos así hacer de la REVISTA un instrumento de formación y actualización eficaz e interesante para los psicólogos y todos los profesionales afines.*

*Este número aparece en un momento trascendente para la psicología nacional. El vigésimo cuarto Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología efectuado recientemente en Chile, marcará un hito en el desarrollo de la psicología y de la profesión en nuestro país.*

*La magnitud del evento, el nivel académico y la magnífica organización que el Congreso tuvo, marcan una madurez profesional incuestionable.*

*En el discurso inaugural del Congreso el Sr. Ministro de Educación hizo explícito un reconocimiento a nuestro gremio que nos llena de orgullo y que reafirma la idea de un gremio que ha logrado una profunda madurez.*

*Dijo el Ministro: "No ha habido un momento tan propicio como este para poder expresar una palabra de reconocimiento a los psicólogos de mi país. Permítanme hacerlo ahora y manifestarles mi gratitud de chileno por la forma decidida que su organización profesional, el Colegio de Psicólogos de Chile, participó de la lucha democrática junto a otros Colegios Profesionales y Organizaciones Sociales del país. Fueron años difíciles, en los que los psicólogos no sólo hicieron de sus conocimientos un instrumento para aliviar dolor y sufrimiento, sino que fueron capaces, también, de poner en guardia al país sobre lo que ocurría con su ser esencial, con las divisiones rígidas entre amigos y enemigos, con la diseminación del temor a través de la vida social, y con la incertidumbre material creciente".*

*"Los psicólogos invitaron a Chile a mirarse como país y lo invitaron a acelerar la urgencia del cambio democratización. No se encerraron en sí mismos, sino que asumieron los riesgos de alertar las conciencias de sus conciudadanos".*

*Estas palabras son especialmente significativas en este momento en que nuestro Colegio Profesional cumple veinticinco años de vida y esperamos que contribuyan a fortalecernos como institución y sirvan a las nuevas generaciones de psicólogos para comprender la necesidad de su lealtad y afecto a nuestra asociación.*



# Los aportes de la psicología al cambio social en el medio local

Juvenal Hernández Covarrubias\*

## RESUMEN

*Se presenta un modelo de acción con el cual se pretende promover el Desarrollo Comunitario en la Comuna de La Florida. Este modelo se plantea a partir de concepciones y orientaciones de la Psicología Comunitaria y de la Psicología Organizacional que pueden ser impulsadas desde el Municipio. Se destaca la importancia concedida a la participación de la Comunidad en el diagnóstico, jerarquización y toma de decisiones en torno a sus problemas. Se discute el Rol del Psicólogo en el desarrollo comunal configurando un nuevo campo de carácter interdisciplinario.*

## ABSTRACT

*Contributions of Psychology to Locally Based Social Changes.*

*This article presents a model of action which intends to encourage Community Development in the Area of "La Florida". The model is based on concepts and orientations of Community and Organizational Psychology that can be promoted from within the Municipality. It emphasizes the importance given to community participation in the diagnostic, hierarchies and decision-making process. The psychologist's role in communal development is discussed leading to a new interdisciplinary field.*

La acción del Psicólogo, cualesquiera que sea el grupo sobre el cual actúa y más aún cuando lo hace desde la instancia gubernamental local — el Municipio— debe ser emprendida considerando la definición de su rol y del concepto de desarrollo comunitario en una dimensión tangible y directamente atacable en la perspectiva del cambio: Convocar y facilitar al grupo la reflexión en torno a su rol frente al problema que lo afecta; motivarlo para el desarrollo a partir de sus propios esfuerzos; socializar para el trabajo comunitario, para el conocimiento y ejercicio de sus propios derechos y obligaciones.

En cuanto a la concepción de desarrollo, se asume la planteada por Montero (1984) quien, refiriéndose a Escobar (1977) lo define como "el proceso mediante el cual el hombre adquiere mayor control sobre su medio ambiente" y complementándolo con la definición de Fals Borda (1959,1978) para desarrollo

comunal (el "producto de la acción que surge cuando la comunidad se hace cargo de sus problemas y se organiza para resolverlos, desarrollando sus propios recursos y potencialidades y utilizando también los extraños") agrega los principios a partir de los cuales se genera el desarrollo comunal: Catalisis Social (presencia de un agente instigador y motivador), Autonomía (el grupo es el iniciador, gestor y controlador del desarrollo), Prioridad (jerarquización por el grupo de las necesidades a abordar), Realización (obtención de logros concretos inmediatos encadenados a la meta) y Estímulos (reforzamiento específico de cada objetivo alcanzado).

Es en este marco que el psicólogo comunitario asume, sin perder su calidad de Científico Social, las funciones de facilitador, motivador, orientador y reforzador del quehacer comunitario en dirección al desarrollo.

\* Psicólogo, Municipalidad de La Florida, Santiago, Chile

Con el objeto de acercarnos al modelo de acción aplicado se analiza brevemente las dos líneas que orientan este trabajo de desarrollo comunal. Por un lado la P.C., que aporta criterios y metodologías participativas, y por otro, la P.D. que aporta técnicas y elementos de análisis del estado de las organizaciones de la comunidad.

## **1.- La psicología aplicada al desarrollo local.**

La historia de la Psicología presenta cambios que paulatinamente han acrecentado su carácter científico (Montero 1980) y que le han permitido ganar un espacio en el concierto de las ciencias, llegando a verificarse novedosas aplicaciones en las áreas tradicionales o en campos de relación entre ellas.

**1.1.- La Psicología Comunitaria** es un ejemplo en que se relacionan las Áreas Clínica y Social (Montero 1980 y Bernstein-Niftzel 1982).

Numerosos autores ofrecen distintas definiciones para este campo, pero en subsidio de esta falta de acuerdo, pueden rescatarse algunas cualidades únicas y esenciales tales como dirigir los esfuerzos tanto en el cambio del ambiente físico y social como al de las habilidades o competencias conductuales de los individuos (Bernstein - Niftzel, 1982). Y esto se puede hacer en una perspectiva ecológica (Rappaport, 1977) que destaca la mejoría del ajuste entre las personas y los ambientes, creando nuevas opciones sociales y desarrollando los recursos personales o, como lo plantea Mann (1978), fortaleciendo la calidad de la vida comunitaria.

Las actividades frecuentemente emprendidas son enlistadas por Bernstein - Niftzel (1982) y se pueden englobar en aquellas que promueven la participación, el cooperativismo, el ahorro y la capacitación de dirigentes, todo ello en una perspectiva de resolución de problemas compartidos por una comunidad. Por otro lado están aquellas actividades que aspiran lograr la reinserción social y la mantención de programas de capacitación de monitores en habilidades de intervención social, en una perspectiva de salud mental comunitaria. En ambos conjuntos de actividades predomina el trabajo interdisciplinario.

Este artículo se enmarca dentro de la primera perspectiva siguiendo a Sarason (1973) quien plantea que la Psicología Comunitaria persigue cambios más amplios del Sistema Social y cuyos efectos se pueden irradiar hasta los individuos. Sobre todo cuando hoy se está ante la apertura de las instancias gubernamentales, a la contratación de Científicos Sociales, situación similar a la ocurrida en los Estados Unidos en las décadas de los 50 y los 60. (Bernstein - Niftzel,

1982) (Tyler, 1984) y opuesta a la mayormente experimentada en Chile durante las décadas de los 70 - 80 (Morales 1991).

## **1.2.- La Psicología Organizacional**

Este es otro campo que se desataca por su carácter interdisciplinario y sus conceptos y técnicas resultan útiles para orientar y potenciar los recursos de la comunidad organizada. Desde sus orígenes en la Administración de Empresas los psicólogos debieron trabajar junto a ingenieros, sociólogos, politólogos, etc. (Schein, 1982, 3, 5). Probablemente fue debido a esta temprana interdisciplinaria y a la escasa investigación científica en los comienzos del campo, que la psicología organizacional se vió afectada por teorías que percibían a las organizaciones como entidades cuya estructura aparentemente no afectaba la interacción humana o que el rendimiento de un trabajador dependía de sus estados internos de motivación. Sin embargo, en los últimos 30 años la disciplina ha sufrido cambios importantes, apareciendo autores que desde perspectivas teóricas distintas, consideran la conducta organizacional como influida por eventos externos al individuo y a la organización. Eventos que se ubicarían en el contexto social o en el entorno físico (Rogers, E y Agarwala - Rogers, R., 1980, pág. 2; Luthans, F. y Kreitner, R., 1979, pp 18-19; Schein, E., 1982, pp 3-5 y Naddler, 1982).

A partir de estas concepciones se ha realizado un sinnúmero de aplicaciones en temas tales como la motivación y las políticas de la organización, los sistemas de incentivo, las relaciones intergrupales (Schein E., 1982), el clima organizacional (Abercrome, M.L.T., 1969), la participación en la toma de decisiones; el liderazgo, la comunicación, la información, la eficiencia organizacional (Rogers R., y Agarwala - Rogers, 1980, pág 3; Katz y Kahn, 1985; Nadler, D, 1982 y Luthans, F. y Kreitner, R. 1979), la dinámica y evaluación de grupos (Vela, J.A., 1988; Kirstem y Muller Shwarz, 1978). El desarrollo de este último tema ha generado una serie de publicaciones aplicables al desarrollo y la educación de las organizaciones populares, sobre las cuales se centra este artículo (Vargas, L y Bustillos, G., 1987; Caviedes, M., 1988; Parada, J.R., 1989; Durán, P., 1974).

## **2.- Antecedentes que avalan la urgencia de un cambio**

### **2.1.- Descripción de la comuna de La Florida**

#### **2.1.1.- Descriptores generales**

La Florida presenta, según el Pre-Censo de Población (SECPLAC, 1991), un total de 334.139 habitantes, los cuales se distribuyen desigualmente en 36

Unidades Vecinales fluctuando la población de éstas entre los 1.758 y los 22.060 habitantes (1) y presentando una densidad que fluctúa entre 1 (uno) y 296,5 habitantes por hectárea. Este último descriptor (la densidad) resulta importante por cuanto representa aquellas Unidades Vecinales de mayor presión por servicios y equipamiento. También porque tienden a ser territorios más propensos a problemas delictuales, hacinamiento y sus consecuencias, retraso escolar, violencia, etc. (Hamblin. 1976, pág 63 y Lee, 1981, pág 37). Cabe destacar que existen 5 Unidades Vecinales con una densidad superior a los 200 habitantes por hectárea, y que incluyen a un total de 66.940 habitantes (20,03% de la Población Comunal).

En cuanto a la actividad económica, La Florida se caracteriza por presentar un gran rubro de servicios con 2.650 casos enlistados (1.566 de los cuales corresponden al comercio, y 70 a Servicios Públicos y Asistenciales) y un reducido rubro industrial, con cuatro industrias grandes y 37 industrias pequeñas.

En relación a la pobreza, la SECPLAC comunal realizó un estudio (León, 1991), para determinar la cantidad de personas en condición de **indigencia** (ingresos inferiores a la canasta mínima de alimentos) y la población en situación de **pobreza** (ingresos inferiores a la canasta mínima de subsistencia). En dicho estudio se compara a La Florida con otras cinco comunas pobres utilizando los datos de ICCOM LTDA. (1er. semestre 1991) (2), obtenidos de las encuestas CASEN Y CAS 1990; y cálculo del costo por persona para cubrir sus necesidades básicas (Programa de Economía y Trabajo, PET, Agosto de 1990), con el cual se determina las canastas mencionadas.

En el cuadro 1 se muestra que La Florida, a pesar de presentar una situación ventajosa en términos porcentuales (22%), presenta 76.000 (2) personas en situación de pobreza, numéricamente similar a las de Peñalolén, La Granja y Puente Alto; y un 6,4%, es decir, 22.000 personas en condición de indigencia, que se aproxima al caso de La Granja, siendo sólo superada significativamente por La Pintana.

**TABLA 1**  
**SECTOR SURORIENTE DE SANTIAGO, POBLACION EN SITUACION DE POBREZA E INDIGENCIA, DICIEMBRE 1989.**

		INDIGENCIA (2)		POBREZA (3)	
		%	Nº PERSONAS	%	Nº PERSONAS
REGION TOTAL		13,30	652,755	38,60	1,887,438
METRO(1) URBANO		13,50	636,573	38,70	1,823,733
MACUL		2,90	4,000	11,90	15,000
LA FLORIDA		6,40	22,000	22,00	76,000
PEÑALOEN		10,30	22,000	34,90	74,000
SAN JOAQUIN		11,60	15,000	39,20	50,000
PTE.ALTO		4,10	7,000	49,20	88,000
LA GRANJA		18,30	24,000	65,00	85,000
LA PINTANA		24,40	35,000	85,00	125,000

Fuente: ICCOM Ltda. Descripción Estratos Sociales. 1er. Semestre 1991

Elaboración: SECPLAC. Sergio León Balza. Mayo 1991

(1) Dato 1987. Fuente MIDEPLAN

(2) Indigencia: ingreso familiar inferior a la Canasta Mínima de Alimentos.

(3) Pobreza: ingreso familiar inferior a la Canasta Mínima de Subsistencia.

**CANASTA MINIMA DE ALIMENTOS Y CANASTA MINIMA DE SUBSISTENCIA**  
(PESOS, AGOSTO 1990) (Fuente: PET).

Canasta Mínima de Alimentos por persona	6962,30
Canasta Mínima de Subsistencia por persona	13924,60
Canasta Mínima de Subsistencia por Familia	69230,51

(1) El tamaño óptimo para las Unidades Vecinales, es el correspondiente a una población de entre 10.000 y 15.000 habitantes (Lee, 1981, pág 133). En La Florida existen 6 Unidades Vecinales cuya población sobrepasa la cifra mayor correspondiendo a un total de 114.714 habitantes (34,3% de la población total).

(2) Las cifras de poblaciones de ICCOM corresponden a 1987. Actualmente esta cifra bordea los 140.000, según SECPLAC, Secretaría de Coordinación y Planificación Comunal, La Florida.

### 2.1.2.- Organizaciones comunitarias

De acuerdo a los antecedentes del Departamento de Organizaciones Comunitarias de la IMLF (1991) existen en la Comuna 50 Juntas de Vecinos con un total de 42.107 socios lo que equivale a un 12,6 % de la población mayor de 18 años.

Otro nivel de participación existente son los 157 comités de vecinos con un total de 23.222 socios quienes además son socios de su Junta Vecinal.

En cuanto a Organizaciones funcionales (comités de allegados, clubes deportivos, organizaciones de mujeres, de jóvenes y del adulto mayor) se cuentan 378, de las cuales no hay registro del número de socios. Su participación en las Juntas Vecinales es optativa.

Al cruzar los datos de población con los de socios de Juntas Vecinales por Unidad Vecinal se obtiene que existe una serie de 10 Juntas de Vecinos (20% del total) con un elevado número relativo de organizaciones territoriales y/o socios, las cuales presentarían ventajas comparativas en el proceso de mejoramiento de las condiciones de vida en sus territorios. En cambio, las que están en peores condiciones en relación a las mismas variables son 13 (26% del total).

A pesar de los porcentajes aún no es posible decir que se está dando un óptimo de participación ya que dichas cifras consideran solamente la inscripción en el libro de socios y no la asistencia a reuniones ni la aceptación y cumplimiento de responsabilidades. Debido a que la incorporación de estas últimas variables bajarían notablemente los indicadores en que se intenta encontrar una explicación.

Desde los años 60 se venía viviendo un creciente interés por participar en todos los niveles de decisión del estado. La dictación de Leyes vecinales (16.880, DS 1.481) y sindicales colaboraron a ello y significaron un fuerte apoyo del gobierno central. Sin embargo, el advenimiento del régimen militar focalizó su quehacer en el fomento del progreso individual, castigando las iniciativas organizacionales del sector vecinal con exilio, relegación o presidio para los dirigentes disidentes. Complementariamente, a una parte de las organizaciones vecinales se las mantuvo durante todo el período con sus dirigentes designados (D.L. 349, 1974) por la autoridad (Los pobladores no podían elegir libremente a sus líderes). Tal fue el caso de las Juntas de Vecinos, cuya jurisdicción es una Unidad Vecinal, territorios en que se subdivide una Comuna.

### 2.1.3.- Algunos efectos del autoritarismo sobre la participación vecinal

Las limitaciones a la participación vecinal generaron diversos efectos durante los años 70 y 80, siendo

uno de ellos la creación de otras organizaciones que escapaban al control estatal. Estas fueron las organizaciones de Barrio o "Población" territorialmente delimitadas por una distancia "caminable" y conocidas como Organizaciones de Subsistencia o también "Organizaciones Económicas Populares" (Sabatini, 1990). Su funcionamiento interno se basaba en la solidaridad y se orientaba a la preservación de identidades sociales desarticuladas por el autoritarismo y la crisis económica (Hardy y Razeto, 1984; Sánchez etc. y als; 1987). Estas Organizaciones se caracterizaban también por mantener un distanciamiento respecto de la orientación de política social del régimen, en virtud de la cual se promovía la resolución de problemas en forma individual y no colectiva. (Campero, 1987).

Hasta fines del año 1989 se mantuvo esta situación, fecha en que se derogó el cuerpo legal en virtud del cual se hacían las designaciones en las Juntas Vecinales. Pero al mismo tiempo, se promulgó otra ley (18.893) que permite la existencia de varias Juntas de Vecinos en cada Unidad Vecinal, en virtud del principio de libre asociación. Ello ha traído una serie de conflictos entre sus dirigentes y también entre sus socios. La explicación para esto, está en la violación de los principios de "Unidad de Mando" y "Amplitud de Control" debido a que no se delimita claramente el territorio jurisdiccional de cada Junta de Vecinos, necesario para enfrentar los problemas del entorno físico.

Las políticas autoritarias provocaron reacciones sociales aisladas pero fuertes que llevaron a cambiarlas por políticas sociales asistenciales implementadas desde los municipios (del autoritarismo al paternalismo) que en no pocos casos fueron discrecionales.

Esto trajo como consecuencia lo que en Psicología Comunitaria se ha llamado **Desesperanza Aprendida** (es decir no existe relación entre la conducta y sus resultados) y **foco de control de la conducta predominantemente externo**, Escovar (1979, 1980) que explican la generación de comportamientos deficitarios como la inercia, el rechazo al cambio, la apatía, la ausencia de participación y la rigidez cognoscitiva (Escovar, 1980) siendo esta última la que más dificulta la resolución de los innumerables conflictos que surgen en las organizaciones populares.

El fuerte apoyo publicitario para la difusión de las políticas del individualismo y el paternalismo trajo también otro tipo de reacción negativa: la Alineación e indirectamente la delincuencia, ambas afectando principalmente a la juventud. La constante publicidad para productos y artículos suntuosos y el reforzamiento permanente para modelos de conducta "exitosa" generó expectativas de resultado (Bandura, 1977) inalcanzables con el repertorio habitual del sujeto, pero en algunos casos alcanzables mediante comportamiento socialmente reprochables (Seeman, 1959).

La mantención de los mismos dirigentes designados durante 17 años provocó un anquilosamiento organizacional. Los socios y sus líderes aprendieron a que fueran otros quienes tomaran decisiones y otros también quienes hicieran el trabajo. La necesidad de cambio se advertía hace mucho tiempo pero recién durante los años 87 se comenzó a generar elecciones en las Juntas de Vecinos con la participación de muy pocos socios y a pesar del D.L. 349 (Wilson, 1988). Al observar el comportamiento de los nuevos líderes "democráticos" se detecta que:

- a) Presentan marcadas pautas de autoritarismo.
- b) Fallan en la motivación de los socios y en el reclutamiento de los nuevos miembros.
- c) Desconocen como interactuar con otras organizaciones e instituciones de gobierno.
- d) No efectúan una clara división del trabajo, no delegan responsabilidades.

La Psicología Organizacional nos ofrece algunos conceptos y actividades útiles para mejorar esta situación.

En primer lugar, y esto es reconocido en el sector popular, debe existir una **coordinación de los esfuerzos individuales** para lograr la satisfacción de necesidades y resolución de problemas no alcanzables con el esfuerzo individual. Schein (1982) denomina a esto "Esfuerzo coordinado para la ayuda mutua".

En segundo lugar debe existir un acuerdo en torno a los **objetivos comunes** y que determinan la razón de ser de la organización.

Una tercera característica de las organizaciones eficientes está dada por la **División del Trabajo**, es decir, que los objetivos se logran más fácilmente y en forma más eficiente si lo que hay que hacer se reparte entre los miembros de la organización de acuerdo a sus habilidades o talentos.

Esta división del trabajo conlleva a la **Diferenciación de Funciones**. Así se puede lograr un mejoramiento de los barrios populares, estableciendo diferencias en base al territorio (dividiendo las Unidades Vecinales en Comités de Vecinos por población, por cuadra o pasaje), en base a los tipos de tareas (encargados de mejoramiento físico, de jóvenes, deportivos, culturales, salud, vivienda, encargado de finanzas, actas y coordinación general, etc.) o en base a los objetivos específicos que se propongan lograr.

Una cuarta función es la de **Integración**, que se supone útil para asegurar que todos quienes cumplen distintas tareas lo hagan buscando objetivos comu-

nes. A partir de esta función surgen los conceptos de autoridad, toma de decisiones y liderazgo. Tradicionalmente —aunque no necesariamente— dicha conceptualización implica una alta jerarquización y sumisión de parte de los "conducidos". En el caso de los sectores populares, como ya se apuntó, esta tradición ha traído consecuencias nefastas por la falta de legitimidad de los líderes designados y la toma de decisiones sin consulta a los miembros de la organización. El procedimiento acostumbrado consistía en consultar a las autoridades locales, los que a su vez tomaban las decisiones y las comunicaban a las bases a través de los líderes.

Un procedimiento alternativo de relación entre las autoridades locales, líderes y población será expuesto más adelante.

A parte del esquema de funcionamiento, la Psicología Organizacional (P.O.) aporta el estudio del liderazgo, la participación, la capacitación, la resolución de conflictos y la administración del cambio, **constituyendo ellos, los puntos de contacto con la Psicología Comunitaria (P.C.)**.

En el caso del liderazgo, se requiere analizar el contexto social o cultural en el cual se encuentra la organización, para entender el comportamiento más adecuado o legítimo que el sector poblacional acepta.

La P.O. ha descubierto que el comportamiento del líder moldea la conducta de quienes dirige mediante las situaciones que crea. (VROMM, 1960) y el comportamiento de los dirigentes puede variar en un continuo que va desde un estilo altamente autócrata a uno altamente participativo de acuerdo a los criterios que maneje (generalmente en relación a la tarea). También se descubrió que existen dimensiones de conducta. Así habría líderes más orientados hacia la tarea (estructura de iniciación) y otros más orientados hacia la relación (consideración), pudiendo suceder que el dirigente no refleje igual atención a los dos problemas. Cuando se trata de definir un estilo ideal y recomendable se concluye que el dirigente debe adaptar su estilo de liderazgo a la situación y a las necesidades de sus dirigidos.

En este punto, la relación P.O. — P.C. es clave ya que el trabajo de promoción del desarrollo puede hacerse mediante la formación y entrenamiento de los líderes de tal manera que, como miembros de la organización, empujados con su cultura, sean capaces de irradiar y promover iniciativas que devuelvan a la gente la confianza en sus propias capacidades al asumir una de las tareas reseñadas cuando se analizó la diferenciación de funciones en las páginas precedentes.

En cuanto a la participación, los estudios de P.O. concluyen que el grado en que ésta tenga lugar

depende no sólo de qué tan estructurado sea el problema a resolver y de quién tenga la información, sino también de las circunstancias políticas y socio-económicas que definen la organización (Schein, 1982), lo que es reafirmado por la P.O. (Costa y López, 1986). Así sus miembros históricamente, pueden haber propiciado mecanismos formales de toma de decisiones participativas.

Al respecto la P.C. agrega que mientras exista la capacitación (P.O) o formación (P.C.) resultan fundamentales para propiciar y mantener el cambio del comportamiento anquilosado de líderes y organizaciones y la apertura hacia nuevas formas de participación que permitan a la gente sentirse "Dueños de su propio destino" o acceder al control sobre los esfuerzos tendientes al desarrollo. Es útil recordar que es posible estructurar situaciones de aprendizaje en el medio natural con el fin de que las personas adquieran experiencias positivas de control sobre el medio. (Keller y Schoenfeld, 1979)

También las medidas de capacitación o formación en escenarios naturales deben lograr lo que Staub (1978) denomina comportamiento Pro-Social, que integra los conceptos de solidaridad y cooperación en un sentido de acompañamiento y beneficio recíproco. Esto provoca la activación emocional necesaria para incursionar en la confrontación y desmitificación, potenciando así la creación de nuevos estilos de relación.

En cuanto a la administración del cambio, la P.O. recomienda ejercerla a los diversos niveles de la estructura organizacional. La P.C. parte del supuesto de que incluso los más postergados son capaces de asumir responsabilidades, siempre que cuenten con el apoyo de su entorno social y mantengan estrechos vínculos con instituciones de gobierno y de la comunidad (Costa y López, 1986), por lo tanto el sector popular es capaz de decidir cuáles son las prioridades en la resolución de sus problemas.

Metodológicamente es difícil determinar mecanismos de consulta a toda la comunidad, por ello es que adopta el trabajo con los líderes que hablan en representación de la comunidad ante las instancias de coordinación comunal.

### **3.-Algunas ideas en torno a posibles aplicaciones al desarrollo comunal.**

En las páginas precedentes ya se vislumbraba algunas de estas ideas que se han aplicado al desarrollo comunitario de la Comuna de La Florida, desde el Municipio.

En primer lugar, ante la urgencia del diagnóstico, el Municipio asumió la función de **integración** y se **distribuyó el trabajo** por área problema, tratando de involucrar el mayor número de actores sociales relacionados con la solución de cada uno de ellos, a los que se denominó "Facilitadores del Desarrollo".

Las áreas de problemas abordadas son dos: El entorno físico y el entorno social. Al interior de la organización del Municipio se creó comisiones de trabajo que los abordarían con mayor propiedad, buscándose para ellos la **Optimización del recurso humano disponible**. La comisión de proyectos sociales se debió subdividir dando lugar a cuatro programas: Juventud, Mujeres, Niños y Tercera Edad, Capacitación y Empleo. En cambio, la del entorno físico se subdividió en dos: Protección del ambiente y Mejoramiento de la infraestructura comunal.

Adecuada la estructura del gobierno local, se comenzó a efectuar reuniones con diversos sectores sociales (Dirigentes Vecinales y comunales, ONGs, Institutos de Formación Superior, Colegios y Consultorios) de acuerdo al tema de cada comisión con el fin de iniciar el proceso desde el diagnóstico y conducirlo hasta la toma de decisiones y ejecución conjunta.

Se destaca lo efectuado en torno a la Redefinición del Programa de Inversión Municipal 1990 (P.I.M.90), en el cual se vió involucrado con muy buena disposición hasta el Consejo de Desarrollo Comunal (CODECO) designado por las anteriores autoridades de gobierno central.

Fundamentalmente participaron en él, alrededor de 360 dirigentes de Juntas de Vecinos y Comités de Vecinos siendo éstos últimos los que contaban con mayor respaldo de la comunidad, razón por la cual fueron incluidos, a pesar de dificultar y demorar más la tarea por la cantidad de asistentes.

Se dividió la comuna en seis sectores, lo que se realizó en conjunto con las ONGs. Enseguida se diseñó dos ciclos de reuniones con un mes de diferencia el primero del segundo. En cada reunión se contó con la participación de líderes de un sector solamente, donde ellos recibieron información respecto al funcionamiento municipal y a la forma de financiar los proyectos.

A continuación los dirigentes hicieron listas de problemas que enfrentaban por Unidad Vecinal, priorizándolas y ubicándolas geográficamente en un plano, de acuerdo a un código de colores.

El mes siguiente fue empleado por la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) y la Secretaría de Planificación y Coordinación Comunal (SECPLAC) para ordenar la información recibida y complementar-

---

la con la existente de gestiones anteriores. A continuación se asignó los recursos económicos disponibles de acuerdo a las prioridades señaladas por los líderes y de acuerdo a los criterios de: a) Que todas las Unidades Vecinales tuvieran al menos un proyecto y b) Que se privilegiara a los sectores más postergados. Se elaboró listados de esta asignación de recursos por Unidad Vecinal para ser utilizados en el segundo ciclo de reuniones por sectores.

Durante el tercer mes los dirigentes reunidos por sector y por Unidad Vecinal corrigieron, cambiaron o mantuvieron las asignaciones de recursos de acuerdo a sus necesidades.

Hasta allí, el proceso para el año 1990. Faltó contar con mayor flexibilidad en los procedimientos y mayor recurso humano calificado para que la comunidad misma pudiera participar en la ejecución. Dichos mecanismos están en estudio.

Se destacó en las diversas evaluaciones efectuadas durante el proceso, la poca confianza y la incredulidad de que éste pudiera llegar a su fin de acuerdo al nuevo estilo. Hoy ya es asumido como un procedimiento regular.

Otro déficit detectado fué la falta de capacitación técnica y de información de dirigentes, necesaria para un buen entendimiento con el equipo profesional, lo cual fue superado con el permanente contacto entre ellos.

El año 1991 se inició en octubre de 1990, con la planificación que consideró jornadas de capacitación en el uso de formularios de proyectos y listados de costo de obras, complementarias al programa de formación de líderes al que accedió un buen número de dirigentes durante el año.

Este programa, en su segunda edición cambió de nombre para graficar el nuevo estilo: Plan de Acción Comunal (PLAC).

La tarea de algunas ONGs consiste actualmente en asesorar a las Juntas de Vecinos en la elaboración de proyectos, abaratando así los costos y disminuyendo el tiempo que demanda esta actividad para el Municipio.

Las otras comisiones siguieron una estrategia similar pero adecuándolas al tema abordado. Así, la

comisión de jóvenes dió lugar a la semana de la juventud, al seminario "Los Jóvenes: Perspectivas y Desarrollo", Encuentros de Formación de Asesores de Juventud y Curso de Líderes Juveniles, la estructura organizacional denominada Consejo Comunal de la Juventud y la Casa de la Juventud. El programa de La Mujer dió lugar a la creación de la Casa de la Mujer, la Escuela Comunal de Dirigentes y Talleres de Manualidades.

La Comisión del Niño y la tercera Edad promovió encuentros de recreación entre estos dos grupos etéreos, la Semana del Niño, las Jornadas por los Derechos del Niño, encuentros recreacionales y culturales varios, en coordinación con los Colegios Municipales, y actividades de Navidad en que se involucró también a las Juntas de Vecinos.

Finalmente se creó la **Coordinación Comunal por los Derechos del Niño y el Programa del Adulto Mayor**. Considerando este último, actividades recreativas, mejoramiento del estado físico, capacitación de monitores, etc.

La Comisión de Capacitación y Empleo dió lugar a cursos en colaboración con el SENCE\* en una cantidad poco usual y a un Encuentro de Microempresarios y Talleres Laborales con entidades de apoyo técnico y financiero.

Cada una de estas comisiones o programas generó un número bastante alto de experiencias y actividades, relaciones y contactos que merecen un artículo aparte cada una de ellas. Este es un bosquejo de lo que ha iniciado el equipo interdisciplinario de la Comuna de La Florida y que está empezando a involucrar al sector económico a esta tarea, junto a otros sectores que aún no se han comprometido con el cambio.

## 4.- Comentarios finales

### 4.1.- En relación a los aportes de la Psicología al Desarrollo Comunal.

La Psicología, aunque es una disciplina joven, ha generado un cúmulo de conocimientos que permiten la incursión en campos anteriormente restringidos a otras ciencias sociales, derivando su quehacer desde los individuos a los grupos organizados y desde ellos a las comunidades.

---

\* Servicio Nacional de Capacitación y Empleo.

Probablemente, sea en el medio local donde la Psicología Comunitaria y la Psicología Organizacional adquieran gran relevancia en las tareas del desarrollo, dadas las condiciones en que se encuentran nuestras comunas y la escasez de recursos necesarios para su progreso.

Así, la aplicación de los conceptos y resultados de la investigación psicológica al desarrollo organizacional de las organizaciones comunitarias puede mejorar su efectividad. La aplicación de conceptualizaciones y métodos derivados de la psicología comunitaria podrán generar una mayor participación de la comunidad en la resolución de sus problemas y con ello se asegurará la mantención de las soluciones emprendidas. Junto a ello, se haría un gran aporte al país en cuanto al mejoramiento de la comunicación entre los actores sociales involucrados en el desarrollo.

De este modo se facilitará la generación de ambientes físicos y sociales adecuados para el crecimiento personal.

Sin embargo, esta aplicación del campo de influencia psicológico requiere que las Escuelas de Psicología aborden la enseñanza de una buena cantidad de estrategias y técnicas participativas, en la perspectiva de ser aplicadas en un contexto multifacético e interdisciplinario.

Algunos tópicos a incluir en el curriculum formativo pueden ser los relacionados con técnicas de investi-

gación social, en particular la Investigación-Acción, con la planificación de actividades de diversa complejidad, con el aprendizaje de los criterios y procedimientos de la Administración Pública y finalmente, con la formulación, administración y evaluación de proyectos, especialmente de proyectos sociales.

## **4.2.-En relación al rol del psicólogo en la tarea del desarrollo**

El campo laboral a nivel del Municipio proporciona al Psicólogo una amplia gama de posibilidad de desarrollo profesional ya sea en cargos de planta, con proyectos de amplia cobertura o como directivos de proyectos específicos de cobertura limitada territorial o funcionalmente. En todos ellos el rol del Psicólogo se define como un facilitador, motivador, orientador y reforzador del trabajo comunitario con los líderes de la comunidad y en la dirección del desarrollo local y regional. Contribuyendo así, con su alta calificación técnica a esta tarea.

Es de esperar que este trabajo contribuya a la reflexión en torno al rol tanto de los estudiantes y docentes de las escuelas de Psicología, como a los Psicólogos que se encuentran ejerciendo su profesión en los campos tradicionales. Más aún si se considera el incremento de profesionales que significará el egreso de las promociones provenientes de las Universidades recientemente creadas en Chile.

## REFERENCIAS

- Abercrome, M.L.J.: 1973. "Grupos Pequeños", Foss, Brian M.: "Nuevos Horizontes en Psicología" Ed. Fontanella, España, 2ª edición.
- Bandura, A.: Marzo de 1977. "Autoeficacia": "Hacia una teoría unificante del cambio conductual". *Psychological Review*. Traducción de Roberto Opazo.
- Berstein-Niftzel: 1982 "Introducción a la Psicología Clínica" Mc Graw Hill, México, 482, 479 y 490.
- Campero, G: 1987. "Entre la Sobrevivencia y la Acción Política: Las Organizaciones de Pobladores en Santiago" Ilet, Santiago.
- Caviedes, M: 1988. "Dinámicas de grupos" Ediciones Paulinas, Chile.
- Costa, M y López, E: 1986. "Salud comunitaria y comportamiento" Ed. Martínez Roca Barcelona.
- Durán, P: 1974. "Técnicas de Dinámica Grupal", ESEJ, Chile.
- Escovar, L.A.: 1980. "Hacia un modelo Psicosocial del desarrollo". *Boletín de la AVEPSO*, 3, (1), PP 1-6.
- Escovar, L.A.: 1984. "El Psicólogo Social y el Desarrollo" *Psicología*, 4, 1977, 367-378, Cit. en Montero.
- Escovar, L.A.: 1979. "Análisis Comparado de dos Modelos de Cambio Social en la Comunidad". *Boletín de la AVEPSO*, 2,(3) 1-6
- Fals Borda: 1984. "Acción Comunal en una vereda Colombiana". Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Monografías Sociológicas. Cit. en Montero.
- Fals Borda: 1984. "Por la praxis: El problema de cómo investigar la realidad para transformarla". En *Crítica y Política en Ciencias Sociales*. Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá. Punta de Lanza, Vol 1, 209-272. Cit. en Montero.
- Flasco: Documento de Trabajo Nº 353, Octubre de 1987.
- Hardy, C y Razeto, L: 1984. "Los nuevos actores y prácticas populares": Desafíos a la Concertación: Documento de Trabajo Nº 47. Centro de Estudios del Desarrollo, Santiago Chile.
- Iccom Ltda.: 1991. "Descripción de Estratos Sociales primer semestre 1991", Santiago.
- Katz D y Kahn, R: 1985. "Psicología Social de las Organizaciones". Editorial Trillas.
- Kellerf S. y Schoenfeld, W: 1979. "Fundamentos de Psicología" Edit. Fontanella, Barcelona, .
- Kirsten, R y Mullershwarz, J. 1978: "Entrenamiento de Grupos". Edit. Mensajero, España.
- Lee, T. 1981: "Psicología y Medio Ambiente". Ediciones C.E.A.C. Barcelona, España.
- León, Sergio. 1991. "Pobreza en La Florida" Documento de Trabajo. SECPLAC, I. Municipalidad de La Florida. Junio.
- Luthans, F y Kreitner, R: 1979. "Modificación de la Conducta Organizacional" Ed. Trillas, México.
- Mann: (1978) citado en Bernstein-Niftzel (1982, 481, 482)
- Montero, M: 1984. "La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios y Fundamentos Teóricos" *Rev. Latinoamericana de Psicología*, V. 16, Nº 13, 387-400
- Montero, M: *Rev. Latinoamericana de Psicología*, vol 12, Nº 1, 159-170
- Morales: 1980. "Tipologías de Intervención Comunitaria desarrolladas en Chile en la década del 80" Ponencia del XXIII Congreso Interamericano de Psicología, San José Costa Rica. 1991.
- Nadler, D: 1982. "La Retroalimentación y el Desarrollo Organizacional", Fondo Educativo Interamericano E.U.A.
- Prada, J.R.: 1989. "Psicología de Grupos" Ediciones Paulinas, Chile
- Rappaport J: 1977. "Community Psychology: Values, Research and action New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rogers, E y Agarwala-Rogers, R: 1980. "La comunicación en las Organizaciones", Ed. Mac Graw Hill, Buscar esta referencia en Bibliotecas UDP - UCH - UC.
- Sabatini, F: 1990. "La Organización de Pobladores: discusión de Interpretaciones" *Rev. de trabajo Social*, Universidad Católica de Chile ETS, Nº 57, 2.

- Sánchez y Otros: 1987. "Asentamientos Humanos Precarios en la Zona Metropolitana de Santiago: El caso de La Pintana. Documento de Trabajo, Santiago: CEPAL/CNUAH, Chile.
- Sarason:(1973) Citado en Bernstein - Niftzel 1982
- Schein, E.H.: 1982. "Psicología de la Organización" Ed. Prentice Hall Inter. México.
- Seecplac La Florida: 1992. "Plan de Desarrollo Comunal, El Diagnóstico" Documento de Trabajo en Prensa.
- Seeman, M.: 1959, "On The meaning of alimention". American Sociologycal Review, 24, Cit. en Montero M
- Staub, E. , 1978 "Positive Social Behavior and Morality" Vol 1 New York Academic Press.
- Tyler, F.B.: 1984 "La Psicología Comunitaria y sus Implicaciones para los países en vías de desarrollo" Rev. Latinoamericana de Psicología, Vol 16 Nº 2, 291-302
- Vargas, L. y Bustillos G.: 1987, "Técnicas Participativas para la Educación Popular". Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (C.I.D.E.) Chile.
- Vela, J.A.: 1988 "Evaluar Grupos, un Desafío". Editorial Verbo Divino, España.
- Vroom, U.H.: 1960 "Some Personality Determinate of the effects of Participatios". (Englewood Cliff, N.J. Prentice-Hall).
- Wilson, S: 1988, "La Otra Ciudad: De la Marginalidad a la Participación Social" Edit. Jurídica, Ediar Cono Sur Ltda., Chile.
- Wilson, N, S: 1976, "El proceso de Organización Comunitaria en Chile", Avec, Documento de Trabajo. Chile.

# Construcción y evaluación de una técnica de tamizaje de retrasos del desarrollo psicomotor (Primer Año de Vida)\*

María Isabel Lira L.

## RESUMEN

*El objetivo de este estudio fue construir una prueba de tamizaje que permitiera separar los niños con rendimiento psicomotor normal de aquéllos que probablemente no lo tienen y que requieren por lo tanto una evaluación más acabada. Poniendo así a disposición del personal que realiza el Control de Salud en los consultorios del S.N.S.S. o de monitores de la comunidad, un instrumento de fácil aplicación, muy breve (3 minutos aprox.), de bajo costo y con méritos psicométricos fundamentados.*

*Se elaboraron tamizajes para los 4, 8 y 12 meses de edad. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 4 niños estratificados por Coeficiente de Desarrollo y por edad. A todos se les aplicó el tamizaje y luego, la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Para cada edad se hizo un análisis de ítemes y se comparó los resultados de ambas pruebas, evaluando la sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Se elaboró un manual con indicaciones de administración, puntuación, interpretación de los resultados y criterios de referencia.*

*Se discuten los resultados, las ventajas, limitaciones y posibilidades de las pruebas estudiadas.*

## ABSTRACT

*The purpose of this study was to develop a screening tool to separate those infants with normal psychomotor development from those who probably have a delay and need further assessment. The main idea was to provide those who do health care with an easy, very short and inexpensive tool.*

*Three screening test (4, 8 and 12 month of age) were developed. The sample (N=460 infants) was stratified by age and developmental quotient. Each one received the screening test and the Psychomotor Development Assessment Scale. Results on both tests are compared and the sensitivity, specificity and predictive values are presented. A short Manual was prepared with instructions regarding administration, scoring, results interpretation and referral criteria.*

*Results, advantages and limitations of the screening test are discussed.*

La mortalidad infantil en Chile ha disminuído muy significativamente en las últimas décadas. Descendió de 47.5% en 1977 a 18.6% en 1987. Las cifras de desnutrición muestran también logros muy importantes, no atribuibles a cambios equivalentes en las condiciones socioeconómicas. Ha habido una acción

eficaz del sector salud. En un estudio efectuado en una muestra representativa de familias pobres de Santiago, se observó que un 87% de los niños eran llevados al primer control de salud antes del mes de edad, manteniéndose posteriormente en los menores de 2 años una frecuencia adecuada de controles en el

\* Psicóloga, Magister en Salud Pública. CEDEP

\* Esta investigación fue financiada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Proyecto 0062/91.

\*\* Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial. Román Díaz 26, Of 63.

89% de los casos (1). El control de salud ha sido eficaz por diversas razones; entre ellas, porque ha incorporado procedimientos de evaluación simples, sensibles, breves, que permiten tamizar posibles patologías para derivarlas oportunamente. Entre estos procedimientos básicos está, por ejemplo, el control de peso y talla; estos dos indicadores constituyen un aspecto central de la atención primaria, que ha llevado a acuñar afirmaciones del tipo: "Si un niño no crece bien, no se le puede considerar sano; si está creciendo bien, no puede estar muy enfermo". (2,3).

No obstante lo anterior, la meta en salud infantil, no es obviamente que los niños no se mueran, no se desnutran menos o se enfermen menos; la meta es el bienestar físico, psíquico y social del niño. Al ampliar así la perspectiva, la afirmación señalada se torna falsa: un niño puede estar creciendo bien y no obstante tener un marcado retraso del lenguaje o un retraso cognitivo, o alteraciones emocionales o retrasos en el área social. Es decir, los indicadores de salud física usados tradicionalmente en los programas infantiles son necesarios pero no suficientes. En el campo de la salud mental del niño hay pocos logros que mostrar y un largo camino por recorrer. En Chile, no existen estadísticas nacionales acerca de problemas del desarrollo psíquico en preescolares. Se dispone de algunos estudios que indican que a partir del segundo año de vida, las curvas de desarrollo psicomotor comienzan a ser significativamente distintas según el nivel socioeconómico a que el niño pertenece, siendo inferiores los promedios de los niños de estratos más bajos y creciente a mayor edad, la proporción de niños afectados en su desarrollo.

Las cifras de niños con rendimiento subnormal no muestran cambios importantes en los últimos 10 años (1,4-6). En relación a las acciones de salud, la idea de introducir como parte del Control de Salud de los niños, la evaluación sistemática del desarrollo psicomotor, tiene ya más de 15 años (7). La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (8), que debería según las normas del Ministerio utilizarse en el Control de Salud, es una técnica con méritos psicométricos (confiabilidad, validez, estandarización), bajo costo y que requiere capacitación breve. Su aplicación toma entre 7 y 15 minutos. Esta duración, muy breve en relación a la mayoría de las pruebas psicológicas es no obstante muy larga si se considera una aplicación masiva. El tiempo ha sido una de las razones que se ha invocado al no programar su aplicación en 3 de los 6 Servicios de la Región Metropolitana.(6)

Enfrentados a estas limitaciones de tiempo, las autoridades de salud en distintos países de América Latina han destacado la necesidad de disponer en salud mental de indicadores simples, como lo son por ejemplo el peso y la talla en relación al desarrollo físico del niño. En algunos lugares se ha optado por extraer

de los instrumentos de evaluación dos o tres hitos del desarrollo psicomotor en algunas edades, esperando que estos indicadores permitan el tamizaje de los niños con problemas. Este propósito no siempre se logra porque la selección de los indicadores no es posteriormente sometida a los procedimientos requeridos para la evaluación de este tipo de pruebas. Estos breves listados sobre las conductas esperadas en el niño a distintas edades, se incorporan a los "Carnets de salud" pero carecen con frecuencia de instrucciones precisas para la administración, puntuación e interpretación de los resultados; no siempre informan sobre la población en que se obtuvieron los datos normativos; no entregan por lo general información sobre la sensibilidad y especificidad de la técnica y no orientan sobre las decisiones a tomar a partir de los resultados obtenidos (9,10). Así las cosas, estas evaluaciones reflejan una buena intención pero no logran constituirse en un aporte relevante para la salud mental de los niños. En ocasiones, el marcado sesgo que tienen las ilustraciones en relación a la motricidad gruesa, contribuye además a entregar un mensaje errado sobre lo que se espera del desarrollo psíquico del niño. Los programas preventivos de salud mental infantil tienen grandes posibilidades de éxito en Chile porque existe no sólo la infraestructura de los servicios de salud sino el hábito muy arraigado de llevar a los lactantes a controles frecuentes durante los dos primeros años de vida. Esta situación, que ha hecho posible alcanzar metas importantes en la salud física puede dar frutos también en salud mental si se diseñan procedimientos adecuados a nivel de atención primaria.

Este trabajo se enmarca en el propósito general de diseñar tamizajes del desarrollo psicomotor que permitan a nivel de la atención primaria una evaluación masiva para detectar oportunamente desfases o alteraciones del desarrollo. A largo plazo sería conveniente contar con un tamizaje para cada mes de edad desde el primer mes hasta los 24. Dado que ésta es una tarea de gran magnitud se estimó, que en una primera etapa, debía contarse al menos con este procedimiento para el período en que se ha observado un aumento en la prevalencia del problema; es decir, a partir de los 15 meses (4). Un segundo criterio fue tomar nota de las edades en las cuales se hace Control de Salud en Chile en los consultorios de atención primaria. A partir de estas consideraciones se llevó a cabo durante 1990 un estudio que elaboró y evaluó tamizajes para los 15, 18 y 21 meses (12). El trabajo que se presenta en esta oportunidad es una ampliación de dicho estudio a otras edades.

En base a los antecedentes planteados, se persiguieron los objetivos de: construir una técnica de tamizaje de retrasos del desarrollo psicomotor para niños de 4, 8 y 12 meses; determinar para cada grupo de edad la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo

de la técnica y producir un manual con indicaciones de administración, puntuación de los ítems, interpretación de los resultados y criterios de referencia.

## METODO

La técnica de tamizaje es aquella que permite identificar un posible problema o patología no evidente, mediante la aplicación de exámenes u otros procedimientos que puedan ser aplicados rápidamente (13). Es decir, una técnica de tamizaje no intenta hacer diagnóstico. Las personas que obtienen un resultado positivo deben ser referidas para confirmar o rechazar la sospecha.

Para escoger los ítems que constituirían la técnica de tamizaje se tuvo en consideración que cada grupo de edad tuviera un ítem de cada una de las áreas motora, del lenguaje, social y de coordinación sensorio motriz según la definición dada de ellas en la

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (8); que la respuesta fuera fácil de evocar y no se afectara especialmente por la exposición a una situación nueva (examinador, sala, etc); que el criterio de aprobación fuera objetivo y fácilmente identificable en la conducta del niño; que la ubicación de un ítem se diera en la edad en la cual 75% de la población chilena tiene éxito y si no hubiera información nacional, seleccionar ítems en los cuales se diera mayor coincidencia en distintas escalas sobre la edad de adquisición.

Para estos efectos se revisó los ítems y sus propiedades estadísticas en la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (8) y en el test de Denver (14).

Los ítems seleccionados se presentan en la Tabla 1.

**TABLA 1: ÍTEMES SELECCIONADOS PARA EL TAMIZAJE**

Area	4 meses	8 meses	12 meses
Motora	1. Levanta y afirma cabeza	1. Tracciona hasta pararse	1. Camina de una mano
Lenguaje	2. Gira cabeza hacia sonido	2. Dice da-da o similar	2. Dice dos palabras
Coordinación	3. Sigue cuchara que se desplaza	3. Coge, movimiento rastrillo	3. Junta manos al centro
Social	4. Ríe a carcajadas	4. Come galleta solo	4. Entrega ante orden verbal

Para establecer las características de la técnica de tamizaje se evaluó a un conjunto de niños con dicha prueba y posteriormente a todos ellos con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. La técnica de tamizaje fue aplicada por una persona no profesional (Técnico en Bienestar Social). Se escogió intencionalmente ese nivel de preparación para que la aplicación de la prueba se diera en condiciones similares a aquéllas en que podría ser aplicada posteriormente. Finalizada la capacitación de la auxiliar, se inició la recolección de los datos aplicándose siempre primero la técnica de tamizaje y a continuación, a ciegas, la EEDP. Esta fue aplicada en todos los casos por la autora, quien tiene amplia experiencia en su uso.

Finalizado el plazo previsto para la recolección de

los datos, no se logró completar a los 4 meses de edad el mínimo de 30 casos requerido para analizar el grupo con  $CD < 70$ . A esta edad la prevalencia de retrasos es baja (alrededor de 5%) lo que indica que para ubicar 30 niños a partir de la población general se requiere evaluar unos 600 niños; más aún si se establece, como se hizo en este caso, la restricción de ausencia de rasgos patológicos evidentes.

Los resultados de tamizaje se expresaron en calificaciones de 1 a 4 (un punto por cada ítem) y los resultados de la EEDP, en Coeficientes de Desarrollo (baremo promedio).

La muestra, estratificada por edad y por Coeficientes de Desarrollo quedó constituida como se indica en la Tabla 2.

**TABLA 2: COMPOSICION DE LA MUESTRA SEGUN EDAD Y COEFICIENTES DE DESARROLLO**

Edad	Total	Coeficientes de Desarrollo		
		< 70	70-84	<85
4 ms.	127	12	43	72
8 ms.	173	43	27	103
12 ms.	160	33	31	96
TOTAL	460			

## RESULTADOS

En un cierto número de pruebas (35%) se cronometró el tiempo invertido observándose que el tamizaje requería poco menos de 3 minutos. Es decir, un tercio del tiempo que demanda la EEDP.

En términos generales, considerando los tres tamizajes (4, 8 y 12 meses) es posible afirmar que la distribución de los puntajes totales fue amplia, observándose variaciones entre el mínimo y el máximo posible (0 y 4 puntos)

Los ítemes presentaron distinto grado de dificultad, fluctuando el porcentaje de aprobación entre 9% y 89% como puede observarse en la Tabla 3.

**TABLA 3: PORCENTAJE DE APROBACION DE LOS ÍTEMES DEL TAMIZAJE**

Edad	Ítem	%
4 meses	1. Levanta y afirma cabeza	89
	2. Gira Cabeza hacia sonidos	14
	3. Sigue cuchara que se desplaza	80
	4. Ríe a carcajadas	82
8 meses	1. Dice da-da o similar	9
	2. Tracciona hasta pararse	61
	3. Coge movimiento rastrillo	77
	4. Come galleta solo	73
12 meses	1. Camina de una mano	45
	2. Junta manos al centro	88
	3. Entrega ante orden verbal	19
	4. Dice dos palabras	63

Como puede observarse en la Tabla 4, con la excepción del ítem 1 de los 8 meses, se dió una tendencia tal, que a mayor C.D., mayor es el porcentaje de aprobación en cada ítem.

**TABLA 4: Porcentaje de aprobación de los ítemes según el nivel de desarrollo psicomotor.**

Edad	Ítem	Porcentaje de aprobación		
		CD < 70	70-84	≥85
4 meses	1. Levanta y afirma cabeza	*	86	99
	2. Gira Cabeza hacia sonidos	*	2	22
	3. Sigue cuchara que se desplaza	*	74	89
	4. Ríe a carcajadas	*	77	93
8 meses	1. Dice da-da o similar	9	0	12
	2. Tracciona hasta pararse	23	63	76
	3. Coge movimiento rastrillo	16	93	98
	4. Come galleta solo	21	70	96
12 meses	1. Camina de una mano	0	19	69
	2. Junta manos al centro	61	97	95
	3. Entrega ante orden verbal	6	10	27
	4. Dice dos palabras	3	32	93

(\*) No se presentan los datos debido a que la muestra fue muy pequeña.

Para calcular las características de la prueba (sensibilidad, especificidad y valor predictivo) se dicotomizó el nivel de desarrollo psicomotor en dos alternativas:

Retraso:  $CD < 70$  vs  $CD \geq 70$

y Retraso y riesgo:  $CD < 85$  vs  $CD \geq 85$ .

Se requería también dicotomizar el puntaje del tamizaje en dos grupos para definir qué se consideraría tamizaje positivo o negativo. En este caso se optó por probar distintas alternativas, calculando para cada

una de ellas la sensibilidad y la especificidad. Si bien se valoró prioritariamente la sensibilidad, se consideró como el mejor equilibrio entre ésta y la especificidad, la mayor sumatoria de ambos indicadores. Esto determinó que en algunos casos el tamizaje sea positivo con calificaciones  $\leq 1$  y en otros con calificaciones  $\leq 2$ .

En la tabla 5 se presentan las características de las pruebas en la opción que pareció más adecuada.

**TABLA 5: DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PRUEBA**

Edad (meses)	Desarrollo (C.D)	Sensibilidad (1)	Especificidad (2)	Prevalencia %	Valor predictivo	
					Positivo (3)	Negativo (4)
4	< 70	-	-	-	-	-
	< 85	56	88	-	-	-
8	< 70	81	98	7	73	99
				16	88	97
	< 85	83	73	1	3	100
				10	25	97
12	70	94	86	4	22	100
	< 85	95	67	1	3	100
				2	6	100

(1) **Sensibilidad:** proporción de casos que resultan positivos entre los niños que efectivamente están subnormales.

(2) **Especificidad:** proporción de casos que resultan negativos entre los niños que efectivamente están normales.

(3) **Valor predictivo positivo:** proporción de niños con retraso o riesgo entre los positivos al tamizaje.

(4) **Valor predictivo negativo:** proporción de niños normales entre los negativos al tamizaje.

A los 4 meses no se calculó ni la sensibilidad ni la especificidad para la detección de retrasos, debido al número reducido de evaluaciones disponibles en ese grupo. Para detectar niños con riesgo, la mejor combinación de sensibilidad y especificidad se da en los valores  $\leq 2$ . Cuando un niño obtiene esta calificación, se debería considerar que su tamizaje resultó positivo.

A los 8 meses de edad, la mejor alternativa para detectar retrasos sería un puntaje  $\leq 1$ . Para detectar niños con riesgo la mejor combinación de sensibilidad y especificidad se da en los valores  $\leq 2$ .

A los 12 meses la mejor alternativa para detectar retrasos corresponde a los valores  $\leq 1$  y para la detección de riesgos, los valores  $\leq 2$ .

Con el objeto de complementar esta información se calculó para las combinaciones aceptables de sensibilidad y especificidad, los valores predictivos positivo y negativo.

Estos valores cambian según la prevalencia del problema. Se revisó los estudios disponibles (1,6) junto a la información obtenida en este trabajo, escogiéndose los valores más bajos y más altos de las prevalencias observadas. Para ellas se calculó los valores predictivos, lo que permite tener una idea del rango en el cual probablemente se moverían. Esta información se presenta en la parte derecha de la Tabla 5.

Como puede observarse, si el tamizaje de un niño es negativo, la probabilidad de que efectivamente esté

sano (valor predictivo negativo) es alta, superior al 97% en los tres tamizajes. En cambio, si la prueba resulta positiva la probabilidad de que tenga un retraso o riesgo en su desarrollo psicomotor fluctuaría, dependiendo de las prevalencias, entre un 3% y un 88% a los 8 meses y entre un 3% y un 48% a los 12 meses. Estas cifras orientan sobre las precauciones que hay que tomar al informar un resultado positivo y sobre la necesidad de re-evaluar antes de formular un diagnóstico.

## DISCUSION

Los puntajes totales de los tamizajes fluctúan en las tres pruebas presentadas entre el puntaje mínimo (0 punto) y el máximo (4 puntos). Este es un resultado positivo que revela la capacidad global de los tamizajes de entregar puntajes distintos para diferentes niveles de desarrollo. En las tres pruebas, ningún niño con retardo obtiene 4 puntos y ningún niño normal obtiene 0 punto.

Si se pasa el puntaje global al análisis de los ítems, se observa que los porcentajes de éxito plantean algunas interrogantes. Cuando se elaboraron los tamizajes, se seleccionó para cada edad, ítems que supuestamente el 75% de la población chilena aprobaría. Se podría esperar que este porcentaje no se alcanzara, ya que estando la muestra estratificada por CD, se forzó una proporción de niños con CD bajo, mayor a la existente en la población. Llama por eso la atención que en cinco de los doce ítems el porcentaje de éxito sea superior al 75%; tres de ellos pertenecen al tamizaje de los 4 meses de edad. Junto a esto se observó, en cada tamizaje, un ítem con porcentaje de aprobación significativamente bajo, menor al 20%. Este hecho podría atribuirse a la ubicación del ítem en el examen. Podría pensarse por ejemplo, que la primera prueba sorprende al niño con cierto temor ante la situación desconocida; no es éste el caso, ya que las tres pruebas con bajo porcentaje de aprobación están en distinta ubicación. Podría también explicarse el bajo porcentaje de éxito en función de la pertenencia a un área. En este sentido, debe destacarse que los tres ítems difíciles, pertenecen al área del lenguaje. Por eso, más que inferir que puede haber dificultades debidas al orden de presentación de los ítems, a su administración o corrección, este hecho sugiere posiblemente un mérito de las pruebas ya que serían sensibles a un hecho observado con frecuencia: el lenguaje es un área que aparece sistemáticamente disminuída en niños de nivel socioeconómico bajo, que son los que conforman parte significativa de la muestra. Entre los niños que aprueban estos ítems, el 75% o más son normales. Es decir, estos ítems serían difíciles pero discriminarían bien.

Cuando se analiza la proporción de éxito de cada ítem separando la muestra según el nivel de desarrollo, se observa también en el resto de los ítems, que en general a mayor CD, mayor es el porcentaje de éxito. Esto es positivo y permite afirmar que no sólo el puntaje total sino también la mayoría de los ítems muestran que el porcentaje de éxito alcanzado se asocia al nivel de desarrollo del niño.

En relación a la sensibilidad y especificidad, debe recordarse que estos indicadores no se calcularon para el grupo de 4 meses con retardo por considerarse muy pequeño el tamaño de la muestra. Para el grupo de riesgo de esa misma edad el tamaño de la muestra es aceptable, pero no lo son los valores obtenidos. Si se establece como puntaje positivo los valores  $\leq 2$ , la sensibilidad es muy baja (56) y se fija el puntaje positivo en los valores  $\leq 3$  la especificidad es muy baja (15). Este hecho pone en evidencia la dificultad que conlleva el hecho de reducir el número de ítems de una evaluación manteniendo niveles aceptables de rigurosidad. Esto se hace más evidente aún en los primeros meses de vida. Debe recordarse que algunos autores han sugerido que las mediciones del CD no deberían iniciarse, ni siquiera con instrumentos más extensos, antes del cuarto mes de vida, por la inestabilidad de estas mediciones iniciales (1).

En este sentido, los datos presentados para los 4 meses de edad, avalan el llamado de alerta que algunos autores han hecho (9,10) acerca de los indicadores del desarrollo psicomotor que han comenzado a introducirse sin previo análisis en los Carnets de Salud del niño en varios países latinoamericanos. Como se ha puesto en evidencia, para obtener un buen tamizaje no basta con escoger criteriosamente algunas de las pruebas de las escalas tradicionales. A partir de los datos obtenidos en este estudio, el uso de este tamizaje para los 4 meses no sería recomendable.

A los 8 y a los 12 meses, la situación es distinta. Es importante que la opción por una adecuada sensibilidad no signifique valores muy bajos en la especificidad, ya que esto anularía el ahorro de recursos en la evaluación debido a los requerimientos de confirmación del diagnóstico y/o programas de estimulación para los niños tamizados positivamente. En estas dos edades se logran valores de sensibilidad y especificidad adecuados tanto para tamizar retrasos como riesgos.

Una de las fuentes de variación en la sensibilidad y la especificidad de las pruebas, es la deficiente utilización de una de ellas. En este caso, dado los valores alcanzados en algunos indicadores y considerando que la prueba podría ser administrada por personal no especializado habrá de ponerse especial énfasis en una rigurosa capacitación que garantice no sólo una aplicación adecuada de técnica sino también

---

una interpretación correcta de los resultados y un conocimiento acabado de sus ventajas y limitaciones.

Debe recordarse además que es posible aumentar la sensibilidad de un instrumento aplicando pruebas en paralelo y aumentar la especificidad, aplicando pruebas en serie. Esto puede ser especialmente significativo para la detección de riesgos a los 8 y 12 meses.

Cabe destacar que los valores predictivos negativos son altos (97% a 100%) lo que significa que cuando el tamizaje resulta negativo, la probabilidad de que el niño tenga efectivamente un desarrollo normal es muy alta. El tamizaje salió negativo en prácticamente la mitad de los niños evaluados en un consultorio, donde el único criterio de selección de los que concurrían a Control del Niño Sano, fue la edad. Esto permite imaginar que si se capacitara, por ejemplo, a monitores de salud para aplicar el tamizaje, la enfermera podría concentrar su preocupación y su tiempo en el 50% restante.

En cuanto al valor predictivo positivo, los niveles alcanzados en algunas prevalencias esperables, son bajos. Sabido es que éste puede aumentarse al aplicar la prueba en poblaciones donde la prevalencia es mayor. Desde el punto de vista de la óptima utilización de los recursos sin duda resulta convenien-

te utilizar toda la información disponible para concentrar éstos en la población de mayor riesgo. Existe alguna información sobre factores asociados al desarrollo psicomotor, tales como la edad de la madre, la escolaridad de ambos padres y el peso de nacimiento (15). Utilizando estos u otros criterios se puede identificar previamente a los grupos de mayor riesgo, para aplicar en ellos los procedimientos de tamizaje, potenciando así el valor predictivo positivo.

En este estudio las características del tamizaje fueron contrastadas usando la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) como patrón de referencias ("gold standar"). La EEDP, como todo instrumento tiene también su rango de error. Podría por lo tanto, en futuros estudios, contrastarse estos tamizajes con otros instrumentos o procedimientos de diagnóstico.

En resumen, de los tres tamizajes elaborados, los de los 8 y 12 meses podrían comenzar a ser utilizados, en conocimiento que se encuentran en una etapa experimental. Su aplicación toma un tercio del tiempo requerido por la EEDP y puede ser hecha por personal auxiliar o de la comunidad. Este ahorro de tiempo es importante y puede evitar lo que se observa en la práctica en algunos consultorios: las evaluaciones de los niños agotan totalmente los recursos disponibles de manera que ellos quedan identificados pero no tratados.

## REFERENCIAS

- Bralic, S y otros. 1989. Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación crianza y desarrollo infantil. Informe Final. Santiago de Chile: Documento CEDEP.
- Rohde, J.E. 1988. Growth monitoring and promotion: an international perspective. *Indian J. Pediatr.* (Suppl.) 55: 1-3
- CLAP. 1991. Crecimiento y desarrollo perinatal. *Salud Perinatal* 3 (11) 137-140.
- Lira, M.I. y Rodríguez, S. 1970. Rendimiento psicomotor en niños de nivel socioeconómico bajo, durante su segundo año de vida. *Revista Chilena de Pediatría.* 50 (3), 35-41.
- Bralic, S y Rodríguez, S. 1981. Desarrollo psicomotor de niños chilenos de nivel socioeconómico bajo de distintos sectores geográficos y étnicos. Stgo. de Chile, publicación de PRUMIN-Ministerio de Salud.
- Lira, M.I. y Galvez, G. 1988. El Programa de Estimulación Precoz: 10 años después de una experiencia piloto. En M. Cusminsky, E. Moreno y E.N. Suárez-Ojeda (Eds) *Crecimiento y Desarrollo O.P.S., Publicación Científica N° 510.*
- Ministerio de Salud de Chile Programa de Salud del Niño y del Adolescente. 1979. Santiago de Chile.
- Rodríguez, S; Arancibia, V y Undurraga, C. 1985. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses. Santiago de Chile, Editorial Galdoc.
- Atkin, L. 1989. Analysis of instruments used in Latin America to measure psychosocial development and environmental risk in children from 0-6 years of age. México: documento del Instituto Nacional de Perinatología.
- Llanos, M. 1988. Los carnets de salud. Análisis y perspectivas en el campo de crecimiento y desarrollo. En M. Cusminsky, E. Moreno y E.N. Suárez-Ojeda (Eds) *Crecimiento y Desarrollo O.P.S., Publicación Científica N° 510.*
- Montenegro, H. y otros. 1978. Programa Piloto de Estimulación Precoz para niños de Nivel Socioeconómico Bajo entre 0 y 2 años: Informe Final. En S. Bralic y otros Estimulación Temprana Santiago de Chile.
- Lira, M.I. 1992; Construcción y evaluación de una técnica de rastreo de retrasos del desarrollo psicomotor (segundo año de vida) *Rev. Chilena Pediatr.*, 63 (3): 159-165.
- Medina, E. 1987. Métodos epidemiológicos en clínica y en salud pública. Santiago de Chile, publicación de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Frankenburg, W.; Dodds, J. y Fandal, A. 1970. Denver Developmental Screening Test-Manual. Denver: University of Colorado, Medical Center, Revised Ed.
- Lira, M.I. 1992. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico bajo. Documento Cedep.

# El psicólogo en instituciones de menores: Algunas consideraciones éticas contrastadas con el código de ética profesional chileno. <sup>(1)</sup>

Claudio Pizarro Hidalgo <sup>(2)</sup>

The University of Iowa

División of Psychological and Quantitative Foundations

## RESUMEN

*Una variedad de situaciones institucionales relacionadas con la práctica psicológica son analizadas desde el punto de vista de la ética profesional. Se incluye la relación instituto-psicólogo, (3) los conflictos de intereses, usos de las evaluaciones psicométricas para la ubicación de menores, algunas consideraciones relacionadas con el bienestar de los menores residentes, y el manejo de la información en los procesos de investigación científica. Además, se analiza el código de ética profesional chileno como fuente de orientación para los ejemplos proporcionados. Los casos están basados en la experiencia del autor y son presentados como una pauta para una posterior discusión profesional en asuntos éticos.*

## ABSTRACT

*This article introduces a variety of ethically sensitive issues related to the role of professional psychologist in youth homes. They include the psychologist-institutional relationship, conflict of interest, issues in testing and placement decisions, specific considerations of the welfare of the residents, and management of information in research processes. In addition, the Chilean Code of Ethic is analysed as source of orientation for given examples. The issues are based on the author's professional experience and are presented to be an initial agenda for later professional discussions on the topic.*

La actividad psicológica institucional creció aceleradamente con la aparición del Servicio Nacional de Menores en 1979 debido a que este organismo requirió que las instituciones beneficiarias del subsidio estatal que se les ofrecía contaran con servicios psicológicos. Desde entonces, los servicios psicológicos brindados en alrededor de 500 establecimientos han convertido el campo de los menores en situación irregular en una permanente fuente de acción para los psicólogos.

Este desarrollo ha hecho surgir variadas situaciones laborales que requieren del estar alerta a posibles conflictos éticos profesionales. Este artículo pretende mostrar algunas de estas situaciones y junto con estos ejemplos, discutir la utilidad que tiene el actual código ético para dar una orientación en este campo. Se analizará la relación institución-psicólogo en cuanto a la controversia de la utilización de la institución con fines de protección, las restricciones de la actividad del psicólogo derivadas de los servicios de jornada parcial, algunos ejemplos de conflicto de intereses,

(1) El autor agradece a Juan Edo. Cortés, Ps., Ursula Delworth, Ph.D. y Rebeca Conte, Lic. por sus valiosos comentarios

(2) The University of Iowa - Division of Psychological and Quantitative Foundations.

(3) El autor reconoce que la palabra "psicólogo" es de género masculino pero que, sin embargo, se refiere a profesionales de ambos sexos. Sólo por razones de facilitación de la lectura no se utilizará el agregado "o/a" para denotar la inclusión de ambos sexos en los artículos, sustantivos y adjetivos que se refieren a la profesión.

algunos cuestionamientos en evaluaciones psicométricas en relación a la ubicación de menores, aspectos del ambiente psico-social relacionado con el bienestar y derechos de los menores residentes, y el manejo de la información procedente de la investigación científica llevada a cabo en hogares de menores. Finalmente, se presentará una crítica al Código de Ética Profesional chileno.

## El problema de la institucionalización

Antes de tratar puntos específicos sobre ética, es necesario decir que la institucionalización como modalidad de tratamiento es a menudo criticada en círculos psicológicos por tender a enfatizar la relación menor-institución en desmedro de la natural relación menor-familia-comunidad. La importancia de este punto amerita ser tratado como tema único y escapa al alcance de este trabajo; sin embargo, se puede mencionar dos aspectos de este debate que pueden ser de interés, especialmente para el colega que recién se integra a una institución de menores. El primero dice relación con una posición generalizada dentro del ámbito institucional en la que se juzga que, para la mayoría de los casos atendidos, es necesaria la separación del menor de su familia de origen por razones de protección. Se considera que dicha protección es no sólo fundamental sino suficiente para las necesidades de un menor y, por cierto, superiores a las condiciones que originaron la internación. Así, un hogar con esta orientación ofrece comida, techo, algo de ropa, la matrícula en un colegio, dormitorios colectivos, algún espacio para jugar, algunas actividades recreativas, poco o ningún contacto con la familia de origen, alguna vigilancia, atención de salud, un reglamento y una red social compuesta en, aproximadamente, un 70% por pares y personal de la institución (Pizarro, 1993). Sin embargo, al considerar diversos modelos de funcionamiento y desarrollo psicológicos como la escala jerárquica de necesidades de Maslow, los estadios de desarrollo de la personalidad de Erikson, el desarrollo de actitudes sociales de Horney, etc., estas intervenciones tradicionales de protección quedan muy cortas si el objeto es lograr un desarrollo más integral en los menores.

El segundo aspecto problemático observado en las instituciones se refiere a la falta de una posición teórica que organice y oriente. La experiencia de este autor indica que las instituciones en general no determinan claramente su orientación teórica de tratamiento (o no la tienen) tendiendo la gran mayoría a caer, por un lado, en el modelo separacionista (del medio social natural) de tratamiento y, por otro lado, en la departamentalización de los profesionales y las unidades de la institución. El resultado es que se pierde la posibilidad de un tratamiento integrado y

guiado por una filosofía unificadora. Este modo de funcionar tiende a validar las críticas en contra de la institucionalización.

El debate sobre la institucionalización ha sido experimentado en otros países con más trayectoria psicológica que la chilena. En Estados Unidos, por ejemplo (y que es mencionado por ser la experiencia más conocida por este autor después de la chilena), se conformó un fuerte movimiento hacia el tratamiento breve y la desinstitucionalización tanto en el ámbito de menores como en el psiquiátrico. Los resultados son mixtos y parecen depender de la gravedad de los casos a tratar. Casos con poco éxito se observan en (1) la "desinstitucionalización" practicada en la población de pacientes esquizofrénicos y (2) en los menores con algún conflicto con la justicia. A los primeros se les ve deambulando en estados deplorables por los parques y calles de las grandes ciudades, y los segundos tienden a presentar una alta recidiva y un creciente grado de peligrosidad social.

A pesar de que los internados de menores presentan deficiencias que ponen en duda su validez como alternativas de tratamiento psico-social, es muy probable que perduren indefinidamente ya que, por un lado, no existen suficientes alternativas de tratamiento en el medio social natural que satisfagan la demanda y, por otro lado, algunos casos son en realidad menos apropiados para tratamientos en el medio libre debido al nivel de peligrosidad que presentan para la sociedad (no podemos olvidar que el desorden de personalidad antisocial descrito en el DSM-III-R comienza a desarrollarse durante la adolescencia o antes).

## El rol del psicólogo dentro de la institución.

El accionar del psicólogo institucional está influido (¿determinado?) por los supuestos con los que operan los administrativos de la institución y por los límites profesionales que el psicólogo acepta para sí mismo. Lo anterior no se refiere a las funciones del psicólogo que están definidas en los reglamentos del Servicio Nacional de Menores, sino a los principios, creencias, o modos de funcionar con los que el psicólogo se encuentra al ingresar a una institución. La que se tiene respecto a la práctica de la psicología se refleja en frases, comúnmente expresadas por administrativos de la institución, como las siguientes: "necesitamos un psicólogo para que trate a algunos niños-problemas", "...para tener a alguien a quien los niños puedan contarles sus problemas", "para medir la inteligencia de los niños". Así, comúnmente, las actividades del psicólogo se reducen al aspecto psicométrico y/o a algunas intervenciones individuales. Esta es una situación que merece ser reevaluada ya que establece una pobre imagen del quehacer profesional. Se

observa además, que, a pesar de que la mayoría de las instituciones cuentan con psicólogo(s), prácticamente ninguna de ellas (existen contadas excepciones) ofrece programas de tratamiento en base a definidos principios psicológicos y/o psicosociales (tratamientos cognitivo-conductuales), de manejo de impulsos, para el desarrollo de habilidades asertivas, de drogadicción, grupos de apoyo, etc.).

Desafortunadamente, esta estrecha definición del accionar del psicólogo se consolida aún más con el ingreso a este campo de psicólogos jóvenes que, por lo general, no disponen de suficiente libertad para redefinir una proposición laboral o, en última instancia, rechazar un empleo. Estas condiciones se dan debido a que (1) no tienen suficiente experiencia en instituciones, (2) su experiencia en relaciones laborales es mínima, (3) en muchos casos se encuentran en proceso de titulación y, por supuesto, (4) con necesidad de entrar al mundo laboral (Winkler, Prado, Casanueva, y Cáceres, 1988).

A pesar de lo anterior, un psicólogo debe estar consciente que el aceptar una definición estrecha de su actividad afectará no sólo a su persona sino también al receptor de sus servicios (institución, menores, etc.), a los psicólogos que vengan posteriormente, y al desarrollo de la profesión en general.

Este problema se puede aminorar si en el momento de la entrevista laboral con la institución se plantea el rango de posibles servicios que se pueden ofrecer, es decir, una aclaración de la actividad profesional. Ahora si ya se es parte de un hogar, el psicólogo puede ampliar la visión de las autoridades institucionales a través de la presentación de diferentes proyectos, tales como: de estrategias de reintegración social alternativas, de acciones integradas del equipo profesional, de prevenciones específicas (embarazo, fugas, drogadicción, etc.), de modificación conductual, de entrenamiento del personal de trato directo, de manejo del recurso humano para los directores, de redes de apoyo social dentro del tratamiento del menor, de supervisión de prácticas profesionales, de satisfacción laboral, de rotación de personal, etc. Los "Lineamientos Generales para los Proveedores de Servicios Psicológicos" de la Asociación Americana de Psicología ("General Guidelines for Providers of Psychological Services", 1987 da una pauta de actividades consideradas propias del psicólogo; ellas son las siguientes:

A.- Evaluación y diagnóstico del funcionamiento de individuos, grupos, y organizaciones.

B.- Intervenciones, preventivas y ameliorativas, que facilitan el funcionamiento de individuos, grupos, y organizaciones.

C.- Consultorías en relación A y B.

D.- Servicios de desarrollo de programas en las áreas A,B, y C.

E.- Administración y supervisión de servicios psicológicos

F.- Evaluación de todo servicio psicológico (pag 2).

## Servicios de jornada parcial

No es infrecuente que las instituciones determinen el número de horas-psicólogo de acuerdo a configuraciones de su presupuesto más que de acuerdo a una evaluación de las necesidades de los menores residentes. Un psicólogo debería considerar la calidad de su futuro desempeño antes de aceptar contratos con estrechas horas de servicio por semana ya que sólo debería ofrecer servicios que sean de real beneficio para la institución y sus menores. Desde este punto de vista, se debe disponer del tiempo suficiente no sólo para implementar algún programa sino también para evaluar aquellos que se estuvieren empleando y para complementar efectivamente al equipo profesional existente.

El número mínimo de horas debería guardar relación con las responsabilidades profesionales, legales y éticas que se adquirieran. La delimitación del tiempo mínimo necesario para la completación eficiente de algún servicio es responsabilidad del psicólogo. Por lo tanto, los tipos de servicios buscados por la institución se deberían renegociar si se consideran inadecuados en relación a las horas contratadas. Como regla general, los psicólogos sólo deberían aceptar trabajos con un número de horas que les permitiera completar efectivamente sus servicios. Todo lo anterior no significa un rechazo al trabajo por horas ni el desconocer su eficacia sino el estar atento a sus limitaciones y, especialmente, a sus consecuencias.

## Conflicto de intereses.

Un psicólogo institucional se encuentra en una situación en que debe lealtad a tres instancias: el receptor individual de sus servicios (4) (el menor), la institución que lo contrata, y la profesión.

(4) En instituciones que atienden personas que han perdido sus derechos civiles se acepta que el cliente del psicólogo es la institución que lo contrata y no el interno per se.

El conflicto ético se produce cuando la observación de alguna de ellas implica un perjuicio real o potencial para las otras. Por ejemplo, en instituciones con presupuestos pequeños, donde a menudo se emplea a un mínimo de personal que tiene que cumplir diversas funciones, se puede dar el caso que a un psicólogo se le asigne el rol de terapeuta para los menores y también el de miembro del comité de disciplina. Estos roles se consideran éticamente incompatibles. En otra situación-ejemplo se da el caso de solicitar al psicólogo que brinde psicoterapia a una persona de la institución con quien además se puede potencialmente tener el rol de supervisor. En ambos casos la lealtad al consultante puede entrar en conflicto con el interés de promover un mejoramiento del funcionamiento de la institución.

Estas situaciones de roles éticamente incompatibles no son obvias para la organización y muchas veces se descubren cuando surge el conflicto. Si aceptamos que los psicólogos deben ser justos y confiables en sus relaciones (Kitchener, 1985), esta dualidad debe ser evitada y la, a veces inevitable, multiplicidad de roles cuidadosamente revisada dentro de las instituciones.

La incompatibilidad se puede dar también entre los intereses de la institución y los intereses de la ética profesional. Por ejemplo, un psicólogo podría recibir presiones para obtener cierto diagnóstico y desfavorecer la consideración de otros cuando se quiere retener, reubicar o egresar a un menor para su supuesto bien o "el buen funcionamiento de la institución". La aceptación de tales presiones puede tener indeseables consecuencias tales como el reforzar un estilo manipulador de la Dirección y el desprestigiar los procedimientos diagnosticados.

En situaciones como la mencionada, es aconsejable solicitar la opinión de un colega sobre el conflicto planteado y/o tratar el problema en las reuniones del equipo profesional. Esto último permitiría disminuir la presión de la Administración sobre un solo profesional y compartir así la responsabilidad de una decisión.

En casos de conflicto éticos, el psicólogo debe comunicar claramente a todas las partes acerca del dilema surgido y su posición profesional a este respecto. Las posteriores opciones van desde aquellas que tratarán de cambiar el sistema desde adentro hasta, en situaciones de conflicto severo, el retirarse de la institución.

## **Evaluaciones y decisiones de colocación.**

Algunas instituciones que están bajo el sistema de Protección Simple (uno de los principales sistemas de

atención que subsidia el Servicio Nacional de Menores) tienden a rechazar a menores postulantes que presentan un coeficiente intelectual Normal Lento en su cota inferior, y, definitivamente a los con diagnóstico de Límitrofe. La razón aparente para esta acción parece estar en el supuesto de que los hogares de este sistema serían para niños "normales" en contraste con los establecimientos para niños con subnormalidad intelectual. Esto es una paradoja ya que se rechaza a un niño por sufrir los efectos de la condición que le ocasiona el ingreso a esta institución. El bajo rendimiento en las pruebas de inteligencia no sólo es índice de sus habilidades cognitivas sino también de su condición de privación cultural (Wellman 1932a, 1932b). Es ampliamente aceptado que (1) las pruebas de inteligencia como las pruebas Wechsler requieren de cierto grado de educación formal (2) que el ambiente psico-social juega un rol importantísimo en el desarrollo de las habilidades cognitivas. La mayoría (sino todas) de los menores en situación irregular vienen, precisamente, de ambientes privados caracterizados por la falta de estimulación relacionada con habilidades académicas. Esta privación y sus efectos no deberían ser consideraciones para el rechazo de un niño, si el internado es su única opción, sino al contrario.

Los psicólogos deben estar atentos a situaciones como ésta ya que sobre ellos recae la primera responsabilidad de las evaluaciones intelectuales. Ellos son responsables éticamente por la adecuada administración de una prueba y por la interpretación de los resultados debido a que son los psicólogos quienes mejor conocen tanto la utilidad como las limitaciones de las evaluaciones psicométricas. También corresponde a los psicólogos el salvaguardar los resultados de un test de cualquier mal uso o mala interpretación o que pudiera afectar negativamente al bienestar del menor.

Es importante también recalcar que la responsabilidad de un diagnóstico recae sobre el profesional y no sobre un mero puntaje. Un puntaje de Coeficiente Intelectual no es una instancia autónoma de decisión sino un índice que ayuda al psicólogo a tomar una determinada decisión. Ningún puntaje obtenido en una prueba psicométrica debería decidir la colocación de un menor en situación irregular. Se debe recordar que las pruebas de inteligencia no han sido designadas para ello. Además, como la más popular de ella, la prueba WISC, no ha incluido menores con tales privaciones en su validación, su uso debe ser cuidadoso.

## **Consideraciones relacionadas con el bienestar del residente.**

Una importante responsabilidad de un psicólogo institucional es promover el bienestar de los menores residentes. Por lo tanto, su intervención no está solamente dirigida a los individuos sino también a la

institución y sus políticas. Dos ejemplos concretos y un documento que proporciona una orientación al respecto se presenta a continuación:

**Derecho a privacidad.** Sieber & Stanley (1988) entienden por necesidad de privacidad "el interés de la persona por mantener un control de los límites entre el yo y los otros" (pág.53). Estos límites pueden ser de tipo físico o psicológico. La necesidad de privacidad se hace mayor a medida que el menor crece y se desarrolla convirtiéndose en una variable de su bienestar.

Por diferentes razones (e.g., económicas, de espacio, políticas), las instituciones pueden subestimar la necesidad de privacidad de los menores. Esto se observa en la existencia de dormitorios colectivos, en la ausencia de espacios privados, en la falta de muebles propios, en el aprovisionamiento inadecuado de casilleros, etc. Un psicólogo debería promover mejoras de las condiciones que inhiban el desarrollo y bienestar psicosocial de los menores.

**Confidencialidad.** La protección de la confidencialidad (o secreto profesional) es el principio ético que, probablemente, está más fuertemente asociado al desempeño de un psicólogo. Sin embargo, la aplicación de este principio se dificulta debido a las múltiples intervenciones a las cuales los menores están expuestos y a la naturaleza misma de la institución (e.g, la información es manipulada por otros profesionales, por secretarías, por estudiantes practicantes de diversos campos). A pesar de todo esto, el psicólogo es responsable por el mantenimiento de un sistema apropiado de control del acceso a la información dada por los menores en una relación profesional. El psicólogo, consecuentemente, debe asumir las responsabilidades de brindar entrenamiento en procedimientos confidenciales al personal de oficinas, al personal de administración y a otros profesionales. Este entrenamiento puede incluir temas como: el derecho a la confidencialidad, manejo de la información por profesionales y no-profesionales, acceso a ficheros, información otorgada a las escuelas, etc.

**Los derechos del niño.** La declaración de los derechos del niño de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1959 ayuda a establecer la posición ética de profesionales y organizaciones que trabajan con menores. En ella se formulan principios que afirman los derechos del niño a: (1) recibir tanto protección especial como oportunidades y facilidades que le permitan desarrollarse en una manera normal, saludable y en condiciones de libertad y dignidad; a recibir tratamiento especial, educación y cuidado si fuera minusválido; (2) crecer en una atmósfera de afecto y seguridad y, en lo posible, bajo la responsabilidad de sus padres; (3) recibir educación; (4) ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y

explotación; y (5) ser protegido de prácticas que impliquen cualquier forma de trato discriminatorio (Organización de las Naciones Unidas, 1971).

## Consideraciones éticas de la investigación institucional.

Una investigación con propósitos científicos puede conllevar inesperadas consecuencias para las vidas de los participantes, el personal, y la dirección del establecimiento. Los siguientes son ejemplos, hipotéticos, (1) el brindar resultados a organismos de difusión podría resultar perjudicial para la imagen social de la institución si fueran presentados incorrectamente; (2) los resultados podrían prestarse para manipulaciones administrativas que podría afectar la asignación de presupuestos; (3) la institución podría tomar decisiones prematuras con los menores o con el personal en base a datos aún no validados, etc.

Investigadores y memoristas no deben ignorar las consecuencias de sus informes o asumir que el conocimiento es éticamente neutral o que no deben preocuparse en como los resultados de sus investigaciones serán aplicados (Kelman, cit. en Sieber & Stanley, 1988; Hoshmand, 1989). Por el contrario, un investigador debería estar atento a los dilemas éticos que pudieran surgir durante y después del proceso de investigación. Los procedimientos de acceso y manejo de la información deberían estipularse y comunicarse ojalá en forma escrita, por adelantado a todas las partes comprometidas. Consideraciones como estas pueden ayudar a evitar situaciones posteriores inconvenientes.

Por otra parte, es un imperativo ético para aquellos que no hacen investigación el hacer uso y estar al día de la información científica de la profesión. En caso de no haber información previa disponible, las intervenciones deben ser cuidadosamente planificadas, responsablemente implementadas y, finalmente evaluadas de manera tal que estas experiencias se puedan sistematizar y, ojalá, difundir.

## Nuestro Código de Ética Profesional.

Antes de analizar el actual código de ética, es importante hacer una distinción entre código o estándares éticos y principios éticos. Kitchener (1985) define código ético como a un conjunto de estándares concretos "que los profesionales implícitamente aceptan seguir en su práctica, en virtud de su pertenencia a la organización" (pág. 18). Por otro lado, los principios éticos se pueden conceptualizar como ideas valóricas más generales que enmarcan las grandes

vías de las conductas profesionales, no especifican conductas concretas sino que son proposiciones más abstractas, generales, y fundamentales que los estándares éticos.

Un ejemplo de estándar ético dice que los psicólogos deben tomar las debidas precauciones para resguardar la reserva de la información proporcionada por el paciente/cliente. Esta práctica se puede explicitar aún más indicando o sugiriendo procedimientos específicos tales como: la mantención de fichas y documentos en un lugar seguro y protegidos de la intrusión de terceros; el entrenamiento del personal auxiliar en principios y procedimientos éticos que resguarden la reserva; el evitar difundir información de los clientes en forma innecesaria a otras organizaciones de salud, etc.

El buscar el beneficio del paciente, el evitar dañarle, el respeto a los derechos del niño y la dignidad de las personas son ejemplos de principios éticos. La función de estos principios es enmarcar y justificar racionalmente una determinada decisión ética. Así, acciones concretas de un profesional pueden ser defendidas, criticadas o sancionadas de acuerdo a su apego a estos principios.

En opinión del autor, un código ético profesional debe tener ambos elementos, es decir, un conjunto de principios éticos acompañados de procedimientos o mandatos más específicos. Esta idea no es nueva y de hecho el código de ética norteamericano adoptó este formato oficialmente en diciembre de 1992. (5)

Muchos códigos de ética profesional no muestran claramente este esquema; existen códigos que indican procedimientos sin establecer específicas conexiones con algún principio. Lo contrario también es cierto, es decir, códigos que son principalmente un conjunto de ideas valóricas sin especificar conductas concretas propias de la profesión.

Desde el punto de vista planteado, se puede decir que existen pocos estándares o reglas en el Código de Ética Profesional (1981) chileno que claramente indiquen procedimientos regulares de un profesional psicólogo. Estos serían: (1) el Artículo 11º que dice que "Corresponde al psicólogo guardar la debida reserva respecto a los acontecimientos e informes que haya conocido o que sus pacientes le revelaren en el ejercicio profesional..." (pág.2); (2) el Artículo 12º sobre informes psicométricos, y (3) los artículos 33º al 39º que prohíben la tortura.

Por otro lado, solamente en dos artículos se encuentran principios éticos; el Artículo 4º que señala que la práctica de la profesión "...entraña respeto a sus pacientes; a las personas que involucre, y a la sociedad en general." (pág 2) y el Artículo 5º que postula que "La relación entre el psicólogo y sus pacientes, deberá desarrollarse en un estricto marco profesional y respetándose la dignidad del paciente" (pág 2).

Debido a este limitado desarrollo de principios éticos y de especificaciones de conductas éticas, el psicólogo chileno en general, y el psicólogo que trabaja en instituciones en especial deben conducirse a sí mismos de acuerdo a, por un lado, sus interpretaciones de los principios encontrados en el código y, por otro, a sus propios criterios profesionales.

Pero no sólo esta situación mueve a meditar sobre el estado actual de nuestro código sino también al creciente número de colegas jóvenes provenientes de las nuevas universidades. No es osado afirmar que esta última situación hace resaltar aún más la importancia de un código de ética profesional que sirva de base para establecer juicios éticos que ayuden a ofrecer, en este sentido, una práctica profesional responsable, consistente, y de una calidad estándar mínima.

Finalmente, cabe recordar que un código no es solamente útil para definir el comportamiento ético de un profesional, sino también para clarificar las expectativas de aquellos que reciben sus servicios y para guiar a aquellos (colegas, jueces, usuarios, etc.) que evalúan o sancionan la actividad del psicólogo (American Psychological Association, 1987).

## Conclusiones.

A principios de la década de los 80, el acelerado aumento de instituciones de menores amplió igualmente este campo laboral para los psicólogos. El papel profesional de éstos merece una revisión desde el punto de vista ético. Los principales peligros son una definición limitada de la actividad psicológica por parte de las instituciones y la inexperiencia de los nuevos profesionales.

Otro aspecto de la relación psicólogo-institución mencionado fue la contratación de servicios por horas semanales en donde se sugiere considerar aspectos de eficacia en los servicios ofrecidos.

(5) Algunas de las proposiciones que se encuentran en este artículo son similares no al previo pero al actual código norteamericano; por esto es conveniente aclarar que este artículo fue escrito en enero de 1991.

---

En el trabajo institucional se definieron tres tipos de lealtades profesionales: al menor, a la institución, y a la profesión. Entre las probables situaciones que implican conflicto ético en el desempeño profesional se nombró a la dualidad de roles y las presiones políticas administrativas internas.

Se discutió brevemente el papel del puntaje de un test de inteligencia en el proceso de decisión indicándose que la responsabilidad de ésta no debe recaer sobre un puntaje sino sobre la persona que hace el diagnóstico.

En relación al bienestar del residente de una institución de menores, se mencionó dos principios éticos específicos (el derecho a la privacidad y a la confidencialidad) y se propuso la "Declaración de los derechos del niño" de las Naciones Unidas como criterio guía. Se sugirió que el psicólogo no sólo promoviera el bienestar psicosocial del menor en concordancia a estas áreas, sino que también tomara un rol educador dirigido a los diferentes agentes de la institución involucrados en el cumplimiento de estos objetivos.

Debido a que en las instituciones se realizan investigaciones científicas, se presentó algunos problemas éticos que pueden surgir en relación a este tipo de intervenciones.

Finalmente, se hace una distinción entre "código ético" y "principios éticos" para analizar nuestro código de ética profesional y se critica su limitada utilidad como guía en el accionar institucional. En consecuencia, hasta que no se inicien discusiones éticas en esta área, se requiere que el psicólogo institucional esté atento a percibir los conflictos éticos que puedan aparecer en el ejercicio de su profesión.

Quizás, el estado actual de nuestro código sea el reflejo de la falta de comunicación entre los psicólogos después de su egreso a las universidades. Esta

situación no favorece un intercambio de experiencias sobre el desempeño profesional que permita un desarrollo ético constante.

Dadas estas situaciones, y ya con una década de experiencia, es razonable plantearse una revisión del accionar psicológico en los hogares de menores tanto desde un punto de vista teórico (¿es la institución una instancia de intervención adecuada para el problema del menor?, ¿son válidos y confiables los procedimientos de evaluación intelectual en esta población?) como también pragmático (¿qué hacer ante la dualidad de roles?) como ha sido la orientación de este artículo. Una acción evaluativa como la propuesta obviamente no sólo debe considerar la perspectiva ética sino también diferentes aspectos como: (1) estrategias de tratamiento al menor en situación irregular (hoy en día con un mayor énfasis en la desinstitucionalización), (2) aporte a las políticas institucionales, (3) roles del psicólogo dentro de la institución, (4) los hogares de menores como fuente de investigación científica y blanco de tesis de grado, (5) el entrenamiento dado en las universidades relacionado con la irregularidad social, (6) los hogares como posible sitio de práctica profesional, etc.

La constante evaluación es propia de toda actividad científica y es más que deseable en el ámbito profesional ya que permite mantener los aciertos y corregir los errores para así mantener un sólido desarrollo de la profesión a través del usufructo de la experiencia.

Finalmente, se enfatiza que este trabajo tomó una orientación práctica y no ha pretendido ser exhaustivo en el tema. Tampoco ha habido intención de ser negativo en el cuestionamiento de nuestro código. El objetivo principal ha sido el presentar una agenda inicial, surgida de una particular experiencia e inquietud profesional, a modo de que sirva para posteriores discusiones éticas.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (1987). General Guidelines for Providers of Psychological Services.
- Colegio de Psicólogos de Chile A.G. (1981). Código de ética profesional. Santiago, Chile.
- Hoshmand, L.S.T. (1989). Alternate Research Paradigms: A Review and Teaching Proposal. *The Counseling Psychologist*, 17, (1), 3-79.
- Kitchener, K.S. (1985). Ethical Principles and Ethical Decisions in Student Affairs. En H.J. Canon & R.D. Brown (Eds.), *Applied Ethics in Student Services*. New Directions for Student Services, nº 30. Sn. Francisco: Jossey-Bass.
- Pizarro, C.J. (Julio, 1993). Características de las redes de apoyo social del adolescente institucionalizado. Trabajo presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile, 4 al 9 de Julio de 1993.
- Servicio Nacional de Menores. (1987) Informativo sobre el Servicio Nacional de Menores. Santiago, Chile.
- Sieber, J.E. & Stanley, B (1988). Ethical and Professional Dimensions of Socially Sensitive Research. *American Psychologist*, 1, 49-55.
- United Nations (1971). Declaration of the Rights of the Child. (OPI/422-300028-January 1971-50M). New York: United Nation Office of Public Information.
- Wellman, B.L. (1932 a) Some new bases for interpretation of the I.Q. *Journal of Genetic Psychology*, 41:116.
- Wellman, B.L. (1932 b). The effects of preschool attendance upon the I.Q. *Journal of Experimental Education*, 1:48
- Winkler, M.I., Prado, M.T., Casanueva, C. & Cáceres, C. (1988) Actividad Psicológica en Sectores Populares. Resultados de un Estudio Exploratorio. *Terapia Psicológica*, 10, 58-65.

### A NUESTROS COLEGAS:

EL PROXIMO NUMERO DE LA **REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA** ESTARA DEDICADO AL TEMA PSICOLOGIA Y JUVENTUD (JUNIO DE 1994).

INVITAMOS A LOS COLEGAS A ENVIARNOS ARTICULOS RELACIONADOS CON ASPECTOS DE INTERES QUE CONCERNEN A LOS JOVENES EN LA ACTUALIDAD (HASTA EL 15 DE ABRIL DE 1994).

#### TRABAJOS SOBRE:

- TEMAS EDUCACIONALES
- RESPONSABILIDAD PENAL
- CONSUMO DE DROGAS
- CONDUCTA SEXUAL
- TELEVISION Y VIOLENCIA

VALORES Y CREENCIAS SERAN ESPECIALMENTE BIENVENIDOS.

**COMITE EDITORIAL**

# Diferencias neuropsicológicas en niños con retardo lector severo de distinto nivel socio económico

Luis Bravo Valdivieso\*  
Jaime Bermeosolo y Arturo Pinto

## RESUMEN

*Se presentan los resultados de un estudio de seguimiento de 30 niños con retardo lector severo pertenecientes a escuelas de niveles socioeconómico (NSE) bajo y su comparación, en dos etapas, con 30 niños con retardo lector de NSE medio. Las comparaciones se efectuaron mediante el WISC-R; en la primera etapa ambos grupos eran equivalentes en edad cronológica, y en la segunda, en nivel de atraso lector ("edad lectora"), teniendo los de niños de NSE bajo dos años más que el otro grupo.*

*Los resultados indican que los RL de NSE bajo estuvieron inicialmente bajo los RL de NSE medio en todos los subtest, salvo aritmética. En el postest, superaron sus deficiencias en el área verbal y las mantuvieron en el área de ejecución, especialmente en ordenación de historias y claves.*

*Se analiza la hipótesis de desarrollos neuropsicológicos diferenciados, asociados con de nivel socio económico de origen. Los niños con retardo lector severo de NSE bajo tendrían un ritmo maduracional más lento en los procesos verbales que los sujetos con retardo lector de NSE medio. En cambio, las desventajas en áreas perceptivas son más persistentes.*

## ABSTRACT

*This paper presents the results obtained in a follow-up study of 30 severely reading retarded children, belonging to low socioeconomic level school, and a two-stage comparison with 30 reading retarded middle-class children. The comparisons were made by means of the WISC-R IQ test: in the first stage both groups were equivalent in chronological age, and in the second in reading backwardness ("reading age").;*

*The results show that low socioeconomic level retarded readers initially scored under middle class children in all subtests, excepting math. In the post-test they overcame their deficiencies in the verbal area, maintaining them in the performance area, especially in picture arrangement and coding.*

*The hypothesis of a differential neuropsychological development is analyzed, its association with the socioeconomic level, and of a slower maturational rhythm of the verbal processes involved, in reading retarded children of low socioeconomic level.*

\* Departamento de Educación Especial, Universidad Católica, Casilla 114-D Santiago de Chile. Investigación efectuada con financiamiento FONDECYT.

## INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de una investigación comparativa de seguimiento sobre algunas características neuropsicológicas de niños con retardo lector severo —o disléxicos— y su nivel socioeconómico (NSE).

Diversas investigaciones señalan diferencias en el desarrollo intelectual, neuropsicológico y cognitivo de los niños pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos y culturales. Estas diferencias siempre muestran menor rendimiento en los niños pertenecientes al NSE bajo, lo cual ha servido para explicar la fuerte incidencia que tiene el fracaso escolar y la alta tasa de dificultades de aprendizaje en las escuelas de ambientes populares. Estas diferencias pueden explicarse por la influencia que ejercen los factores socio culturales y económicos sobre el desarrollo psicológico. (Amante, Van Houten, Grive, Bader y Margules, 1977; Bravo y Montenegro, 1977; Bravo, 1990).

Estas explicaciones relacionadas son de dos clases: unas que estiman que los niños de NSE bajo tendrían un menor rendimiento intelectual, y otras que consideran que los distintos modelos de interacciones socioculturales y familiares —dependientes de situaciones económicas desfavorables— producen diferencias cualitativas en el desarrollo neuropsicológico, que no necesariamente se traducen en retardo mental. (Montenegro, 1992, Alvarez, 1982).

Las explicaciones en términos de "retardo" no aparecen totalmente satisfactorias, debido a que entre los niños pertenecientes a los NSE deprivados hay muchos que no presentan trastornos de aprendizaje y porque tampoco explican cómo se producen las interacciones escolares desfavorables para el aprendizaje (Bravo, 1990).

La segunda alternativa implica la hipótesis de que hay **diferencias cualitativas** en el desarrollo neuropsicológico, que se manifiestan en las estrategias cognitivas y psicolingüísticas de los niños de NSE bajo, que pueden explicar sus dificultades para aprender. Estas diferencias pueden ser consecuencia de un menor ritmo maduracional o de la estructuración diferente de algunos procesos neuropsicológicos específicos que se traducen en estrategias de aprendizaje inadecuadas para las metodologías y programas de enseñanza de las escuelas básicas.

Esta hipótesis significa que habría diferencias entre niños pertenecientes a distintos medios socioeconómicos y culturales en algunos procesos cognitivos y verbales asociados con los trastornos para aprender a leer. En el caso de los niños disléxicos,

cuadro en el cual se ha comprobado la presencia de evidentes alteraciones del desarrollo neuropsicológico, (Galaburda, 1989, Steinmetz y Galaburda, 1991; Hynd, Marshall y Semrud - Clikeman, 1991; Hynd y Semrud-Clikeman, 1989; Bravo, 1993), habría interacciones durante el desarrollo, entre las variables cerebrales y culturales que originan estrategias diferentes e insuficientes del aprendizaje de la lectura. En otros términos, las dislexias serían parcialmente, culturalmente dependientes.

## Desarrollo neuropsicológico e interacciones socioculturales.

Una característica de los trastornos específicos de aprendizaje de la lectura—o dislexia—, es que están asociados con alteraciones del desarrollo neuropsicológico, ocurridas bastantes años antes que los niños inicien su escolaridad. Sin embargo, algunas manifestaciones cognitivas y psicolingüísticas propias de los disléxicos serían, más bien, resultantes de interacciones entre alteraciones en el desarrollo neuropsicológico y la calidad de los estímulos socioculturales, especialmente las metodologías de enseñanza de la lectura. Galaburda (1988) considera que la aparición de las anomalías disléxicas y disgráficas, "pueden ser entendidas en el contexto de interacciones anormales entre el cerebro y su ambiente, sea a causa de anormalidades del ambiente, anormalidades en la interacción misma o de las tres en conjunto" (pag.127).

Los estudios de Bakker (1989) muestran que hay características cerebrales en los disléxicos que no son inmutables, ya que pueden ser modificadas por la acción ambiental. También las investigaciones neurofisiológicas y neuropsicológicas infantiles revisadas por Rourke, Bakker, Fisk y Strang (1983), concluyen que "el ambiente es un proceso agente modificador" del funcionamiento del cerebro, el que no está exclusivamente determinado por factores genéticos. Estiman que el cerebro tiene la potencialidad de organizar su funcionamiento de manera de aprovechar al máximo sus posibilidades, lo cual implica una variabilidad según las interacciones que efectúe con el medio.

En otros términos, la actividad cerebral de aprendizaje presenta una dinámica de procesos permanentes de asimilación y de acomodación frente a los estímulos ambientales. Esta dinámica implica por un lado, la capacidad de asimilar y de procesar estímulos cualitativamente diferentes, según sean las exigencias del medio y por otro, la capacidad de acomodarse para elaborar respuestas y estrategias de adaptación diferenciadas. De acuerdo con esta hipótesis, la especialización de las distintas áreas dinámicas cere-

brales depende de la variedad y calidad de los estímulos recibidos y de las expectativas que se hace el sujeto de las exigencias del medio (Greenough, Black y Wallace, 1987).

Consecuente con esta característica, adquiere bastante validez la hipótesis sobre un desarrollo neuropsicológico diferenciado de los niños de niveles socio económicos medio y bajo, tomando en consideración que originan modelos culturales y educativos diferentes, que requieren diversidad de estrategias cognitivas y psicolingüísticas. La desigualdad en el aprendizaje y en el rendimiento observada entre niños de distintos NSE no es solamente consecuencia de la calidad del proceso educativo, sino también de diferencias cognitivas entre ellos para procesar la información.

Es importante dejar en claro que estas diferencias no significan patología. Ciertos tipos de desórdenes del aprendizaje también pueden reflejar una variabilidad normal en el desarrollo cerebral. Galaburda (1989), expresa que "el cerebro humano con su larga historia evolutiva, ofrece la más larga y más compleja carrera de interacciones con el ambiente, desde lo molecular hasta lo social, lo cual conduce a la gran variabilidad de cerebros y de mentes que emergen recientemente".

## **La investigación de los Trastornos de Aprendizaje en niños de nivel socioeconómico bajo. Problemas metodológicos.**

La investigación de los trastornos de aprendizaje escolar, en los niños de bajo NSE presenta varios problemas metodológicos adicionales a los que encuentra el investigador cuando investiga los de NSE medio.

En primer lugar, está la determinación de los grupos o muestras sobre los cuales investigar. Un alto porcentaje de los niños de NSE bajo muestran inicialmente, durante los primeros años escolares, severos obstáculos para aprender a leer, debido a insuficiencias en su preparación para abordar la decodificación de la escritura o en el desarrollo del lenguaje. La especificidad de sus trastornos aparece enmascarada en un retraso cognitivo y verbal que no sucede en la mayor parte de los niños pertenecientes al NSE medio, que inician su escolaridad mejor preparados para enfrentar las exigencias básicas. Por esta misma razón, entre estos últimos es menos problemático discernir cuáles son los niños con posibles dislexias u otros trastornos específicos. Los estudios efectuados en cohortes de temprana edad (6 años) de niños de NSE bajo, no permiten determinar con exactitud si las deficiencias en el rendimiento se deben a trastornos

específicos del desarrollo neuropsicológico o a un ritmo más lento en la maduración cognitiva y verbal producida por insuficiencias ambientales, que el sistema escolar demora en compensar.

En consecuencia, un problema metodológico serio para investigar las dificultades de aprendizaje en grupos económicamente deprivados está en delimitar las deficiencias neuropsicológicas específicas de las derivadas de deficiencias ambientales, sean socio culturales familiares o en las metodologías escolares.

Se suma a esta dificultad la proveniente de la definición internacional de las dificultades de aprendizaje que no diferencia los problemas generales de aprendizaje de los trastornos específicos, ni tampoco contempla dificultades de origen mixto o pluri causales (Bravo, 1990). En los EEUU. se definieron las **dificultades de aprendizaje** ("Learning disabilities") como "un grupo heterogéneo de alteraciones, que se manifiestan en dificultades significativas para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar, usar habilidades matemáticas o en las destrezas sociales. Estas alteraciones son intrínsecas al individuo y presumiblemente se originan en una disfunción del sistema nervioso central", (Kavanagh y Truss, 1988). Esta definición agrega que las dificultades pueden ser **concomitantes con otros factores adversos** para el desarrollo infantil, tales como alteraciones emocionales, **deficiencias socioculturales** o intelectuales, las cuales **también** originan problemas para aprender.

Una consecuencia importante de esta definición, es que separa las "dificultades de aprendizaje" así definidas, de los problemas para aprender originados en deficiencias socioculturales o intelectuales, al mismo tiempo que descarta, como origen de ellas, a la privación sociocultural y a las condiciones de pobreza. Además, no considera la eventualidad de que estas "dificultades de aprendizaje" sean resultantes de interacciones entre características socio culturales ambientales y alteraciones neuropsicológicas del desarrollo individual, las que en conjunto, determinen diferencias cualitativas en los niños.

Por otra parte, la definición mencionada circunscribe las "dificultades de aprendizaje", solamente a sujetos socioculturalmente "normales", lo cual ha tenido como consecuencia que los investigadores norteamericanos y europeos excluyan los sujetos con deficiencias socioeconómicas o culturales severas de sus grupos de investigación. Al aplicar este criterio a los escolares latinoamericanos, se excluirían así a los niños provenientes de NSE socioeconómico bajo, donde aparece la mayor cantidad de problemas para aprender.

Una metodología que permita superar este problema y comprobar la hipótesis de diferencias cualitativas entre niños con dificultades de aprendizaje pertenecientes a diferentes NSE escolares, es efectuar estudios longitudinales y comparativos de niños con y

sin trastornos, pertenecientes a distintos estratos sociales y tipos de escuelas. Si las variables discriminantes entre ellos son las mismas, para ambos NSE, no habrían diferencias cualitativas asociadas con las dificultades del aprendizaje. En el caso de que las variables discriminantes sean diferentes entre niños con y sin trastornos, pertenecientes a distintos NSE, se confirmaría la hipótesis que hay diferencias cualitativas en el desarrollo.

## **Estudios previos comparativos, con sujetos de distinto NSE.**

Algunos estudios comparativos efectuados entre niños con retardo lector severo (R.L) y lectores normales (L.N.), pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos escolares han demostrado diferencias en las variables discriminantes que apoyan la hipótesis de este trabajo.

Un estudio comparativo, efectuado mediante el WISC-R, en niños de 7 a 8 años de edad, que cursaban tercer año básico, señaló diferencias significativas según la procedencia socioeconómica. Entre los niños de NSE medio las diferencias entre RL y LN se daban en los subtest verbales de semejanzas y aritmética y en los de ejecución de cubos y claves. El atraso en el aprendizaje de la lectura para los niños de este grupo socioeconómico aparecía relacionado con deficiencias en procesos abstractivos verbales, analíticos y comprensivos, además de procesos secuenciales atencionales y verbales. (Bravo, Bermeosolo, Pinto, Oyarzo y Morales, 1990)

Las diferencias entre los RL y LN de NSE bajo, en cambio, se encontraron en ensamblaje y ordenación de historias, lo que indicó mayor incidencia de los procesos perceptivos visuales en el retardo lector de este grupo. Se supuso en la ocasión, que las diferencias en pruebas perceptivas visuales estarían relacionadas con el menor desarrollo verbal de los niños de NSE bajo, que los obligaría a utilizar de preferencia claves visuales para abordar la lectura.

En apoyo a esta explicación, se encontró también que los RL de NSE medio mostraron un rendimiento superior a los RL de NSE bajo en los subtest verbales de vocabulario, semejanzas y dígitos, lo cual explica que tuvieran diferencias en la intensidad del retraso lector. Los retardados lectores de NSE medio, presentaron un nivel lector superior que los RL de NSE bajo, aún cuando estuvieron muy por debajo del rendimiento de los lectores normales de su propio nivel.

Estas comparaciones mostraron, por una parte diferencias intragrupos en niños con y sin RL del igual NSE, y por otro, permiten establecer algunas hipótesis sobre las diferencias entre los RL de distinto NSE.

El seguimiento de los mismos niños hasta los 9-10 años de edad, confirmó que los subtest del WISC-R que discriminaron entre RL y LN eran diferentes según el NSE. (Bravo, Bermeosolo y Pinto, 1991).

El mismo estudio también mostró diferencias en las variables que predijeron el progreso en lectura (Bravo, Bermeosolo, Oyarzo, Pinto y Morales, 1990). En el grupo de NSE bajo, las variables más predictivas fueron de orden perceptivo y atencional, dadas por la combinación de los subtest Cubos + Ordenación de Historias + Dígitos; en cambio entre los de NSE medio, fueron el CI Verbal + CI Manual + dos pruebas verbales (TAVI + 3-S). En consecuencia, se pudo concluir que el progreso en lectura del grupo de NSE medio estuvo asociado principalmente con procesos verbales y en el grupo de NSE bajo, con procesos perceptivos visuales.

La conclusión principal de estos estudios fue que en los niños con retardo lector severo, pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos, las dificultades en el aprendizaje de la lectura no estaban asociadas con los mismos procesos neuropsicológicos.

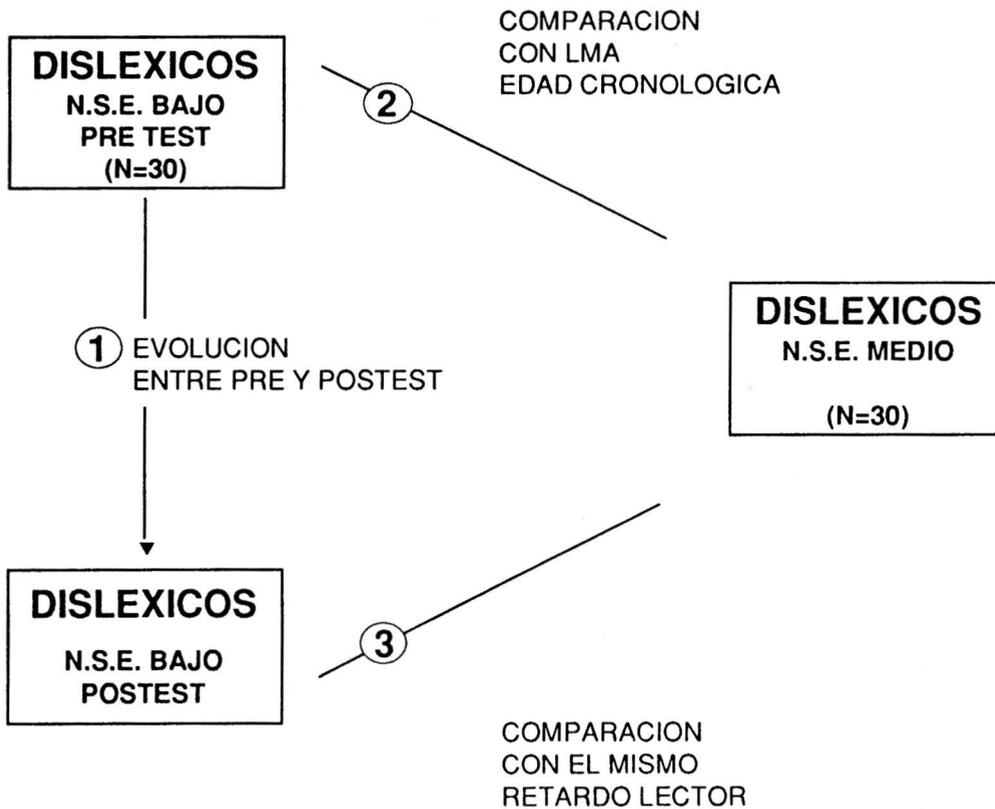
## **LA INVESTIGACION**

Una limitación de las investigaciones mencionadas fue la imposibilidad de encontrar grupos equivalentes en el retardo lector de NSE medio y bajo. En igualdad de edad cronológica, los R.L. de NSE medio siempre mostraban mejor desempeño en lectura que los R.L. de NSE bajo. En consecuencia, no quedó claro si las diferencias en las variables discriminantes entre los grupos comparados, eran efecto de desarrollos neuropsicológicos diferentes o efecto del mejor nivel previo en lectura logrado por los niños de NSE medio, con igual edad y curso que los de NSE bajo. El mejor nivel lector favorece el desempeño verbal determinando posiblemente diferencias en las variables discriminantes.

La presente investigación busca resolver esta situación con una nueva estrategia metodológica, comparando mediante el WISC-R a niños con retardo lector de NSE bajo y de NSE medio, en dos instancias: con la misma edad cronológica, y con el mismo nivel lector (NL).

## a) Procedimiento

# DISEÑO DE LA INVESTIGACION



La investigación se realizó en tres etapas: a) en la primera se estudió longitudinalmente —en pretest y postest— la evolución de un grupo de 30 niños con RL severo pertenecientes solamente al NSE bajo. En la primera evaluación tenían 8 años y en la segunda 10; b) en la segunda etapa se comparó el rendimiento de este grupo en el pretest —cuando los niños tenían 8 años— con un grupo de RL de NSE medio **de la misma edad cronológica y curso**; c) en la tercera etapa, se compararon los resultados obtenidos por este mismo grupo de NSE bajo, en el postest con 10 años de edad, con el rendimiento de los niños RL de NSE medio de 8 años. Es decir, con **menor edad cronológica, pero igual retardo lector (percentil 15)**.

La primera etapa buscó conocer en cuáles áreas neuropsicológicas, tal como son evaluadas mediante el WISC-R, se produce una evolución de los niños con RL severo, después de un período de escolaridad y de tratamiento psicopedagógico para sus dificultades de aprendizaje. Las áreas en las cuales haya un progreso en el rendimiento serían más dependientes de influencias pedagógicas y ambientales. Aquellas en las cuales no haya variación, serían más estables y dependerían de factores menos influibles por los estímulos recibidos.

En la segunda y tercera comparación, se buscó determinar si las desventajas en los subtest del

WISC-R, observadas entre niños con retardo lector de distinto NSE, de igual edad y curso son consecuencia de una maduración más lenta del grupo desfavorecido, o estables. Si las diferencias entre ellos se mantienen con el tiempo, y a pesar de la escolaridad y del tratamiento, quiere decir que se deben a estructuras psicológicas más persistentes. En cambio, si las diferencias desaparecen en algunas áreas, cuando los niños de NSE bajo tienen casi dos años más de edad y se comparan con igualdad de retardo lector, quiere decir que tuvieron un ritmo de maduración más lento en esas áreas.

En este último caso, el rendimiento de los retardados lectores de nivel medio y bajo, en los subtest del WISC-R, debería ser similar y la influencia ambiental sería un factor concomitante que influiría en el ritmo de maduración de los procesos neuropsicológicos asociados con el trastorno lector. En cambio, si no se encuentra una superación de las diferencias, prevalece la hipótesis que ambos grupos tienen desarrollos neuropsicológicos diferentes de áreas comprometidas en el aprendizaje.

## b) Grupos estudiados

El grupo de retardados lectores de NSE bajo estuvo compuesto por 30 niños que tenían en promedio 8 años en el momento del pretest y 10 años en el postest. Fue seleccionado entre alumnos que en segundo año básico presentaban retardo severo en lectura (percentil promedio 4) o que no leían, además de tener un CI superior a 75 y no presentar signos neurológicos severos. Todos ellos pertenecientes a escuelas municipales gratuitas para niños de bajos recursos económicos. A todos se les administraron ocho subtest del WISC-R en pre y postest. Se seleccionaron para este estudio a los que mantuvieron el retardo lector de decodificación, luego de un año y medio de seguimiento.

El grupo de RL de NSE medio estuvo compuesto por niños provenientes de colegios subvencionados o pagados, de 7 y 8 años de edad que consultaron un centro de diagnóstico por dificultades del aprendizaje de la lectura y cuyo rendimiento era inferior a percentil 30 en el mismo test de decodificación con que se evaluó la lectura de los niños de NSE bajo. Fueron evaluados con el WISC-R en el momento en que al grupo de NSE bajo se le administraba el postest. Se seleccionó a 30 niños de edad equivalente a la que tenían los de NSE bajo en el pretest, y con un nivel de retardo lector equivalente al que tenían estos mismos niños en el postest (percentil promedio 15). (Ver tabla 1).

## c) Instrumentos

En lectura inicial se utilizó el test TEDE, para determinar el nivel lector de decodificación de ambos grupos (Condemarín y Blomquist, 1970).

Los procesos neuropsicológicos se evaluaron mediante 8 subtest del WISC-R.: vocabulario, semejanzas, aritmética, dígitos, ensamblajes, cubos, ordenación y claves. Cada uno de ellos evalúa procesos neuropsicológicos diferentes que pueden contribuir a explicar las deficiencias en el aprendizaje de la lectura (D'Amato, Gray y Dean, 1988). Vocabulario y semejanzas evalúan el conocimiento semántico y la capacidad de abstracción verbal. Aritmética evalúa la capacidad de razonamiento y de concentración para comprender un problema. Dígitos permite conocer la memoria verbal de corto término y la atención a la información oral. Todos estos procesos están asociados con la intervención de áreas cerebrales del hemisferio izquierdo, las que inciden en el lenguaje receptivo y expresivo.

Por otra parte, las pruebas de ensamblaje y cubos requieren el empleo de habilidades perceptivo-visuales de análisis, síntesis y configuración de un modelo gráfico, las que dependen de otras áreas cerebrales, probablemente del hemisferio derecho. Ordenación de historias y claves, por su parte, implican un procesamiento bastante complejo. En ordenación de historias es necesario integrar la comprensión verbal y secuencial con una seriación gráfica. En claves se evalúa el procesamiento perceptivo-visual secuencial, atención sostenida y además tendría un alto componente verbal (Lawson e Inglis, 1984, 1985). Finalmente, el conjunto integrado por ordenación de historias y cubos, configuran un "factor velocidad del procesamiento de la información" (Rattan, 1992).

## d) Cálculos

La evolución del grupo de NSE bajo se estudió mediante comparación de promedios entre pretest y postest del WISC-R.

La comparación de promedios en el WISC-R entre los RL de NSE medio y NSE bajo se efectuó dos veces, la primera con los resultados en el pretest y la segunda con los del postest del grupo de NSE bajo. En la primera comparación se vieron las diferencias cuando ambos grupos de RL tenían la misma edad cronológica; en la segunda cuando tenían igual nivel lector, siendo el grupo de NSE bajo dos años mayor que el de NSE medio.

**TABLA 1**  
**COMPARACIONES DE RETARDO LECTOR de N.S.E. Medio y N.S.E. Bajo**

	DIFERENCIAS PROMEDIOS ENTRE NSE BAJO y MEDIO (g.l.=58)							PROGRESO NSE BAJO	
	NSE	BAJO	NSE MEDIO	DIFERENCIAS PRETEST		DIFERENCIAS POSTEST		(29 g.l.)	
	PRETEST	POSTEST		t	p<	t	p<	t	p<
EDAD(MESES)	97,76	121	94,7	1,611	n.s.	10,653	0,000	-	-
d.e.	6,61	10,9	8,061						
LECTURA	5,49	15,03	15,63	-	-	0,26	n.s.	-	-
d.e.	3,9	9,5	8						
SEMEJANZAS	9,2	10,4	10,6	2,039	0,023	0,3	n.s.	2,382	0,012
d.e.	2	1,61	3,18						
VOCABULARIO	9,63	9,96	10,2	1,377	0,038	0,4	n.s.	0	n.s.
d.e.	1,37	1,88	2,52						
ARITMETICA	10,13	11,2	9,76	0,608	n.s.	1,921	n.s.	2,122	0,021
d.e.	2,74	3,08	2,67						
DIGITOS	8,53	9,03	9,83	1,987	0,025	1,325	n.s.	0,5	n.s.
d.e.	1,88	1,95	2,66						
ENSAMBLAJE	9,26	10,36	11,26	2,295	0,013	1,037	n.s.	0	n.s.
d.e.	2,12	1,55	2,87						
CUBOS	8,83	9,1	10,56	3,02	0,001	2,286	0,026	0,76	n.s.
d.e.	2,27	2,42	2,54						
ORDENACION	7,93	9,13	10,63	4,249	0,000	2,553	0,013	3,22	0,001
d.e.	2,11	2,16	2,38						
CLAVES	7,23	9,33	11,5	6,149	0,000	2,829	0,006	3,47	0,000
d.e.	2,28	2,89	3,03						
C.I. VERBAL	94	97,8	98,03	1,13	n.s.	0	n.s.	2,349	0,012
d.e.	7,68	8,33	13,53						
C.I. MANUAL	87,2	94	104,36	5,842	0,000	3,613	0,000	4,875	0,000
d.e.	10,38	9,92	12,18						
C.I. TOTAL	90,66	95,9	101,13	3,864	0,000	1,897	n.s.	4,299	0,000
d.e.	7,32	8,52	12,24						

## RESULTADOS

### a) Evolución del grupo RL de NSE

**bajo:** Entre el pretest y el postest hubo aumentos significativos de promedios en los subtest de semejanzas, aritmética, ordenación de historias y claves. Además, en CI Verbal y de Ejecución Manual. Estas diferencias señalan un progreso en el grupo RL de NSE bajo en los procesos de abstracción verbal, de cálculo y concentración, y en procesos perceptivo secuenciales verbales y visomotores. También hubo un progreso muy leve en lectura.

**b) Diferencias entre retardados lectores de NSE bajo y medio:** La comparación de retardados lectores de NSE medio y bajo cuando ambos grupos tenían la **misma edad cronológica**, señaló diferencias significativas en **todos los subtest, menos aritmética**, en favor de los RL de NSE medio. Las diferencias fueron mayores en las áreas de ejecución, especialmente en ordenación de historias y claves. (Ver tabla 1)

La comparación de promedios entre los dos grupos de retardados lectores cuando los sujetos de **NSE bajo tenían mayor edad e igual nivel lector**, no mostró diferencias en las áreas verbales, mostrando ambos grupos igual CI Verbal. Las diferencias significativas a favor del grupo RL de NSE medio se mantuvieron en los subtest de cubos, ordenación de historias y claves. También en el CI de Ejecución Manual.

## ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La comparación entre el pre y el postest WISC-R de los retardados lectores de NSE bajo, muestra que los niños de este grupo no aumentaron su rendimiento en vocabulario, dígitos y cubos. Estas pruebas pueden considerarse asociadas a procesos neuropsicológicos más estables o menos influenciados por la intervención escolar. El rendimiento en vocabu-

lario no aumentó con el mayor tiempo de aprendizaje de la lectura. Una explicación posible es que varios de estos niños sean disléxicos. Las investigaciones sobre dislexias señalan como una característica la disnomia o dificultad para nominar objetos, alteración que algunos investigadores asocian con una posible disfasia, (Vellutino, 1979; Vellutino, Scanlon, Tanzman, 1991) lo que puede explicar la persistencia del menor rendimiento en vocabulario.

Dígitos, por otra parte, es una prueba dependiente de la atención y distraibilidad, además de la memoria verbal y secuencial de corto término, procesos que también aparecen con frecuencia disminuidos entre los niños disléxicos (Jorm 1983; Torgeses y Hoouck, 1980). Cubos, por su lado, se considera una prueba adecuada para evaluar aspectos del funcionamiento cerebral a través de la destreza en integración perceptiva (Rie y Yeh, 1982). Su ejecución también depende de un factor velocidad para integrar componentes perceptivos (Rattan, 1992). En ninguna de estas tres pruebas hubo progreso en el grupo RL de NSE bajo.

Estos mismos subtest —vocabulario, dígitos y cubos— diferenciaron en los estudios previos a los niños con y sin retardo lector de NSE bajo, (Bravo y col 1990, Bravo y col 1991), lo cual señala una relación entre los procesos subyacentes a estas pruebas y el retardo para aprender a leer.

En los subtest de semejanzas, aritmética, ordenación de historias y claves, hubo una variación significativa entre pre y postest. Este progreso puede deberse a que los procesos neuropsicológicos involucrados son más influidos por la intervención ambiental o por la maduración individual.

En aritmética incide el aprendizaje escolar en la resolución de problemas y en semejanzas la destreza para establecer relaciones conceptuales, ambos procesos favorecidos probablemente, por los cursos de castellano y matemáticas. El progreso en ordenación de historias y claves, puede explicarse, por la maduración en procesos de asociación perceptivo motora, y por la influencia escolar a través del componente verbal subyacente a ambas pruebas (Lawson e Inglis, 1985).

En la primera comparación entre niños de NSE medio y bajo, con igual edad cronológica y curso, hubo diferencias en todas las variables, salvo aritmética, en cambio con el paso del tiempo —en la segunda comparación— desaparecieron las diferencias significativas en las áreas verbales. En ella los niños con retardo lector de NSE bajo, mostraron un rendimiento equivalente a los RL de NSE medio, dos años menores, en los subtest de semejanzas, vocabulario, aritmética y dígitos. Por otra parte, se mantuvieron las diferencias en ordenación de historias, cubos y claves.

La persistencia de las desventajas en estas pruebas, a pesar del progreso obtenido en dos de ellas entre el pre y el postest, indica que las funciones neuropsicológicas subyacentes tendrían un ritmo de maduración más lento entre los niños de NSE bajo. A pesar del progreso obtenido, este no fue suficiente para que logaran el mismo nivel de rendimiento en ordenación de historias, cubos y claves que los niños con RL de NSE medio.

La prueba de ordenación de historias ha sido determinante en varios estudios efectuados previamente en retardados lectores de NSE bajo. Los ha diferenciado significativamente de los lectores normales y ha sido predictiva del progreso en lectura (Bravo y col. 1990, Bravo y col. 1991). El rendimiento en esta prueba depende de la percepción visual secuencial, asociada con un componente comprensivo verbal, en cuya ejecución tiene importancia la velocidad (Mc Kay, Neale y Thompson, 1985; Rattan, 1992).

Las pruebas de claves, también implican un factor secuencial perceptivo motor en cuyo rendimiento se considera la velocidad (Mc Kay y col., 1985). Este subtest ha mostrado mayor afinidad con el factor verbal que con ejecución motora (Lawson e Inglis, 1985), debido probablemente a que el sujeto ejecuta la asociación de los símbolos con la ayuda de un lenguaje subvocal.

El resultado de esta doble comparación, indica que el retardo lector severo en este grupo de niños de NSE bajo, está asociado con menor desarrollo y velocidad en procesos secuenciales de asociación visual-verbal-motora, los cuales si bien muestran un progreso durante el período ocurrido entre el pre y postest, no ha sido suficiente para determinar una superación del retardo lector. En relación con el rendimiento en los procesos verbales, éstos tuvieron un aumento entre ambas evaluaciones, siendo equivalentes en el postest al logro de los niños RL de NSE medio.

En consecuencia, las desventajas iniciales en áreas verbales, de los niños RL de NSE bajo, tienden a disminuir, en cambio, las desventajas en los procesos secuenciales perceptivo visuales, con y sin significado verbal, asociados con la velocidad de ejecución, y en integración perceptiva tienden a mantenerse. La mayor edad del grupo de NSE bajo no fue suficiente para compensar las desventajas con los RL de NSE medio.

Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis que los niños con retardo lector pertenecientes a niveles socioeconómicos bajo y medio, tienen diferencias cualitativas en el desarrollo neuropsicológico, las que probablemente estén asociadas con estrategias lectoras diferentes. Esta última afirmación se basa en

que en la segunda comparación ambos grupos tenían el mismo nivel lector de decodificación. En consecuencia, los niños NSE bajo, luego de dos años, alcanzaron igual nivel verbal y lector que los RL de NSE medio, de menor edad cronológica, pero mantuvieron las desventajas en los procesos que implican velocidad perceptiva visual secuencial.

Una explicación sobre las diferencias encontradas en el postest, a pesar de que ambos grupos tenían el mismo nivel lector y verbal, es que el menor desarrollo psicolingüístico de los niños de nivel bajo en la edad de la escolaridad inicial, los obliga a privilegiar el empleo de estrategias de percepción visual secuencial para efectuar la decodificación, lo que limita más aún sus posibilidades para aprender a leer. Los niños de nivel medio, en cambio, con un mejor desarrollo verbal, no necesitan apoyarse tanto en claves visuales

para abordar la lectura inicial. En el caso de tener déficits perceptivo visuales, estos tendrían consecuencias más limitadas para el aprendizaje, ya que son compensados con estrategias psicolingüísticas. En cambio los déficit verbales alteran primariamente su aprendizaje de la lectura.

Este resultado tiene implicancias para las estrategias de tratamiento psicopedagógico, pues, para el caso de los niños con retardo lector severo de nivel bajo, el empleo de estrategias viso-perceptivas puede reforzar el abordaje visual de la lectura, en desmedro de la comprensión verbal, limitando de esta manera su posibilidad de progresar en el aprendizaje. En cambio, el desarrollo de estrategias que comprendan la velocidad en la asociación visual secuencial verbal tendería a favorecer el mejor desarrollo de las áreas donde precisamente aparecen mas deficitarios.

## REFERENCIAS

- Amanted., Van Houten V., Grieve J. Bader CH. y Margules PH., (1977). Neuropsychological Deficit, Ethnicity and Socioeconomic Status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 524-535
- Condermarin M. y Blomquist M., (1970) La Dislexia. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Bakker D.J., (1989) Boosting the (dyslexic) brain. En: Bakker y van der Vlugt (Eds). *Learning Disabilities*. I. Swets y Zeitlinger. Amsterdam.
- Brravo L. y Montenegro H., (1977). Educación, Niñez y Pobreza. UNICEF-Ediciones Nueva Universidad. Santiago de Chile.
- Bravo L. (1990). Psicología de las Dificultades de Aprendizaje. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Bravo, L., Bermeosolo, J., Pinto, A., Oyarzo E. y Morales, M. (1990) Rendimiento neuropsicológico y NSE en niños con Retardo Lector severo. *Revista Chilena de Psicología*, 11: 39-46.
- Bravo L., Bermeosolo J., Oyarzo, E., Pinto, A y Morales M. (1990). Variables que predicen el resultado del tratamiento en disléxicos de niveles socioeconómicos diferentes. *Terapia Psicológica* IX: 42-46.
- Bravo L., Bermeosolo J. y Pinto A., (1991) Diferencias neuro psicológicas en niños con retardo en comprensión lectora de distintos niveles socioeconómicos IV Congreso Nacional de Psicólogos, Santiago de Chile, Agosto 1991.
- Bravo L., (1993). La Dislexia: Cien años después. *Psykhé*, 2: 95-105.
- D'amato, R.C., Gray J.W. y Dean, R. (1988). A comparison between intelligence and neuropsychological functioning. *Journal of School Psychology* 26: 283-292.
- Galaburda A., (1989). Ordinary and extraordinary brain development: anatomical variation in developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia*. XXXIX: 67-80.
- Galaburda A., (1988) The pathogenesis of childhood dyslexia. En: PLum F (Ed). *Language, Communication and Brain*. Raven Press. New York.
- Greenough W., Black J. y Wallace C. (1987) Experience and Brain development. *Child development*, 58: 539-559.
- Hynd, G., Marshall R., y Semrud-Clikeman, (1991) Developmental Dyslexia, neurolinguistic theory and deviations in brain morphology. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 3: 345-362.
- Hynd, G y Semrud-Clikeman M. (1989). Dyslexia and brain morphology. *Psychological Bulletin*. 106: 447-482.
- Jorm A. F. (1983) Specific reading retardation and working memory: A review. *British Journal of Psychology*, 74: 311-342.

- Kavanagh J. y Truss T. (1988). *Learning Disabilities: Proceedings of the National Conference*. York Press. Maryland.
- Lawson J.S. y Inglis J., (1985). *Learning Disabilities and intelligence test results: A model based on a component analysis of the WISC-R*. *British Journal of Psychology*, 76: 35-48.
- Lawson J.S. y Inglis J., (1984) *The psychometric assessment of children with Learning Disabilities: An index derived from a principal component analysis of the WISC-R*. *Journal of Learning Disabilities*, 17: 517-522.
- Mc Kay y Nealem. y Thompson B. (1985). *The predictive validity of Bannatyne's WISC categories for later reading achievement*. *British Journal of Educational Psychology*, 55: 280-287.
- Montenegro H. (1992). *Retardo Mental Sociocultural*. *Psykhé*, 1: 5-14
- Torgesen J. y Houck G. (1980) *Processing deficiencies of Learning Disabled children who perform poorly on the digit span test*. *Journal of Educational Psychology*, 72: 141-160.
- Rattan G., (1992) *Speed of information processing: A third factor of the WISC-R*. *Journal of School Psychology*. 30: 83-90.
- Rie E.D. y Yeh J.W. (1982). *Block design and neurocognitive impairment in children*. *Journal of Learning Disabilities*, 15: 28-32.
- Rourke B., Bakker., Fisk J., y Strang J. (1983). *Child neuropsychology*. The Guilford Press.
- Steinmetz H., y Galaburda A., (1991) *Planum Temporale asymmetry: In- vivo morphometry affords new perspective for neurobehavioral research*. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 3: 331-343.
- Vellutino F.R. (1979). *Dyslexia. Theory and Research*. The M.I.T. Press. Cambridge.
- Vellutino F., Scanlon D., y Tanzman M., (1991). *Bridging the gap between cognitive and neuropsychological conceptualizations of reading disability*. *Learning and Individual Differences*, 3: 181-203.

# Modificabilidad cognoscitiva. Nueva alternativa terapéutica para los niños con características autistas\*

Oriana Vilches Alvarez\*\*

## RESUMEN

*En la medida que transcurrieron 18 años de experiencia en Venezuela, como terapeuta con niños con características autistas se hizo una revisión de los diferentes enfoques teóricos a los que se adhieren los profesionales e investigadores avocados a su rehabilitación. Según el marco teórico que las sustentan, las terapias tienen como objetivo modificar ya sea el sustrato biológico a la base del comportamiento autista o las propias conductas observables, sean excesos o déficits. Dentro de éstos últimos, lo que atrae los mayores esfuerzos terapéuticos, es el logro de su comunicación sea oral, escrita o gestual. La inquietud personal, como de muchos, fue ir más allá de lo observable, ir directamente a lo que creemos la base de ese comportamiento "autista" que es la **modificación del procesamiento cognitivo de la información**. Para ello se elaboran programas sistemáticos para la **estimulación de las diferentes funciones cognitivas**, logrado lo cual permite al niño no sólo su comunicación sino también su integración social, ejemplo de ello es su asimilación al proceso escolar. Se ejemplifica este planteamiento y abordaje terapéutico con el estudio de algunos casos.*

## ABSTRACT

*According to the underlying theoretical framework, therapies concerning children with autistic characteristics, have as a main purpose, either to modify the biological base or the observable behaviors. Among the latter, to attain oral, written or gestual communication has been one of the main therapeutic objectives pursued. The author's interest was to go beyond the overt behavior, to what is considered to be the core of the problem: the modification of the cognitive processing of the information received. To achieve this change, systematic programs to stimulate the different cognitive functions are developed. If this is attained, children are not only able to communicate but also to integrate socially and to attend school. A few cases are presented to illustrate this approach and the therapeutic procedure used.*

## Introducción

En el transcurso del desarrollo infantil se observan algunos trastornos de evolución y uno de ellos es el cuadro clínico poco divulgado científicamente, o algunas veces demasiado publicitado como una enfermedad irrecuperable que marca no sólo al niño que lo presenta sino también a la familia a la cual pertenece. Me refiero al **autismo infantil**.

El **autismo**, fue descrito por primera vez por Kanner en el año 1943. Desde esa fecha, muchas han sido las investigaciones avocadas a clarificar las posibles causas de aparición de este síndrome y se ha hecho mucho esfuerzo buscando la terapéutica más eficiente para combatir los diferentes trastornos conductuales que dificultan el desarrollo global del niño, especialmente su área intelectual y de lenguaje, como su integración al medio social. Cada profesional enfrentado ante un niño con este síndrome opta por

\* Trabajo presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile, 1993.

\*\* Psicólogo clínico U. Católica de Chile; Terapeuta Familiar AVOFYS.

Especialista en Terapia del Comportamiento y Estudios de Master en Psicología, Universidad Simón Bolívar de Venezuela  
Galvarino Gallardo 1531 - T. 2359715 - 2736085

adherirse a un marco teórico el cual sustente las bases de su programa terapéutico.

Actualmente ya podemos dar una **definición**, caracterizar la **sintomatología**, establecer una incidencia y describir los diferentes **factores** considerados **causales o condicionantes** de la aparición de dicha sintomatología.

La Sociedad Americana para niños autistas (1986), define el **Síndrome de Autismo** como "un **trastorno de desarrollo** que incapacita severamente durante toda la vida y que aparece característicamente durante los primeros tres años de vida".

Deseo recalcar este consenso profesional de definir este síndrome como un trastorno del desarrollo y no incluirlo dentro de los trastornos mentales denominados psicosis, ya que se diferencia claramente de ellos por no presentar los trastornos de pensamiento ni las alucinaciones que caracterizan las psicosis. Es muy importante esta diferenciación ya que un niño que presente el síndrome de autismo no va a evolucionar en una psicosis cuando adulto salvo con un margen de probabilidad como cualquier otro niño considerado normal (Coleman y Gillberg, 1989).

**Respecto a la incidencia**, de acuerdo a la revisión de los diferentes estudios epidemiológicos Coleman y Gillberg (1989) plantean que éstos arrojan cifras muy variadas (4; 6,1;16; 21 por cada 10.000) lo cual puede deberse tanto a diferencias en cuanto diagnóstico, como discrepancias en cuanto a consideraciones etiológicas. Este autor concluye que la incidencia del cuadro clínico es de aproximadamente 4 de cada 10.000 nacimientos y es cuatro veces más común en varones que en niñas.

Este cuadro clínico se manifiesta en familias de diferentes antecedentes étnicos y sociales y se ha encontrado asociado a otros cuadros clínicos, como son los trastornos metabólicos, infecciones virales, cuadros convulsivos, ya que todos ellos afectan el funcionamiento cerebral. Por ejemplo la epilepsia es un cuadro clínico frecuentemente asociado al autismo, afectando a uno de cada tres pacientes autistas, en su vida adulta (Rutter, 1978; Gillberg, 1984).

## **Características conductuales de los niños con Síndrome de autismo.**

Ha sido muy útil sistematizar y describir las **características conductuales** con que se presenta el síndrome de autismo. Ello permite diagnosticar cada día más precozmente el cuadro clínico, lo que a su vez permite que ese niño sea integrado

tempranamente a un programa de tratamiento y así favorecer su proceso de socialización de por sí interferido por su comportamiento.

Las características que nos permitirá estar alerta para poder diagnosticar la presencia del síndrome y que fueron sistematizadas por Schopler (1980) son:

1.- **Aparición temprana** (antes de los tres años) de la sintomatología y de las características conductuales que se describen a continuación en el síndrome.

2.- **La evolución coordinada de las tres vías de desarrollo** (motor, emocional-social, cognición-lenguaje) **está alterada** por un retraso, detención o regresión de algunas de dichas áreas, invariablemente el lenguaje.

3.- **Presencia de graves trastornos** relacionados con el **ámbito social** ya sea por déficits o excesos conductuales: ausencia de sonrisa social; no responden manifestaciones de afecto; no imitan en el juego a otros niños; se aíslan; rechazan la interacción con iguales o adultos; no establecen contacto visual, miran como "a través de"; presentan pasividad o inquietud motora; auto o hetero-agresión; llanto, gritos y rabietas frecuentes, aparentemente sin causa determinada; no se percatan de situaciones de peligro: suben a lugares muy altos, cruzan la calle sin mirar, se van de la mano de un desconocido; presentan trastornos de sueño y/o alimentación.

4.- **Trastornos en el desarrollo de la comunicación** que se hacen evidentes, por lo general, como anomalías en el desarrollo del lenguaje. Muchos niños no se expresan oralmente. Si el lenguaje está presente, existen patrones peculiares del habla tales como ecolalia inmediata o retardada, lenguaje metafórico, reversión pronominal, prosodia característica.

5.- **Rutinas repetitivas y elaboradas:** mantienen permanentemente objetos en sus manos, no quieren poner o sacarse los zapatos, ordenan los juguetes en filas, hacen acciones en una secuencia determinada y no de otra, desean viajar a su casa siempre por el mismo camino y si se les contradice se alteran emocionalmente.

6.- **Respuestas anormales a estímulos sensoriales** presentan rechazo o predilección por texturas, sabores, olores; reaccionan con llanto o tapándose los oídos ante sonidos determinados — sonar de licuadoras, aspiradoras, timbres, canciones—; no responden al llamado por su nombre, apareciendo como sordos y sin embargo reaccionan ante ruidos casi imperceptibles; evitan el contacto visual pero miran por el rabllo del ojo; se quedan mirando fijamente los

cambios de luminosidad o de sombras; rechazan el contacto físico o reaccionan expresando dolor al tomarlos en brazo y aparentemente son insensibles a quemaduras y/o golpes; les atrae los movimientos giratorios con su cuerpo o de objetos; no reaccionan emocionalmente o lo hacen exageradamente ante cambios de gravedad.

Con esta descripción se puede claramente diferenciar a un niño que presenta las características de este síndrome de autismo. Sin embargo, cuando estoy frente a los padres con un niño con estas características, evitando etiquetarlo con un diagnóstico divulgado como irreversible y de muy mal pronóstico —criterios que no comparto— prefiero denominar el cuadro clínico que presenta como un **"trastorno severo de la comunicación con características autistas"**. De este modo estaré definiendo el comportamiento de ese niño con aquella característica que precisamente más lo diferencia de sus iguales, como en su dificultad de comunicación. No estaré sumiendo a los padres en una confusión y angustia que sólo llevará a entorpecer el futuro tratamiento y pronóstico no sólo del desarrollo del niño sino del propio proceso evolutivo del grupo familiar.

## Enfoque causal y abordaje terapéutico

Transcurridos cincuenta años, desde que se describió por primera vez el Síndrome de autismo diversos investigadores han buscado la causa de su sintomatología. Aquí vemos diferencias según las épocas y podemos sintetizar que unos se han pronunciado sobre factores psicogénicos, otros sobre los orgánicos, otros dan más importancia a los ambientales y por último están los que consideran que existe una interacción entre los diferentes factores, cada uno de los cuales siendo más o menos condicionante en la estructuración final de la sintomatología.

La **aproximación psicogénica** postula que la perturbación del pensamiento o afecto manifestado en la conducta del niño es producto de la dinámica de fuerzas psíquicas, internas al sujeto. Los **ambientalistas** dicen que todo comportamiento, adaptativo o no, es un aprendizaje logrado en la interacción con los padres o al medio que lo rodea. El comportamiento autista variará según cambien las consecuencias que le ofrezca el medio ambiente a su conducta. El enfoque **médico** ha comprobado la presencia de elementos ya sea orgánicos y/o funcionales, que están a la base de algunas de las características del niño autista (inquietud motora, atención dispersa, irritabilidad, alteraciones del sueño y del humor, trastornos sensoriales).

El **enfoque causal y terapéutico** que me satisface, es el **enfoque interaccional** que considera los

diferentes factores, desde el sujeto (biológicos, cognitivos, afectivos y conductuales) y desde el ambiente (estímulos y consecuencias), como condicionantes de la aparición del comportamiento atípico es decir fuera de la norma.

Y si aceptamos la **multicausalidad**, será un tratamiento con un abordaje **multimodal** el que será más efectivo (Vilches, 1986; 1991). Es decir, siempre se debe considerar la posibilidad de un abordaje a través de las técnicas terapéuticas de los diferentes miembros del equipo interdisciplinario que le ofrecerá diversas alternativas al niño y a su grupo familiar como son la terapia cognitiva (Craighead, 1985; Gresham, 1985; Kendall, 1985; Mahoney, 1985); la terapia del lenguaje (Koegel, 1974; Schreibman, 1978; Lovaas, 1981; Vilches, 1982); la integración sensorial (Ayres, 1980, 1981); la musicoterapia (Goldstein, 1964; Alvin, 1979; Mata, 1989; la relajación y expresión corporal (Graziano, 1968; De Fontaine, 1979; Richter, 1984); su integración a una educación sistemática y estructurada (Lansing, 1981); el control médico neurológico y medicamentoso, cuando sea necesario (Campbell, 1978; Coleman, 1989); recomendaciones dietéticas y nutricionales (Rimland, 1986, 1988); orientación y entrenamiento a los padres (Green, 1971; Koegel, 1978; Kozloff, 1973; O'Dell, 1974; Paluszny, 1987; Wing, 1974; Wahler, 1965).

Cada profesional del equipo dará más o menos importancia a algunos de los diferentes factores que se están considerando como condicionantes del cuadro clínico. Dentro de cada abordaje terapéutico los profesionales utilizarán aquellas técnicas más exitosas ya sea para crear repertorios conductuales, mejorar su capacidad de atención, seguir instrucciones, aumentar su capacidad imitativa generalizada o eliminar conductas disruptivas, logrando controlar su inquietud motora para finalmente permitir su adaptación a situaciones de aprendizaje ya sea individual o grupales. Esta integración al proceso escolar asegura un ambiente estimulante de su desarrollo cognitivo, del lenguaje y emocional social.

Sin embargo habrá algunas ocasiones o quizás muchas, en que un solo profesional deberá cumplir diversas funciones terapéuticas para lo cual debe estar muy preparado tanto en forma teórica como práctica ya que solo le será posible apoyarse en un equipo interdisciplinario. El niño no podrá ser tratado por cada uno de los miembros de dicho equipo ya sea por costo, por tiempo profesional, por dificultad de coordinación, por tiempo requerido a los padres quienes deben concurrir a las diferentes consultas, etc.

## Terapia basada en la estimulación cognitiva.

Como psicólogo, he considerado la **estimulación del desarrollo cognitivo** de fundamental importancia

en el tratamiento de los trastornos de comunicación, basándome en diversas investigaciones y planteamientos y en esta exposición será a ella a la que me referiré.

Por ejemplo, Hermelin y O'Connor (1970) sugieren que el autismo se deriva de una *inhabilidad* para *codificar* los estímulos en forma significativa y que esta inhabilidad afecta más lo que oye, que lo que ve y siente. Puede verse afectado tanto el proceso de recepción como de procesamiento de esa información, de su retención y recuerdo, todo lo cual va a afectar su posibilidad de aprender adecuadamente del medio.

Bandura (1974) se pronuncia sobre la eficacia del abordaje terapéutico si éste se dirige hacia modificar los procesos cognitivos, que considera a la base de todo comportamiento, ya sea este adaptativo o desadaptativo como es el del niño con trastornos de comunicación.

Respecto al proceso de aprendizaje en el cual se modificarán las funciones cognitivas, el se pronuncia divergente a algunos planteamientos de la teoría conductual diciendo que el sujeto aprende no sólo por experiencia directa sino principalmente por aprendizaje observacional, es decir sin necesariamente ejecutar la acción y sin que ocurra el reforzamiento inmediato y directo sobre su propia conducta. Bandura considera que basta que el niño observe las conductas de otro sujeto, quién sirve como modelo, y las consecuencias que recibe, para que en ese niño se esté produciendo un aprendizaje. En el caso del niño con trastorno severo de la comunicación a veces, por no decir generalmente, es tan difícil que exprese dicho aprendizaje y eso no significa necesariamente que no lo ha logrado.

En el modelo de Bandura, las consecuencias de una acción tienen una función reforzante, pero además tiene una función informativa y motivacional, lo que facilitará que el sujeto emita la conducta esperada aprendida por la sola observación del modelo o mediador. Esto es muy importante ya que se ha observado una aparente "desmotivación" del niño autista a aprender o imitar conductas nuevas. Lo que permite al sujeto anticipar las consecuencias de su acción, es el procesamiento cognitivo de la información que está recibiendo desde el ambiente. El autor plantea que en toda situación de aprendizaje el niño asume un rol activo siendo el principal actor de su aprendizaje, todo lo cual le exige y a su vez le permite autorregular su propia conducta.

Es decir, este enfoque insiste que **la terapia debe enfocarse con la participación de las funciones cognitivas del propio sujeto** en tratamiento.

Corroborando lo planteado por Bandura, otros investigadores (Rutter, 1978; De Myer y cols. 1981;

Rutter, 1983), dicen que a la base de las características autistas está un funcionamiento cognitivo alterado y que modifica sólo los trastornos conductuales o características que aparecen en el sujeto, ya sean éstos déficits o excesos, no se modifica dicho sustrato. La expresión "a la base" indica la noción de que las fallas en el funcionamiento cognitivo son de alguna manera fundamentales en la condición de autista.

Rutter (1983) nos dice "aunque diferentes investigadores expresan sus ideas sobre la naturaleza del autismo en variados términos y aunque ellos difieren en el énfasis colocado en particulares aspectos de la cognición, hoy día habría poca discusión en la noción general que el niño autista tiene un déficit de base cognitiva. Sin embargo no cualquier déficit cognitivo lleva al autismo sino uno que difiere de acuerdo a la condición médica, ya que existen varios tipos de niños desventajados mentalmente los cuales raramente se acompañan de autismo, por ejemplo el Síndrome de Down y la parálisis cerebral".

Según Rutter, el déficit cognitivo involucra generalmente alteraciones en las funciones verbales, especialmente en las funciones de secuenciación, abstracción y codificación y la extensión y severidad de los déficits cognitivos son predictores poderosos de la evolución de su desarrollo.

Rutter (1983) también opina que, "la naturaleza de los impedimentos sociales residuales exhibidos por estos niños, aparenta en muchos casos involucrar componentes cognitivos".

## ¿Por qué no se ha considerado primeramente el desarrollo cognitivo, en las terapias de los niños con síndrome de autismo?

El abordar la problemática del niño autista directamente a través de su desarrollo cognitivo quizá se dejó un tiempo de lado por varios motivos o mitos o creencias:

### a) Los niños autistas presentan un desarrollo intelectual superior.

Por ejemplo Kanner (1943, 1971) hablaba que los niños autistas tenían un nivel intelectual superior, el cual no se manifiesta debido al problema emocional del niño. Esta confusión se produjo porque, al presentar el niño disfasias del desarrollo, en algunos casos, se observaban habilidades específicas como, talento musical, cálculo, memoria espacial, memoria inmediata, lo que se confundía con un desarrollo intelectual normal o aún sobre la norma.

**b) El desarrollo intelectual es muy deficitario e imposible de modificar.**

Contrapuesto a la creencia anterior, existe un consenso basado en la observación clínica y a veces (desgraciadamente) corroborado con estudios psicométricos, que un niño que manifiesta un trastorno severo de comunicación y/o lenguaje, es un niño que presenta retardo mental, condición inmodificable. Otra aseveración actualmente en discusión.

**c) La modificación del trastorno conductual es prioritaria en relación a la estimulación del desarrollo de las áreas deficitarias.**

Quizá la otra razón de no trabajar directamente el desarrollo cognitivo, sea porque los profesionales prefieren tratar al niño con características autistas, modificando las conductas que más preocupan a los padres, que es el primer motivo de consulta, y que son los trastornos conductuales manifestados en excesos—por ejemplo llanto, rabieta, agresiones hacia otros o hacia sí mismo, conductas estereotipadas—o en déficits, que limitan mucho el desenvolvimiento del niño cuando ya llega su edad de ingreso al proceso escolar—me refiero a aislamiento, rechazo a contactar con otros niños, escaso o nulo lenguaje. De esta manera el profesional da respuesta a las necesidades inmediatas de la familia consultante, lo cual los satisface a ambos.

## **Rendimiento intelectual de los niños con características autistas**

Como dato de información sobre el rendimiento de los niños con características autistas en las pruebas psicométricas tradicionales, están las investigaciones de Rutter y Lockyer (1976); DeMyer y cols. (1974), quienes plantean que tres cuartos de los niños autistas son retardados y un quinto a un cuarto no lo son. Posteriormente, Lotter (1967); Rutter (1978); Wing (1981); Gillberg (1984) informan que aproximadamente del 67 al 81% de la totalidad de los niños autistas sufren de retardo mental. Coleman y Gillberg (1989), muestra la asociación de autismo con retardo mental en un 75 a 90% de los casos.

Finalmente Schopler (1987) realizó un estudio en Carolina del Norte con 409 niños concluyendo que: 33% o más estaba dentro del rango de retardo severo a moderado con un C.I. menor de 40; 38% estaba en el rango moderado a leve con un C.I. entre 40 y 70 y sólo el 29% de la muestra estaba en el rango limítrofe a normal, por encima de un C.I. de 70.

De acuerdo a los estudios de seguimiento, los niños con mayores impedimentos de inteligencia,

lenguaje y juego simbólico, tendían a permanecer más incapacitados.

Es decir, todas las investigaciones entre los años 66 al 89 concluyen, que sólo existe una proporción mínima, de 10 al 29%, de los niños con el síndrome autista que no presenta retardo intelectual.

## **Autismo y evaluaciones psicométricas.**

Que estemos a favor o en contra de las evaluaciones psicométricas de nivel intelectual, no es el momento de discutirlo. Pienso que toda acción profesional debe ser guiada por un objetivo y en muchas circunstancias la evaluación psicométrica tradicional puede requerirse. Pero cuando clínicamente observamos a un niño con una limitación tan severa en el área de la comunicación como son las características autistas, una evaluación psicométrica tradicional sólo nos será útil en la medida que ésta nos aporte índices claros tanto para elaborar una terapéutica más efectiva como para prestar atención al proceso que realiza el sujeto para resolver un problema que se le haya planteado. Ya sabemos por algunos investigadores (Margalit, M; Raviv, A. and Mainance, Y., 1984; Lincoln, A.J.; Courchesne, E.; Kilman, B.A. and Elmaison, R., 1988), —y no son necesarias más investigaciones—, que los niños deficitarios en su desarrollo verbal no pueden ni están en condiciones de respondernos a pruebas eminentemente verbales y que evalúan precisamente el producto de los componentes verbales de la inteligencia. Todos aquellos niños rendirán como retardados mentales pero...y lo son?.

Estas conclusiones han motivado a otros investigadores (Feuerstein, 1979; Schopler, 1980; Teal, 1986) a crear y validar pruebas que evalúan diferentes conductas y habilidades en los niños con estas características, pero especialmente evalúan la destreza y prontitud con que un sujeto procesa, analiza y generaliza la información para finalmente tener como objetivo la posterior elaboración de programas terapéuticos que favorecen el desarrollo de los diferentes prerrequisitos funcionales del pensamiento.

## **Modificabilidad cognitiva.**

Ya con estas conclusiones, insistimos que al estar frente a un niño que presente las limitaciones y características del cuadro de autismo, nuestro esfuerzo estará canalizado a desarrollar sus funciones cognitivas lo cual favorecerá su desarrollo del lenguaje y por ende de su comunicación. No hay desarrollo cognitivo sin desarrollo de las funciones verbales y no hay avances en desarrollo de lenguaje ni en la comunicación sin desarrollo de los procesos cognitivos.

Para esta labor, me baso en el enfoque teórico del Dr. Reuven Feuerstein. El como director en su centro Hadassah—Wiso—Canadá Research Institute, se ha dedicado a desarrollar instrumentos tanto para evaluación como para el desarrollo de diferentes funciones intelectuales.

El Dr. Feuerstein, está en desacuerdo con los test convencionales porque el considera que ellos no contemplan las variables ambientales, el estilo interactivo examinador—examinado, el contenido de la tarea ni la modalidad de la presentación de la tarea. Que esto lleva a que los test presenten grandes dificultades a la hora de distinguir entre a) capacidad de funcionamiento de los sujetos; b) el nivel manifiesto de funcionamiento; c) el nivel de eficacia funcional.

Esto lo hace diseñar su modelo de evaluación (Learning Potential Assessment Device, L.P.A.D., 1979) consistente en una batería de test que evalúan el funcionamiento cognitivo de los sujetos y el potencial de aprendizaje (mide la modificabilidad cognitiva).

El término “**potencial de aprendizaje**” tiene dos acepciones importantes en este modelo:

a) Se refiere a la capacidad que poseen los sujetos para pensar una conducta más inteligente que la manifestada a través de su conducta habitual. Todo ser humano posee una variedad y riqueza de estrategias que muchas veces no puede utilizar en forma eficaz.

b) Nos da cuenta del fenómeno de la modificabilidad que se logra a través de una situación de aprendizaje estructurado inducido por otro sujeto que es el mediador. Este aprendizaje produce cambios en la conducta del sujeto, haciendo que logre una serie de pre-requisitos cognitivos, inexistentes en el actual repertorio conductual observable.

Feuerstein nos habla de “**modificabilidad estructural de la inteligencia**”, y lo que pretende son cambios estructurales en el estado del organismo. Esto se refiere al modo como el organismo interacciona con las fuentes de información, actuando y respondiendo a ellas, lo que llevará a alterar el curso y dirección del desarrollo cognitivo. Los resultados y estados finales del desarrollo pueden ser significativamente distintos de lo esperado inicialmente basado en ciertas características dadas del sujeto. Esta concepción de modificabilidad del individuo forma la base de una aproximación activa hacia los fenómenos de ejecuciones deficitarias, en particular, y de desviaciones emocionales y conductuales en general. El objeto de la modificabilidad cognitiva es el estudio de los procesos cognitivos superiores de un sujeto u organismo considerado como un sistema abierto al cambio.

Para esto elaboró un set de instrumentos o programa (Programa de Enriquecimiento Instrumental) que facilitará el crecimiento continuo, haciendo al sujeto más sensible, receptivo y activo ante las diferentes fuentes de estimulación cognitiva. El programa permite evaluar el funcionamiento de las diferentes operaciones mentales como a su vez permite que el sujeto descubra nuevas estrategias para utilizar dichas operaciones mentales.

El entrenamiento cognitivo a través de estos instrumentos se logrará mediante tareas, las que pueden ser entendidas y comprendidas en términos de correlatos o componentes cognitivos necesarios para el procesamiento de la información (Procesamiento de información se define generalmente como la secuencia de las operaciones mentales, y sus productos, implicados en la realización de una tarea cognitiva). Este enfoque activo considera a la inteligencia como un proceso dinámico de autorregulación, lo que permitirá responder a la estimulación ambiental ofrecida a través de una situación de aprendizaje estructurada y mediada por otro ya sean los padres, los maestros o los terapeutas. La modificabilidad cognitiva es producto de esas experiencias de aprendizaje mediado, cuyo objetivo es lograr en el sujeto una gran variedad de estrategias y procesos que lo llevan a determinados comportamientos, los cuales son pre-requisitos para el buen funcionamiento cognitivo.

La mediación tiene ciertas características específicas y muy definidas por Feuerstein (1979), que son: intencionalidad, trascendencia, significado, participación activa, regulación de la conducta, individualización, competencia, conducta compartida, fomenta la curiosidad, originalidad y creatividad, permite al sujeto autopercebirse como capaz de autorregular su conducta y de generar y procesar la información desde su ambiente.

El programa de Enriquecimiento Instrumental tiene como característica principal “aumentar la capacidad del organismo humano para ser modificado a través de la exposición directa a los estímulos y a la experiencia proporcionada por los contactos con la vida y con las aportaciones del aprendizaje formal e informal” (Feuerstein, 1979). Su objetivo es enseñar un sistema de operaciones, instrumentos y técnicas para que el individuo utilice en forma eficaz la experiencia que le rodea, no es enseñar contenidos específicos aunque de por sí su aplicación lo logra.

El programa se fundamenta en la utilización de una serie de pre-requisitos cognitivos, a través de ciertas tareas, las cuales son muy específicas, secuenciadas desde la simplicidad a la complejidad que permiten desarrollar funciones o habilidades mentales que aparecen deficitarias en cualquiera de las fases del acto mental: input-elaboración-output.

Los diversos instrumentos o tareas utilizadas favorecen el desarrollo de procesos tales como atención, organización perceptual, transporte visual, discriminación, comparación, generalización, memoria espacial, proyección de relaciones, analogías, comprensión razonamiento, toma de decisiones, solución de problemas.

Posterior a la aplicación del Programa de Enriquecimiento instrumental (P.E.I.) además de comprobar el desarrollo de las funciones cognitivas anteriormente señaladas se ha observado un gran desarrollo de conductas que facilitan el aprendizaje como es la motivación y entusiasmo por aprender, mayor facilidad para comprender y seguir instrucciones, desarrollo del pensamiento reflexivo o insight y de la autopercepción como un sujeto activo capaz de autorregular su propia conducta y de generar información (Arbitman-Smit, 1985).

Estos estudios no hace estar optimistas en cuanto a que, si profundizamos en el análisis de las habilidades del procesamiento de información podemos capacitarnos mejor en el diagnóstico y posteriormente podremos remediar las deficiencias observadas en el niño en cuanto a funcionamiento intelectual a nivel de procesos, estrategias y representación de la información.

En el programa del Dr. Feuerstein, las pruebas e instrumentos fueron elaborados para ser aplicados a niños mayores de siete años y que tuvieran manejo de papel y lápiz. En nuestro caso, ya que trabajamos con niños desde los dos años, se ha elaborado un programa terapéutico adaptado a las habilidades y destrezas de un niño pequeño. Es así como en las actividades de entrenamiento se utiliza material concreto, manipulable por el sujeto, y posteriormente se adecúa el material gráfico para enfrentar las mismas funciones sugeridas por el autor. Los resultados se podrán apreciar en la revisión de dos casos.

## Estudio de casos.

Revisaremos dos casos a quienes se les aplicó un programa terapéutico multimodal. La diferencia de este trabajo estaría dada precisamente en el no adherirse rígidamente a una o varias técnicas derivadas de un enfoque teórico, es decir se aplican diversas técnicas derivadas de diferentes marcos teóricos y que por nuestra experiencia y revisión bibliográfica han sido útiles en el tratamiento de los niños con estas características. Destacamos que en cuanto a metodología nos basamos en el programa de R. Feuerstein. Para mayor información sobre estos programas multimodales e integrativos referirse a Vilches Alvarez (1991).

El programa terapéutico considera:

- \* Estimulación de las "áreas deficitarias" dando énfasis a desarrollo cognitivo y del lenguaje.
- \* Estimulación del desarrollo y de la coordinación motora fina y gruesa.
- \* **Control conductual (entrenamiento de los padres y del propio niño mediante la aplicación de técnicas de modificación conductual basadas en teorías del aprendizaje).**
- \* Aplicación de técnicas cognitivas (autoinstrucciones, autocontrol, auto-refuerzo).
- \* Integración a grupos de iguales.
- \* Dieta nutricional y megavitamínica.
- \* Terapia incluyendo a todos los miembros de la familia.

El programa de estimulación del desarrollo cognitivo realiza mediante ejercicios de a) Atención, b) discriminación visual, auditiva, táctil; c) memoria visual y auditiva; d) adquisición de conceptos básicos: color, forma, tamaño, número y cantidad, espaciales, tiempo, velocidad; e) igualación y diferenciación de objetos (material tangible y gráfico) por características concretas, funcionales y abstractas; f) percepción, coordinación visomotora y transporte visual; g) clasificación por categorías; h) secuenciación; i) ordenación temporal.

El programa de estimulación del área verbal y de la comunicación incluye: a) desarrollo del lenguaje comprensivo mediante juego libre, b) comprensión y ejecución de órdenes simples y complejas; c) apareamiento de objeto-objeto, de objeto-lámina, de objeto-palabra escrita; d) reconocimiento de objetos a través de material tangible, sonidos, material gráfico, palabra escrita; e) nominación de objetos, animales, transportes, alimentos; f) reconocimiento y expresión oral de acciones, opuestos, adjetivos; g) aumento del nivel de caudal de vocabulario e información; h) establecimiento de analogías; i) comprensión y resolución de situaciones problemas a nivel gráfico, verbal.

## Francisco

La madre de Francisco consulta cuando el niño tiene 1 año 11 ms. Fue referida por médico neurólogo, por presentar aislamiento social (no interactúa con otros niños o adultos), retardo del lenguaje (sólo emite vocalizaciones), conductas estereotipadas, no existe apego afectivo con sus padres, es selectivo en su alimentación. Su desarrollo motor fue precoz, caminó a los nueve meses.

No hay antecedentes familiares de trastornos de desarrollo u otras patologías, sólo informan que "el padre, frecuentemente, se aísla por algunos días del grupo familiar prefiriendo estar solo hasta las horas de comida".

No existen antecedentes mórbidos pre ni perinatales (cesárea por no aparecer signos de parto). Los exámenes de resonancia magnética, potenciales evocados auditivos y endocrinos (cromatografía de aminoácidos y tiroides) son normales.

A través de la evaluación clínica observamos que:

Presenta un desarrollo deficitario respecto de los repertorios básicos para el aprendizaje. Su capacidad de atención es lábil, su capacidad de imitación es limitada manifestándose sólo en la realización de movimientos con objetos o con instrumentos musicales. No se logra evaluar control instruccional. Se queda pegado en actividades repetitivas, como rodar un juguete, un cilindro, un vasito, dar vueltas a un reloj de arena.

No se logra evaluar un lenguaje interior. No se expresa con lenguaje verbal oral. Presenta marcado retardo del lenguaje.

Presenta leve torpeza en su desarrollo motor fino y grueso (no realiza ensarte, logra hacer torres con cubos, saca los vasitos con el dedo pulgar, abre potes pero no los cierra. En grafismo está en la etapa de garabateo sin direccionalidad. Toma el lápiz con agarre palmar).

En cuanto a su desarrollo emocional social: no establece contacto visual, su rostro es inexpresivo, tiende a cerrar los ojos cuando se le habla, deambula de un lado a otro en silencio, no presta atención no se concentra, ocasionalmente toma algunos objetos y juega a girarlos, los agarra por breves momentos y los suelta, regándolos por el piso, no responde si se le llama por su nombre o mira hacia otro lado evitando la mirada, no pide satisfacer ninguna necesidad. No existe apego afectivo con sus padres y hermanos, cuando no se le complace expresa su desagrado (gime, llora, agrade a su madre o se deja caer al suelo). Se concentra mirando las sombras. Le agrada la música en especial la propaganda de televisión.

No es posible evaluar con pruebas estandarizadas.

Impresión diagnóstica: Francisco presenta un retardo del desarrollo, manifestado en un trastorno de comunicación con algunas características autistas. Ingresa a terapia.

## Evolución del desarrollo:

Francisco asistió a un programa terapéutico durante un año 3 meses, con un total de 158 sesiones

(20% inasistencia por enfermedad). A la fecha tiene 3 años 2ms.

Presenta una adecuada evolución en el desarrollo de sus repertorios básicos. Establece contacto visual con su madre y con la terapeuta, cuando necesita satisfacer una necesidad. Responde al llamado por su nombre. Su rostro es expresivo, sonríe, mira con picardía y ríe ante situaciones de alegría.

Se concentra en las actividades didácticas ya sean éstas manipulativas o verbales, manteniéndose sentado durante 45 minutos a una hora. Manipula adecuadamente el material, siguiendo las instrucciones del terapeuta o de su madre, es decir posee control instruccional, comprendiendo las instrucciones y realizándolas cuando se le piden. Posee adecuada capacidad de imitación generalizada cuando el modelo es con objetos o facilitada mediante la música. Está emergente la conducta imitativa de movimientos motores simples.

Su juego espontáneo aún es repetitivo y estereotipado. Ya no llora ni grita ante la interrupción de éste mediante estímulos externos.

Dado su edad y desarrollo de lenguaje y comunicación sólo fue posible evaluar si evolución mediante la guía conductual de desarrollo de Portage:

	1 año	2 años	3 años
cognición :	100%	74%	17%
lenguaje :	80%	6%	0%
motricidad :	100%	84%	47%

Esto nos revela que Francisco ha evolucionado en el desarrollo de las diferentes áreas, pero éste siempre es deficitario y heterogéneo, siendo el área verbal la menos desarrollada.

Cualitativamente observamos:

Area cognoscitiva: Posee los conceptos básicos de color, forma, tamaño, número, algunos espaciales, esquema corporal, opuestos; realiza clasificaciones, comparaciones. Posee adecuado desarrollo de percepción, memoria.

Lenguaje: Posee lenguaje interior, comprende y sigue todas las instrucciones simples y complejas, imita todas las palabras, se comunica en forma espontánea con una o dos palabras. Usa sustantivos, artículos y verbos. Actualmente le cambia el final a las palabras y se ríe al hacerlo.

Comportamiento emocional social: Aún deambula de un lado a otro, juega con juguetes, no se observa juego simbólico, con otros niños realiza juego paralelo, establece contacto afectivo físico, no reacciona ante la agresión de los otros, a veces se ríe, emite jerga mientras juega. Con la música como estímulo instigador realiza diferentes conductas motoras acorde al ritmo musical: correr, saltar, caminar, marchar. Rechaza con llanto ciertos sonidos del ambiente o musicales (los cantos de ópera).

Existe vínculo afectivo con su madre, la busca, la llama y llora cuando ella se va. Se comunica con ella, gestual y oralmente para satisfacer sus necesidades. Grita cuando no lo satisfacen.

Se mantiene su conducta estereotipada de rodar los objetos y ocasionalmente de jugar con las sombras. Todavía lanza los objetos al piso cuando se molesta, pero obedece la instrucción de recogerlos de inmediato ante la orden de su madre. Continúa selectivo en su alimentación.

Aún se molesta cuando toman en brazos a su hermano pero ahora pide que lo carguen a él o los jala de las ropas si los padres no lo hacen.

## Conclusión

Al comparar los informes de evaluación se comprueban marcados avances en su rendimiento por áreas, pero su desarrollo aún es deficitario. Lo más significativos son sus avances a nivel cognoscitivo y del lenguaje expresivo oral. Posee un excelente potencial de aprendizaje. Su actual comportamiento emocional-social indica que está preparado para estar en una situación de aprendizaje estructurado y sistemático como el que le puede ofrecer el jardín infantil. Se mantiene el primer diagnóstico. Debe continuar sus terapias.

## Carlos Eduardo

La madre consulta cuando el niño tiene 2 a 9 ms. por ausencia de lenguaje expresivo, no se integra a otros niños y presenta conductas difíciles de controlar: llanto frecuente, gritos, rabietas.

Existen antecedentes mórbidos. A los 6 ms. presentó reacción febril y decaimiento posterior a sobredosis de vacuna antigripal. A los 2 años presentó crisis convulsiva febril. Exámenes de audiometría, EEG y endocrinos (tiroides y cromatografía de aminoácidos) normales.

Durante la evaluación su rostro es inexpresivo, presenta adecuada capacidad de atención, su contacto visual con las personas es fugaz, se mantiene

sentado atendiendo a los estímulos, imita las conductas modeladas y sigue instrucciones simples. Su juego es tranquilo con material manipulativo. Posee adecuado lenguaje interior y comprensivo de las situaciones de la vida diaria, sabe comer solo, no posee control de esfínteres. Su desarrollo motor grueso y fino es normal.

Presenta conductas autoestimulativas (olfativas, visuales, táctiles). Rechaza el contacto con algunos materiales.

En cuanto a desarrollo emocional social no responde al llamado por su nombre, corre a ver la T.V. al escuchar la música de la propaganda, pide satisfacer sus necesidades, existe apego afectivo con sus padres y hermana.

Impresión diagnóstica: Carlos Eduardo presenta un retardo del desarrollo, manifestado en un trastorno de comunicación con algunas características autistas. Ingresa a terapia.

## Evolución:

A los 3 años 6 ms. ingresa a Jardín de Infancia, se adapta fácilmente, se separa de su madre sin llorar, realiza juego paralelo a los otros niños, interactúa sólo con adultos, participa en las actividades dirigidas. Se mantienen sus conductas autoestimulativas y estereotipadas. Presenta conductas disruptivas (llanto, chillido). Existen avances en el área cognoscitiva y de lenguaje.

A los 4 años 5 meses sus mayores avances son en área cognoscitiva y motriz. Posee adecuado contacto visual, su mirada y rostro expresa emociones, se comunica mediante palabras aisladas o frases de dos a tres palabras, se interesa en mejorar la articulación de las nuevas palabras aprendidas. Existe adecuada capacidad de comprensión del lenguaje oral en conversaciones, requerimientos e instrucciones. Responde al llamado por su nombre, manifiesta apego afectivo con algunos niños en especial con su hermanita mayor, llora al separarse de ella. Ya controla esfínteres y es independiente en sus hábitos de rutina diaria. Posee los conceptos básicos de color, forma, tamaño, cantidad, espaciales, idéntica opuestos, clasifica, define palabras por uso, posee adecuado esquema corporal. Presenta un desarrollo superior en cuanto a percepción, memoria inmediata y remota. Se interesa mucho en grafismo (copia letras, números, dibujos, imita la acción de firmar) y en lectura de propagandas o eslogan. Presenta conductas estereotipadas (dibujar una y otra vez barcos y banderas).

A los 5 años 8 meses posee un adecuado lenguaje funcional comunicándose mediante frases simples

con fallas sintácticas y de estructuración. Presenta reversión pronominal. No inicia una conversación en forma espontánea, repite diálogos completos que ha escuchado, presenta ecolalia.

A los 7 años cursa primer grado en Colegio especializado para niños con trastornos de aprendizaje. Se mantienen los avances en las diferentes áreas. Presenta dificultades en la adaptación a la rutina escolar por la presencia de inquietud motora y de conductas autoestimulativas. Las evaluaciones escolares deben hacerse en forma individual y oral ya que el se distrae y aunque sabe los contenidos no responde. En esta fecha ya pudo ser evaluado con pruebas de nivel estandarizadas logrando un rendimiento a Nivel Normal Lento, siendo superior a la norma en el área manipulativa y limítrofe en el área verbal. Existen habilidades específicas en coordinación visomotora, agudeza visual, memoria inmediata y en su capacidad de establecer relaciones a nivel concreto y funcional. Presenta déficits en su capacidad de asimilar y transmitir información, en caudal de vocabulario y en la expresión de su capacidad de comprensión y razonamiento.

A los 9 años, C.E. cursa tercer grado básico. Se realiza evaluación psicométrica rindiendo a Nivel Normal Promedio. Se mantiene su desarrollo

heterogéneo al comparar el área verbal con la de ejecución siendo superior ésta última. Todas las funciones continúan su evolución, siendo su capacidad de razonamiento la menos desarrollada. Posee desarrollo superior en cuanto a su proyección de lateralidad en el espacio y buena discriminación auditiva permitiéndole la aprehensión inmediata de la estructuración temporal en un plano perceptual motor.

Está muy consciente de sus éxitos y fracasos, posee autocritica, hace esfuerzos por rendir, está muy atento al juicio de otros sobre su comportamiento y logros y sus comentarios apuntan a que posee una baja autoestima. Ya comunica sus ideas, deseos, pero aún aparecen fallas de estructuración. Se comunica con los otros niños respondiendo a preguntas sin mirar al interlocutor, manteniéndose en su actividad mientras contesta. No inicia el diálogo en forma espontánea. Cuando narra experiencias lo hace al auditorio sin personalizar su interacción o hace comentarios al adulto refiriéndose a lo que hacen otros niños. Le agrada el uso de palabras de uso poco frecuente y las aplica adecuadamente. Se mantiene la prosodia de un niño atípico. Manifiesta permanentemente y explícitamente su deseo de entretenerse solo y no tener interés en conversar, pide que los demás conversen y que lo dejen tranquilo haciendo las actividades de su interés (dibujar, construir).

## REFERENCIAS

- Alvin, J. (1979) La música como medio de educación. *Rev. Siglo Cero* Nº 65, 26-39. Boletín de la Federación Española de Asociaciones Pro-subnormales.
- Arbitman-Smir, R.; Haywood, H.C. and Bransford, J.D. (1985) "Assessing Cognitive Change" in *Learning and Cognition in the Mentally Retarded.*, McCauley, C.M.; Sperber, R & Brooks (eds).
- Ayres, J. (1981) *Sensory Integration and the Child.* Western Psychological Services. U.S.A.
- Ayres, J. and Tickle, L.S. (1980) "Hiper-responsivity to touch and vestibular stimuli as a predictor of positive response to sensory integration procedures by autistic children". *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 34, Nº 6, 375-381.
- Bandura, A. (1982) *Teoría del Aprendizaje social.* Editorial Espasa-Calpe, Madrid.
- Bandura, A. (1987) *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales.* Ediciones Martínez Roca, Barcelona.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Editorial Alianza, Madrid.
- Campbell, M.; Anderson, L. et al. (1978) "A comparison of Haloperidol and behavior therapy and their interaction in autistic children". *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 17, 640-655.
- Coleman, M. y Gillberg, Ch. (1989) *El autismo: bases biológicas.* Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona, España.
- Coleman, S and Stedman, J. (1979) "Use of a peer model in language training in a echolalic child". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 5, 275-279.
- Craighead, W.E.; Meyers, A. and Wilcoxon Craighead, L. (1985) "A conceptual Model for Cognitive-behavior Therapy with Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 13, 331-342.
- De Fontaine, J. (1979) *Psychomotricité et relaxation.* Ed. Mason S.A. Paris.

- De Myer M.K. et al. (1974), en Rutter (1983) "Cognitive deficits in the pathogenesis of autism". *Journal Child. Psychol. Psychiat.*, Vol 24, Nº 4, 513-531.
- De Myer M.K. et al. (1981) "Infantile autism reviewed: A decade of research". *Schizophrenia Bulletin*, 7: 388-451.
- Feuerstein, R. (1979) *The Dynamic Assessment of Retarded Performers: The Learning Potential Assesment Device, Theory, Instruments and Tecniques*, Baltimore, University, Park Press.
- Feuerstein, R. et al (1980) *Instrumental Enrichment. An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore, University Park Press.
- Gillberg, C. (1984) "Autistic children growing up. Problems of puberty and adolescence". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26: 125-129.
- Goldstein, C. (1964) "Music and creative arts therapy for an autistic child". *Journal of Music Therapy*.
- Graziano, A. and Kean, J. (1968) "Programmed relaxation and reciprocal inhibition with psychotic children". *Behavior Research and Therapy*, 6, 433-437.
- Green, D.; Budd.; Johnson, M.; Lang, S.; Pinkston, E and Rudd, S. (1971) "Training parents to modify problem child behaviors". *Behavior Modification Approaches to Parenting*. Mash, E.
- Gresham, F. (1985) "Utility of cognitive-behavioral procedures for social skills training with children: A critical review". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 13, Nº3, 411-423.
- Hermelin, B. and O'Connors, N. (1970) *Psychological Experiments with Autistic Children*. Oxford: Pergamon Press.
- Kanner, L. (1943) "Autistic disturbances of affective contact" *Nervous Child*, 2: 217-250.
- Kanner, L. (1971) "Follow-up study of 11 autistic children originally reported in 1943". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 119-145.
- Kendall, Ph. (1985) "Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions". *Journal Abnormal Child Psychology*, Vol. 13, Nº 3, 357-372.
- Koegel, R.; Firestone, P.; Kramme, K. and Dunlap, G. (1974) "Increasing spontaneous play by suppresing self-stimulation in autistic children". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, Nº 4, 521-528.
- Koegel, R.; Glahn, T. and Nienimen, G. (1978) "Generalization outcomen of training parents". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 95-109.
- Koegel, R.; O'Dell, M.; Koegel, L. (1988) "Producing speech use in nonverbal autistic children by reinforcing attempts". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 18, Nº 4, 525-538.
- Kozloff, M.A. (1973) *Reaching the Autistic Child, A Parents Training Program*. Research Press, Illinois.
- Lansing, M. (1981) "Desarrollo e individualización de un curriculum de enseñanza para niños autistas". I Simposium Internacional sobre Autismo, Caracas.
- Lincoln, A.J.; Courchesne, E.; Kilman, B.A. and Elmasion, R. (1988) "A study of intelectual abilities in high-funtioning people with Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 18, Nº 4, 510-524.
- Lotter, V. (1967) "Epidemiology of Autistic Conditions in Young Children. II Some Characteristic of the Parents and Childrens". *Social Psychiatry*, 1: 163-173.
- Lovaas, O.I. (1981) *El niño autista*. Ed. Debate, Madrid.
- Mahoney, M. and Nexworski. (1985) "Cognitive-behavioral approaches to children's problems". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 13, Nº 3, 467-476.
- Margalit, M.; Raviv, A. and Mainance, Y (1984) "WISC-R substest scores of emotionally disturbed Israeli children". *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol 13, Nº 1, 86-89.
- Mata, A., Montagutelli, C y Vilches Alvarez, O. (1989) *La música como una modalidad terapéutica en niños con problemas de aprendizaje. Experiencia del taller musical T.E.X.E.M. Trabajo presentado en Fundación Polar de Venezuela (sin publicar)*.
- O'Dell, S. (1974) "Training parents in Behavior Modification: A review". *Psychological Bulletin.*, Vol 81, Nº 7, 418-433.
- Paluszny, M. (1987) *Autismo. Guía práctica para padres y profesionales*. Editorial Trillas, México.
- Prieto Sanchez, M.D. (1986) *La modificabilidad estructuralcognitivay el Programa de Enriquecimiento instrumental de R. Feuerstein*. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Murcia.
- Richter, N. (1984) "The efficacy of relaxation training with children". *Journal of abnormal Children*, Vol 12, Nº 2, 319-344.

- Rimland, B (1986) *Infantile Autism. The Syndrome and its Implications for a Neutral Theory of Behavior.* The Century Psychology Series. Prentice-Hall, Inc., New Jersey.
- Rimland, B (1988) "Comparative effects of treatment on child's behavior" ARRI. Publication 34 B. Institute for Child Behavior Research.
- Rutter, M. and Lockyer, L. (1967) "A five to fifteen years follow-up study of infantile psychosis: I. Description of the sample". *British Journal of Psychiatry*, 113: 1169.
- Rutter, M. (1978) "Diagnosis and definition". En Rutter and Schopler, *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*, Plenum Press. New York.
- Rutter, M. (1983) "Cognitive deficits in the pathogenesis of autism" *Journal Child. Psychol. Psychiat.* Vol. 24, Nº 4 513-531.
- Rutter, M. and Schopler, E. (1986) *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*, Plenum Press. New York.
- Schopler, E. (1976) "Toward reducing behavior problems in autistic children". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6: 1-13.
- Schopler, E.; Reichler, R. and Devellis, R. (1980) "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, Nº 1, 91-103.
- Schreibman, L. and Carr, E. (1978) "Eliminación de respuestas ecológicas a preguntas a través del entrenamiento en una respuesta verbal generalizada". *Behavior Research and Therapy*, Vol. 16, 302-306.
- Teal, M.B. and Wiebe, M. (1986) "A validity analysis of selected instruments used to assess Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 16, Nº 4, 485-495.
- Vilchez Alvarez, O. (1982) "Desarrollo del área verbal a través de modificación de conducta. Entrenamiento de un niño autista de ocho años sin lenguaje expresivo oral". Tesis de Grado. Especialista en Tecnología y Modificación de la conducta. Postgrado en Psicología. Universidad Simón Bolívar. Venezuela.
- Vilchez Alvarez, O. (1986) "Terapia conductual temprana aplicada a niños diagnosticados como autistas" V Congreso Latinoamericano de Análisis y Modificación del Comportamiento, Asociación Latinoamericana de Modificación del Comportamiento y Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia, Caracas.
- Vilchez Alvarez, O. (1991) "El Síndrome del Autismo. Su etiología, diagnóstico, clasificación y enfoques terapéuticos". *Terapia Psicológica*, Año X, Nº 16, 1991.
- Wahler, R.; Winkel, G; Peterson, R. y Morrison, D.C. (1965) *Las madres como terapeutas conductistas de sus propios hijos.* *Behavior Research and Therapy*, 3:2, 113-124.
- Wing, L. (1974) *Autistic children and their families.* The National Society for Children and adults with autism. Washington.
- Wing, L. (1981) *La educación del niño autista. Guía para padres y maestros.* Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.

## Documentos

# Entrevista al Sr. Fernando González-Rey

*Entre los invitados extranjeros al 24º Congreso de la SIP realizado en Santiago, una de las figuras de mayor relevancia fue el psicólogo cubano Dr. Fernando González-Rey. Sus elaboraciones teóricas acerca de la personalidad y sus aplicaciones a la clínica y la educación fueron de los planteamientos más atractivos y originales del evento.*

*La Revista Chilena de Psicología conversó con el DR. González-Rey y transcribimos a continuación dicha entrevista, realizada por Elisa Neumann, la que permite profundizar en sus teorías y conocer sus ideas acerca de la psicología cubana actual.*

### Orientaciones y desarrollos de la psicología en Cuba:

E.N.: Quisiera que partieras definiendo brevemente lo que tú entiendes por personalidad.

F.G.R.: Para mí la personalidad es la construcción teórica de la subjetividad individual. Este término ha sido muy aludido por las tendencias empiristas centradas en las unidades de comportamientos. Por supuesto, que en mi planteo la subjetividad no es una subjetividad inherente al individuo, sino una subjetividad configurada socialmente en la historia de cada individuo concreto y por lo tanto en la historia de la sociedad, de los grupos, etc. En este sentido, yo enfatizo que en la personalidad se expresan básicamente las formas de organización y las relaciones de los elementos que tienen un sentido psicológico para el hombre, no la sumatoria de contenidos que pueden ser o que se pueden expresar en el individuo. Por tanto, el problema de la psicología de la personalidad no está tanto en describir contenidos, como en explicar el sentido psicológico que un determinado elemento, una determinada formación, un determinado contenido, tiene para un individuo concreto. Estos sentidos hay que verlos en las formas de organización de la subjetividad, cuya unidad central nosotros hemos definido como las formaciones motivacionales. Entendemos por formación motivacional la relación necesaria de elementos dinámicos diversos que le dan un sentido único a la expresión del sujeto, estos sistemas son unidades que reproducen las características generales que tiene la personalidad como

sistema dinámico. Un elemento puede tener un sentido psicológico que simultáneamente no tiene en otra formación motivacional. Por tanto, el mundo de la personalidad, de la subjetividad individual, no necesariamente tenemos que verlo como una taxonomía de unidades aisladas, sino que tenemos que verlo en sus múltiples formas de integración simultánea, incluso con sentidos psicológicos diferentes, según el tipo de formación en que se integre. Las configuraciones más generales no son más que integraciones de distinto tipo de formaciones motivacionales. Es por esto que yo enfatizo los aspectos funcionales en la organización de la personalidad, no sólo qué, sino cómo un contenido se integra y cómo se expresa en la regulación psicológica del hombre.

Desde mi planteamiento, estas configuraciones, estos mundos de sentido psicológico, se forman en la historia social del hombre, se forman en los sistemas de relaciones del hombre. Sin embargo, tienen una expresión a nivel subjetivo que es lo suficientemente estable como para que en sí misma la propia personalidad se convierta en su historia, en determinante también del comportamiento individual. Es decir, la determinación de la personalidad no reside sólo en sistemas que están fuera del sujeto, en lo social o en lo biológico, sino en los propios determinantes históricos de la subjetividad.

E.N.: ¿Tú consideras que esta manera de visualizar la subjetividad humana, y de darle un rol en la autoregulación del comportamiento es una superación de una tradición más antigua dentro de la psicología marxista, que hablaba básicamente de la

subjetividad como el reflejo de las relaciones sociales del sujeto?

F.G.R.: Mira, realmente, sí. Yo creo que es un paso más allá. Precisamente en la reconquista de dos categorías: la de sujeto y de subjetividad, que en esa psicología de orientación marxista, yo creo que cobran cada vez más pertinencia. Dentro de esta corriente, la subjetividad, según mi opinión, por determinantes ideológicas, está un tanto estigmatizada. El marxismo que predominó en la representación oficial de los países de Europa Oriental, fue un marxismo muy permeado por el positivismo. Por lo tanto, la subjetividad se asociaba con el no rigor científico o con el idealismo. Sin embargo, autores marxistas clásicos dan un fuerte énfasis a la subjetividad en la psicología marxista inicial. Por ejemplo, Rubinstein, creo que es un autor muy poco conocido en Occidente, nos habló del sujeto, nos habló de la personalidad. En la propia obra de Vygotsky también hay un intento de penetrar en la subjetividad, por supuesto que con algunos puntos débiles desde mi posición. Así por ejemplo, cuando Vygotsky habla de la mediatización de los signos, él hace una analogía entre el papel que tienen el signo en la regulación psicológica humana interna y el papel que tiene la herramienta en la actividad externa. Analogía un tanto reduccionista, un tanto mecanicista, que desde mi punto de vista es uno de sus elementos débiles. Sin embargo, muchos autores occidentales que hoy retoman a Vygotsky, con una línea un tanto de la psicología cognitiva, como Michael Koll y otros, enfatizan que esto fue un logro de la psicología. En cierto sentido comparto esta opinión, lo veo un logro en el tiempo, en que vivió Vygotsky. Un logro al tratar de enfatizar cómo los elementos de la subjetividad no eran autónomos, ni eran inherentes a un sujeto concreto. Sin embargo, por ahí no siento que están los puntos más fuertes de la obra de Vygotsky. A mi juicio están precisamente en el concepto de zona de desarrollo próximo; en el papel que le dió a lo inter-subjetivo en el desarrollo de las potencialidades psicológicas humanas; en el hecho de que rompió con el estaticismo en la representación del intelecto y de las funciones psicológicas, y en el propio hecho de que Vygotsky por primera vez se plantea el concepto de Unidad Psicológica para examinar la subjetividad. Desarrolla este concepto en relación a las funciones psíquicas superiores esencialmente cognitivas. Por supuesto, no hace un planteamiento más general en esta dirección.

Ahora, Vygotsky había señalado que las partes más oscuras de la psicología eran la personalidad y su desarrollo, ya que no fue ajena a él. Por otra parte, para hacer justicia tenemos que reconocer que Vygotsky murió muy joven. Sin embargo, la psicología posterior de raíz Vygotskiana, que tiene Leontiev, la teoría de la actividad tiene mucho más esto que tu dices, una analogía muy mecánica entre la actividad externa y la actividad interna; donde la actividad

interna se ve como un reflejo de la externa y en este carácter de reflejo pierde una autonomía, que es lo que define su carácter subjetivo, que es lo que nosotros pretendemos desarrollar en una teoría de la subjetividad.

E.N.: Desde tu aproximación teórica ¿cuál es el papel de lo inconsciente?, porque a lo mejor en una lectura muy rápida se acentúa demasiado el rol activo del sujeto

F.G.R.: Mira, lo inconsciente forma parte de la subjetividad. No todo aquello que está configurado está asumido por el sujeto y construido por el sujeto, no es consciente. La conciencia no es una sustancia, no es un estrato, es la función activa del sujeto de construir o representarse una realidad. Entonces en esa misma medida todos aquellos elementos dinámicos que son determinantes de un determinado sentido subjetivo, pueden no estar conscientes. Tenemos que dejar de pensar en una psicología donde el motivo es una etiqueta isomórfica con la conducta, y donde el motivo se da en un continuum de placer-displacer. Por ejemplo, tengo motivos hacia la pareja cuando me siento bien, no los tengo cuando ya no me siento bien; eso no es tan simple. Por regla general incluso, los motivos complejos humanos son coexistencia de vivencias positivas y negativas. Independientemente que te sientas bien en un sistema de relación construido por tí, simultáneamente sientes vivencias negativas, porque no todas las expectativas individuales se pueden canalizar en un marco interactivo. Pero, de ahí a que tú seas consciente de los factores que dinamizan tu relación, va un trecho. ¿Y de que tú eres consciente?. De las representaciones que tú te has formado de la pareja. Pero como yo decía en la Conferencia, si le preguntamos a todos ustedes ¿por qué están con la pareja?, dirán que porque los complementa, porque la admiran, porque es positivo, porque tienen compatibilidad biológica, ¡porque es un tipo bárbaro!. Pero ninguno dirá porque me compensa una inseguridad profunda que yo tengo, que soy tremendamente dependiente y gratifico mi dependencia en mi pareja, porque no tengo tolerancia a la frustración y mi pareja me afirma. Son elementos dinámicos reales que se integran en configuraciones subjetivas, donde mantienen su carácter inconsciente, pero se integran adecuadamente en el sentido de la formación. Por eso es que lo inconsciente para mí no tiene un sentido negativo, ni tiene que ser necesariamente disonante con el sentido general de la formación psicológica en que se implica. Y por supuesto, salgo de una representación del inconsciente como estrato, como provincia de lo psíquico en el sentido que se lo representó Freud. Desde mi punto de vista fue un hombre genial, sin embargo, tiene una teoría muy metafórica ya que no parte de una historia real de conocimiento psicológico, o sea, parte de un problema muy concreto, de una práctica profesional.

E.N.: Ahora, en tu opinión, ¿qué elementos o condiciones han influido dentro de la psicología cubana que han contribuido a darle un rol más central a la subjetividad?

F.G.R.: Yo creo que varios elementos. Primero, en Cuba convergen corrientes muy diversas de pensamientos psicológicos. Recibimos una influencia muy importante de la psicología soviética, la mayoría de nosotros hicimos nuestros doctorados en la Unión Soviética, pero nunca fuimos ajenos a todo lo que se hacía en el resto de la psicología. En Cuba es conocido el humanismo, la psicología cognitiva, el psicoanálisis, hemos hecho varios encuentros de psicoanalistas y psicólogos marxistas en La Habana. Estas confluencias de pensamientos unidos a un proyecto social que privilegiaba una posición de independencia, y que se planteaba retos permanentes del cual fuimos parte, hizo que tratáramos de integrar cosmovisiones y de no establecer una relación de dependencia con posiciones externas a lo propio que estábamos haciendo dentro de nuestro contexto social y cultural. Esta conjunción de factores yo creo que tuvo un papel muy importante.

Y, esto con una generación de psicólogos muy jóvenes, de la cual yo formo parte, sin credos políticos entre comillas, dentro de la psicología (tú sabes que las escuelas casi han devenido en partidos políticos donde es un pecado reivindicar o tratar de darle un sentido a un hallazgo de otra Escuela) hizo que con mentes frescas, muy abiertas fuéramos desarrollando un camino propio.

Por otro lado, las propias características de nuestra psicología, nace y se desarrolla muy comprometida con un proyecto social, muy comprometida con una sociedad en cambio, con una sociedad en evolución que hizo que muchos problemas fueran abordados desde su especificidad en Cuba. Todos estos factores confluyen en una tendencia a pensar la psicología, en el marco de la psicología universal, pero a pensarla de una manera creativa, con los aportes que una realidad nos estaba brindando.

E.N.: Yo lo pregunto, porque de lo poco que yo conozco de la psicología cubana, he visto tres grandes áreas del desarrollo: uno que es el campo de la psicología industrial, en el desarrollo de la creatividad; el otro, es en la educación moral de los niños y el desarrollo de la personalidad, que además son elementos a los cuales permanentemente ustedes están...

F.G.R.: ...trabajando, permanentemente estamos trabajando. Porque estos proyectos sociales; como el socialismo, sistema socioeconómico alternativo al capitalismo tienen que tener muy en cuenta la realidad subjetiva del hombre, de sus agrupaciones, de sus instituciones y de la sociedad en su conjunto.

Reflexionando sobre los hechos de Europa Oriental, he pensado mucho que los radicales cambios en la estructura económica y en muchos aspectos de la vida social en este modelo de socialismo, no necesariamente se acompañaron de transformaciones igualmente radicales en el funcionamiento de las instituciones. En especial, una que es muy importante, la institución educativa. La escuela soviética tenía muchos puntos en común con una educación tradicional centrada en el maestro, unidireccional; y no con una educación de otro tipo que aceptara el reto de potenciar la individualidad, y de simultáneamente enseñar a esa individualidad a estar implicada en un proyecto colectivo, y a sentirse parte de metas que la trasciendan en sí mismo como vía de superación del individualismo fragmentado que caracteriza al mundo capitalista, que se quiere plantear como la cultura occidental; individualismo que veo muy asociado con el sistema. Si bien no podemos ser dogmáticos, pienso que las formas de propiedad inciden en cómo se estructura la subjetividad.

## **Psicología de la personalidad y psicología social:**

E.N.: ¿Cómo se configura la personalidad en el socialismo y cómo se configura la personalidad en un mundo capitalista?

F.G.R.: Mira, los hechos de Europa Oriental nos hacen ver que desgraciadamente muchos de esos países estaban desmedidamente en un sistema de sentido psicológico, que eran capitalistas en el afán de consumo, en el utilitarismo. Es un proceso muy complejo y yo no quisiera hacer aseveraciones absolutas, intervienen muchos elementos que hay que aprehenderlos en su complejidad. Pero evidentemente el ritmo que han tomado las cosas, me hace ver que dentro de una estructura socioeconómica que procuraba un sistema normativo que en su intencionalidad era diametralmente opuesto al capitalismo, se estaba incubando un tipo de sujeto que reproducía una necesidad de consumo, un individualismo. Yo pienso que no podemos ver mecánicamente la traducción de un cambio en una sociedad con la configuración de una subjetividad diferente. Hay elementos que no son económicos, que son de la calidad de los sistemas interactivos, de la forma de reconstruir los sistemas de relaciones hasta las relaciones de poder, que si no cambian medular y esencialmente siguen reproduciendo individualismo y siguen reproduciendo una subjetividad que realmente no se implica con metas reales. Yo creo que en las metas de otro tipo pasa mucho por la identidad que las generaciones tienen con proyectos de cambio social. Hay que reconocer que hay diferencias entre las generaciones, no todas son homogéneas en su forma de implicarse en un proyecto. Además, un proyecto no está sacralizado

por su intencionalidad, sino que la subjetividad se configura en cada momento histórico de cómo transcurre la vida social, los sistemas de relaciones y el propio desarrollo de un proyecto concreto. No es por definición, ni nominalmente, ni como un producto que ya el hecho de tu cambiarle la infraestructura a una sociedad te dé un tipo distinto de hombre que garantice un desarrollo en continuidad, que sea esencialmente diferente. Yo creo que esto es una de las lecciones que nosotros hemos sacado de lo que ha ocurrido en Europa Oriental. Los procesos que más apelan al hombre, que más apelan a resortes que no son tradicionalmente consumistas sino que son de la riqueza espiritual del hombre tienen que permanentemente vigilar que el hombre esté en proceso de crecimiento, que el hombre esté satisfecho, que el hombre esté en metas reales que expresen su realización y que a la vez se expresan dentro de la realización del proyecto. Es decir, los proyectos sociales no pueden negar el crecimiento individual; el crecimiento individual se tiene que expresar en una lógica necesaria y organizar dentro de los proyectos sociales generales.

E.N.: Ahora, tu enfatizas mucho el papel del ser humano, como un ser humano que no está a merced ni de sus fuerzas interiores ni del mundo exterior...

F.G.R.: Porque esa es una categoría que, desde mi punto de vista, es una de las más sugerentes en mi esquema actual de reflexión, que es la categoría de sujeto. Durante mucho tiempo la personalidad, se trató de establecer explícita e implícitamente y por vías distintas, desde fuera del sujeto. No es lo mismo la relación entre personalidad vista en sus configuraciones dinámicas por el psicoanálisis y conducta, que en el conductismo entre elemento interno y conducta; pero bueno, el conductismo niega la conciencia. Ambas posturas se plantean una relación directa donde prácticamente el individuo no tenía un rol activo en esta construcción, el individuo no tenía un rol activo en esta expresión. Precisamente lo que yo introduzco es que: el sujeto como individuo concreto es permanentemente interactivo, es consciente, es intencional, y, permanentemente está construyendo su comportamiento.

La personalidad no es un reservorio de conducta. La personalidad es un sistema de potencialidades psicológicas, que evidentemente se traducen en sistemas de necesidades que actúan sobre el individuo, pero que entran en un juego de contradicciones y de complementaciones con otras necesidades también importantes, que se derivan del momento interactivo actual del sujeto y del conjunto de factores que actúan en su atmósfera social. Por lo tanto, este individuo tiene un papel sumamente activo cuando construye de la convergencia de factores muy diversos su comportamiento concreto. Por eso es que ningún elemento externo a la subjetividad adquiere linealmente un

sentido en la subjetividad, porque pasa por el carácter que le da el sujeto en su sistema de relaciones.

E.N.: ¿Cómo puedes, entonces tú entender, por ejemplo, el fenómeno que ha sido muy vivido en este país, en Chile, de la manipulación ideológica?

F.G.R.: Yo diferencio subjetividad individual y subjetividad social. Si bien la subjetividad individual no está completamente a disposición de la intencionalidad. La intencionalidad se construye sobre esa potencialidad, y el hombre se representa muchas cosas de su subjetividad individual o que le dan su sentido a su subjetividad individual, no necesariamente hay una relación directa entre una cosa y otra. Incluso no siempre la representación del sujeto coincide con su determinante subjetivo, y muchas veces el sujeto en un proceso progresivo histórico, se aproxima a determinantes reales de su subjetividad. Pero muchas veces no, y es feliz por sistema de representaciones que construye el sentido que le da.

Por otra parte, lo cierto es que hay formas de subjetividad social que para mí siempre son supra individuales, están fuera del control intencional del sujeto. Todas las formas de relación del sujeto, todas las formas de existencia social, se expresan en configuraciones o formaciones subjetivas de la personalidad. Sin embargo, hay algunas que se activan sólo en un marco social o institucional determinado, cuando el individuo entra en sistemas de interacciones relevantes. En ese momento el individuo expresa formas de comportamientos que él no controla y que él no puede evitar; aún cuando después de estar dentro de esa situación interactiva él se desconozca, sienta como una extrañeza porque su comportamiento no está acorde con su individualidad actual. Es el caso de una persona que ha estado en un familia muy autoritaria y donde estableció relaciones de dependencia histórica. Sale de la familia, está cinco años en el extranjero, cambia su personalidad. Hay un desarrollo, crece, establece relaciones de otra forma y se proyecta de otra forma como sujeto psicológico. Y cuando entra de nuevo en su medio familiar no puede tener un comportamiento diferenciado, acorde a su estado individual actual. Ahí están actuando formas de subjetividad social muy complejas, que creo que la psicología social no ha estudiado en profundidad. Y que yo en un plano más específico derivado de una búsqueda empírica no te puedo urgir más, porque es la única rama de la psicología donde he entrado más bien desde un planteamiento teórico. Mi planteamiento teórico está muy conectado con dos momentos empíricos, pero en el área de la salud y la educación.

Pero, estudiando el área de la salud y la educación, veo muchas cosas que son de la sociedad en general; del comportamiento social general. Por eso la búsqueda de una psicología social no se puede ver en el marco estrecho de un problema identificado

como social, sino en la vida plena de interrelaciones complejas que tiene el individuo dentro de su sociedad. En ese plano son tan sociales la escuela como la familia, como cualquier forma de estudio que nosotros hagamos, y de esas vías se tiene que nutrir también la psicología social.

E.N.: Tu mencionabas en tu conferencia que esta aproximación teórica, esta manera de concebir la personalidad, podía entregar o arrojar luces precisamente, sobre muchos temas de la psicología social y que habría algunos puntos nodales de contacto, no se si podrías explicar...

F.G.R.: Yo creo que sí, yo creo que podría arrojar luz en muchas cosas. Por ejemplo, analizando las formas de configuración de la subjetividad de los hipertensos, yo he encontrado muchos elementos muy interesantes de los sistemas valorativos en el plano interactivo, que son formas de construcción de una psicología social. Porque toda psicología social pasa por algunas coordenadas generales, ¿cómo son los sistemas valorativos en que se implican los sujetos?, ¿cómo son los sistemas de sentido que se configuran en esos sistemas valorativos?, ¿a qué tipo de normas o de cosmovisiones responden esos sistemas valorativos?; y ¿dónde constriñen?, es decir, los límites del desarrollo individual. Todas esas cosas que hay que construir en un contexto teórico, más complejo y más general; yo creo que esta concepción de personalidad podría explicarla. Porque además es muy difícil para la psicología estudiar formaciones, conflictos, situaciones sociales fuera del sentido que adquiere para los sujetos que están implicados en ella, sea en los momentos interactivos, sea a nivel de la subjetividad individual. Cuando tu exploras la subjetividad individual, estás explorando la célula de la vida social, que es el individuo concreto. Y tú no puedes dicotomizar sociedad/individuo, de ninguna manera.

## Consideraciones epistemológicas:

E.N.: Ahora, tu postulas que en esta manera particular de concebir la psicología, la investigación si bien no desprecia lo empírico privilegia la construcción teórica.

F.G.R.: En mi reflexión epistemológica sobre el quehacer psicológico, está que la reflexión teórica y la complejidad de su construcción son esenciales para delinear las formas en que vamos a construir el momento empírico. Y aunque ese momento empírico, en ocasiones nos abra un abanico de resultados que cobran sentido y amplían o extienden la construcción teórica, volviéndose indispensable para su avance; evidentemente que a lo que no podemos aspirar es a unidades cerradas, donde lo teórico se comprueba en cada diseño particular empírico.

La expresión de paradigma positivista se ha caracterizado por la búsqueda de elementos y correlaciones, y la tendencia a cuantificar correlaciones de elementos. Persigue o ha perseguido durante muchos años la formalización de metodologías de investigación clásica, que enseñan a hacer diseños que se corroboran puntualmente en el curso de la investigación. La teoría más que fuente de demostración es fuente de explicaciones, donde las demostraciones aparecen como momentos parciales en la historia de construcción del conocimiento. Pues tampoco hay que decir que no hay demostraciones, las hay. Incluso hay muchas demostraciones que no son más que fuente para otra demostración que entonces sí entra en contacto realmente con el objeto. Porque hay muchas pseudo-demostraciones, cosas que son apariencias y que cuando continúan las profundizaciones de la búsqueda, que se da por una construcción del pensamiento humano, tu ves que el eslabón que creíste relevante, donde centraste tu construcción no es eslabón el que te aparece, es un nuevo momento de evolución del conocimiento como relevante realmente.

E.N.: Y, ¿cómo se comprueba que la construcción teórica refleja el objeto?

F.G.R.: El reflejo siempre es relativo. Yo pienso que una teoría refleja al objeto en tanto tiene capacidad para ir dándole explicaciones a problemas concretos, y para seguir aumentando su potencial explicativo a través de su tránsito por el objeto; hasta que llega un momento que entra en contradicción y no avanza. Esos son los momentos de crecimiento de la teoría, y de crecimiento por tanto del conocimiento; o los momentos de dogmatización de la teoría. Es lo que ha pasado mucho en la historia del pensamiento humano en general; la teoría enfrenta un marco en que no crece y trata de imponer su sentido a esa realidad, hasta que la realidad la hace saltar.

¿Tu entendiste bien eso, porque no te ví cara de convencida?

E.N.: No, lo que pasa es que hay ahí un problema epistemológico, que es de difícil resolución. Comparto contigo que aún el diseño metodológico más estricto va a estar reflejando la aproximación teórica del objeto, pero ha habido como reacción al empirismo, por lo menos en nuestra sociedad, una tendencia a no comprobar y a no corroborar...

F.G.R.: E incluso, a negar el objeto...El construccionismo en psicología social plantea que el objeto es el discurso y con eso simplifica, desde mi punto de vista, la compleja red de factores que intervienen en la vida social. Y no sé, si incluso, hasta le haga el juego al encubrimiento de algunas cosas que son esenciales. Porque cuáles son los sentidos que

expresa el discurso y dónde están contenidos esos sentidos, que es donde pienso yo que hay que llegar. El construccionismo dialéctico es diferente al construccionismo social, en que reconoce las presiones del objeto.

E.N.: ¿Cuál es la diferencia que tú marcarías entre esta teoría de orientación marxista y la teoría que se ha dado en denominar Antropológica-Existencial, que habla del sentido, de los significados, de las relaciones concretas del hombre con su mundo?

F.G.R.: Mira, en esta posición hay un complemento de existencia y esencia. La antropología existencial absolutiza mucho los sentidos existenciales que para el sujeto tiene su trama actual de vida. Nosotros estamos hablando de configuración subjetiva, cuando nos referimos a la personalidad, enfatizando una historicidad en la que se expresa y se configura esencialmente el hombre como sujeto del comportamiento. El hombre tiene una dimensión existencial que es actual, que es su condición de sujeto psicológico, que no podemos eliminarla. Sin embargo, esa condición existencial no agota la propia historia en que se configuró como esencialidad. Historia que está comprometida con su cultura y que está comprometida con el mundo social en que vive. Yo pienso que no hay una diferencia sustancial.

## Psicología de orientación marxista y sus aplicaciones clínicas:

E.N.: Y, por último, tratando de entrar más en el campo de la clínica, desde este punto de vista ¿cómo entiendes tú la reacción psicótica, o los cuadros psicóticos?

F.G.R.: ¡Oh!, me has tocado un tema muy complejo. En primer lugar yo creo que los cuadros psicóticos son una expresión individual sumamente compleja; y en esa medida no podemos psicologizar los cuadros psicóticos. En los cuadros psicóticos intervienen dimensiones biológicas, dimensiones sociales, patrones de comunicación, formas de respuestas del ser humano; y todo esto interviene en unidades muy difíciles de abstraer para la psicología. Por esto, yo creo que el problema de la psicosis no es un problema sólo de la psicología, es un problema de todas las ciencias del hombre. Por ejemplo, ¿tu sabes que acaban de aislar el gen de la psicosis maniaco-depresiva?. Evidentemente hay un componente

genético, pero el hecho que tenga un componente genético de ninguna manera pudiera explicar de manera automática su configuración a nivel subjetivo. Ahí intervienen otras cosas, pero a lo mejor las otras cosas que intervienen necesitan de esa plurideterminación para expresar el cuadro psicótico.

E.N.: Me expresé mal, no estoy hablando de las psicosis más propiamente tales como puede ser la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva; te estoy hablando de los cuadros psicóticos reactivos.

F.G.R.: ¡Ay!, más difícil es todavía, más complejo. Te voy a decir una experiencia que tengo de la psicoterapia con cuadro psicótico reactivo. En primer lugar yo pienso, que los cuadros psicóticos reactivos están muy asociados con manifestaciones del sistema nervioso, no controlable aún por la ciencia, no explicable. Nosotros tuvimos un caso de un estudiante que estaba estudiando en Moscú, al parecer hubo una fatiga de su sistema nervioso muy fuerte, un cuadro muy complejo. Este estudiante empezó a tomar mucho té, dormía dos horas, tenía una vida nocturna muy agitada, promiscua. Este muchacho hace un cuadro semiológico de la clásica esquizofrenia simple, fue a caer en manos de psiquiatras; y lo empiezan a tratar como esquizofrenia simple. Rebasa el marco semiológico. De pronto hace un cuadro de encerramiento en sí mismo; rompe con la novia, el psiquiatra le dice que no puede seguir estudiando; se aísla totalmente de los padres, y la madre me viene a ver para que yo lo atienda. Soy franco cuando yo tengo el primer contacto con él a nivel terapéutico, realmente era un cuadro de una fase totalmente psicótica, no había nada, no había ningún tipo de expresión afectiva, no había ningún tipo de adecuación entre lo expresado y el afecto, en fin empezamos a construir una relación.

Resumiendo, no puedo hacerlo largo. En el curso de la psicoterapia, cuando el muchacho supera la crisis psicótica, entra en una identidad de enfermo. Construye una identidad neurótica de enfermo, que lo lleva a aislarse completamente. Al sentir la capacidad de comprensión y de integración en una relación socializada conmigo, comienza a plantearse sus inquietudes y empieza a develarme cuál es su representación de sí mismo, que se la habían patologizado totalmente en el marco hospitalario. Comenzamos una reconstrucción; el muchacho terminó ingeniería, se casó, no ha tenido recaídas. Esos son cuadros episódicos muy complejos y de determinaciones que hoy día están muy lejos de ser explicadas.

# Cuestiones éticas en la terapia familiar\*\*

\* Michael C. Gottlieb, Ph.D.

## Problemas Éticos en la Terapia Familiar

Hasta hace treinta años, la psicoterapia era un asunto individual. Los pacientes eran individuos, la confidencialidad estaba protegida con celo, y los miembros de la familia estaban excluidos del proceso psicoterapéutico y a veces hasta eran considerados como adversarios. Ahora, el proceso ha sido transformado completamente. Desde el desarrollo de la teoría sistémica y las varias modalidades de tratamiento que han sido derivadas de ella, la terapia matrimonial y de la familia es una práctica común en los EEUU. De hecho, una encuesta reciente ha mostrado que más del cincuenta por ciento de los psicólogos que ejercen hacen la terapia matrimonial y de la familia al menos parte del tiempo.

Con estos datos, es claro que el tratamiento de los matrimonios y las familias es una práctica psicoterapéutica común en los EEUU., pero hay muchos problemas éticos únicos que surgen de tales modalidades de tratamiento. Estos problemas han recibido muy poca atención en la literatura profesional. De hecho, hay menos de cuarenta artículos publicados en revistas profesionales que se dirigen directamente a estos problemas. Esta es una situación muy extraña, puesto que los dilemas éticos ocurren al principio mismo del tratamiento.

Esta tarde, yo intentaré familiarizarles con estos problemas. Yo no me propongo resolver todos los dilemas éticos que se presenten en el ejercicio diario de su profesión, pero yo espero ayudarles a aumentar la calidad de sus decisiones éticas.

Primeramente, haré un breve repaso de los conceptos básicos de la teoría sistémica. En segundo lugar, examinaré los problemas éticos mayores en la terapia familiar y los ilustraré con ejemplos de casos clínicos. Finalmente, concluiré con algunas pautas generales que yo creo serán útiles en estas circunstancias.

## Conceptos Básicos de la Teoría Sistémica

El concepto más básico de la teoría sistémica es que el comportamiento del individuo no se puede comprender independientemente de su contexto. Quien mejor expresó esta postura fue el gran filósofo Ortega y Gasset al afirmar: "yo soy yo y mi circunstancia".

El contexto es una función de las interacciones personales perdurables que nos rodean. La teoría sistémica da por sentado que estas interacciones llegan a organizarse en una serie que se repite. A esta serie le llamamos "sistema". Es decir, los sistemas son modelos de interacción humana que son pronosticables y perdurables, y que se pueden diferenciar el uno del otro. Los sistemas se pueden encontrar a todos los niveles de complejidad de la interacción humana, desde parejas, familias y escuelas, hasta la comunidad en que vivimos y en nuestra cultura. Como terapeutas de la familia, estamos mayormente preocupados con la influencia del sistema familiar, pero tenemos presente que sistemas más amplios nos afectan también.

Sabemos que los sistemas funcionan en maneras pronosticables y circulares, es decir que se repiten. En otras palabras, no hay fin ni principio en la interacción sistémica. No hay casualidad lineal como en el modelo médico. En lugar de que A produce B conduce que produce C, la teoría sistémica sostiene que A conduce a B que conduce a C que conduce de nuevo a A, ad infinitum. No hay fin ni principio, no hay causa ni resultado. Por lo tanto, a los terapeutas de la familia se les instruye a enfocarse en los modelos de interacción entre familiares. Solo de esta manera, podemos averiguar de verdad como funciona la familia.

También damos por sentado que los sistemas tienden a perpetuarse una vez que se establecen. Es decir, sus reglas son fijas y perdurables, y no cambian fácilmente. Las familias sanas son más propensas a aceptar nueva información y tienen mecanismos disponibles para efectuar cambios. Las familias disfuncionales tienden a estar organizadas de tal manera que resisten el cambio.

\* 121810 Hillcrest Rd. Nº 224 Dallas, Texas 75230

\*\* Ponencia presentada al XXIV Congreso S/P.

Cuando un miembro de la familia se vuelve sintomático, damos por sentado que estos síntomas representan los de una familia alterada, no del individuo solo. En tales casos el miembro sintomático también cumple la función de mantener la organización y la estabilidad de la familia. Damos por sentado que las familias disfuncionales han de resistir nuestra intervención puesto que están diseñadas para desestabilizar el sistema. Por lo tanto, la familia resistirá nuestra intervención para mantener la estabilidad que ha logrado, por muy dolorosa y disfuncional que la estabilidad sea para ellos.

También, damos por sentado que en los sistemas disfuncionales, el conflicto se contiene al involucrar a otros familiares. De esta manera, los miembros de la familia evitan enfrentamientos directos entre sí. Cuando dos personas se hallan en conflicto, y una intenta conseguir un aliado para apoyarle contra el otro familiar, a esto lo llamamos triangulación. Es decir, una tercera persona ha sido "triangulada" dentro del conflicto.

Los terapeutas también pueden ser triangulados dentro de los conflictos familiares, si no se mantienen alertas a esta inclinación. Los terapeutas de la familia deben estar constantemente pendientes de esta trampa. Si el terapeuta llega a triangularse en un conflicto dentro del sistema de la familia disfuncional, se convierte en parte del problema de la familia y no podrá serle útil.

Finalmente, damos por sentado que el tratamiento no estará completo cuando los síntomas de un miembro remitan. Debido a que damos por sentado, que el sistema entero de la familia está alterado, esperamos que algún otro miembro de la familia se convierta en sintomático con el fin de mantener la estabilidad del sistema disfuncional. Por lo tanto, tratar a los individuos no resolverá el problema sistémico más amplio. Además, tratar a los individuos puede llevar al deterioro de otros familiares. Sólo cuando se altere el sistema para que funcione de una manera más saludable, podrán beneficiarse todos los miembros.

## Teorías Éticas

Los códigos de ética son escritos por las profesiones de salud y salud mental en beneficio de sus pacientes y para la regulación de su conducta profesional. Tales códigos nos ayudan a razonar más críticamente y a formar opiniones más sofisticadas que si usáramos criterios intuitivos, solamente. Estos códigos se derivan de principios éticos bio-médicos, los cuales se basan esencialmente sobre dos teorías filosóficas.

**Teoría Filosófica.** Hay dos teorías filosóficas que son directamente pertinentes al desarrollo de los

códigos éticos; el utilitarismo de John Stuart Mill y la deontología de Emmanuel Kant. En breve, Mill creía que la conducta recta se debe basar sobre aquello que sería lo mejor para la mayoría de la gente, mientras que Kant creía que era más importante hacer lo que fuera universalmente recto. De estas dos teorías extensas, se pueden derivar cinco principios éticos bio-médicos.

**Los principios Éticos.** Los primeros cuatro principios se toman de Beauchamp y Childress (1983) Principios de la Ética Bio-médica.

**La Autonomía.** La autonomía se refiere a la libertad de escoger y de actuar con independencia en beneficio de uno mismo. Incluye el derecho de actuar como agente autónomo y la obligación de respetar las decisiones de los demás, aunque creamos que estén equivocados. Algunas cuestiones éticas incluidas bajo la autonomía son: la confidencialidad, el derecho de privacidad, la veracidad y el consentimiento informado. Por supuesto, la autonomía no implica una libertad sin límites y puede entrar en conflicto con cuestiones de competencia.

**No-Maleficencia.** Se deriva del juramento Hipocrático, donde se nos ordena, "sobre todo no hacer ningún daño". Esto no sólo se refiere a evitar el daño intencional, sino que incluye la conducta que podría suponer un riesgo para el paciente. Desafortunadamente, no hay una definición específica para el término daño. Por lo tanto tenemos que juzgar si este principio se violara, por ejemplo, si se decide recomendar un procedimiento que causara dolor, estrés o incomodidad. Si fuéramos a hacer tal recomendación, ¿cuánta incomodidad es tolerable según un criterio ético? Debemos también estar concientes de la conducta que pueda causar daño, tal como efectuar un procedimiento que no ha sido verificado científicamente, o hacer un diagnóstico sin confirmación.

**Beneficencia.** No solamente se nos exige el no hacer daño, sino que también contribuir a la salud y el bienestar del paciente. La cuestión de la capacidad de ejercer se incluye bajo este principio. También; hasta qué límite comprometemos la autonomía y causamos dolor con la intención de promover el bienestar del paciente?

**Justicia.** Este principio se enfoca sobre la cuestión de justicia. Las personas tienen el derecho de ser tratadas con igualdad, y las personas que no son iguales tienen el derecho de ser tratadas de forma diferente si la desigualdad es pertinente. Pero, ¿cómo han de distribuirse los recursos limitados en una familia con un hijo enfermo de forma crónica el cual requiere un tratamiento médico costoso? Se debe no escatimar ningún gasto y que sufran otros miembros de la familia como consecuencia.

---

**Fidelidad.** La Doctora Karen Kitchener de la Universidad de Denver ha sugerido que el principio de la fidelidad se añada a los cuatro principios ya mencionados. Este principio pone de relieve nuestra responsabilidad de ser fieles al paciente, y respetar la confianza que ellos han depositado en nosotros de mantener la confidencialidad, decir la verdad, y no abandonarlos.

## Cuestiones Éticas en la Terapia Familiar

Hay cuatro cuestiones éticas únicas que surgen cuando se trabaja con los matrimonios y las familias. De antemano, permítanme decirles que será difícil, a menudo, hallar distinciones claras entre estas cuestiones. Esto es una función de la modalidad de tratamiento en la cual un dilema ético llevará a otros, con lo cual a menudo se crea una complejidad inimaginable. Desafortunadamente, no hay tiempo suficiente para proseguir estas cuestiones en detalle. En lugar de esto, haré un repaso de cada una de ellas, presentaré algunos ejemplos clínicos, y concluiré con algunas pautas de ejercicio.

**¿Cuál es el paciente?** La primera cuestión que surge, y la más obvia, es la de, ¿Cuál es el paciente? o mejor dicho, a quién debe primera responsabilidad el terapeuta. Hace treinta y cinco años, la mayor parte de la terapia se llevaba a cabo con pacientes individuales, y el atender a los matrimonios o a las familias como unidad se consideraba un concepto novedoso. Aunque, el tener pacientes múltiples es una práctica muy común hoy en día, queda la cuestión, ¿a quién debe primera responsabilidad el terapeuta? Se debe a un miembro de la familia en particular? Quizás sea el que ha sido referido para el tratamiento, o el que sirve como el paciente identificado, el que tiene el problema (entre comillas)? Se debe a algunos miembros de la familia, quizás aquellos que buscan el tratamiento? O, se debe a la familia entera, y si tal es el caso, cómo se ha de definir la familia? ¿Es solamente los padres y sus hijos, o debe incluir a la abuela materna que vive con ellos, o la criada quien ha convivido con la familia durante años, y quien carga con bastante responsabilidad para criar a los hijos?

La cuestión de definir al paciente nos preocupa porque se basa en la suposición sistémica de que cualquier intervención, incluso con un miembro individual, surtirá un efecto sobre algunos, cuando no todos, los miembros del sistema. Como resultado, muchos eruditos opinan que la familia entera debe considerarse como el paciente, y que el terapeuta debe ser responsable por igual a todos los miembros de ésta, por la sencilla razón de que puedan estar afectados por la intervención.

El tomar esta postura, sin embargo, causa problemas significativos, puesto que una intervención en beneficio de un miembro de la familia puede no estar en beneficio de otro. En otro caso, una intervención que pueda promover la salud de la familia en general, puede no promover la salud de todos y cada uno de los miembros. Por ejemplo, la disolución de un matrimonio puede ser provechoso para un miembro de la pareja, pero no para el otro. En otro caso puede ser provechoso para los padres, pero no para los hijos. Surge otro problema común al momento de decidir si tratar o no, a la familia entera que tiene un hijo adolescente de mayor edad, que está estableciendo su independencia de la familia.

Para complicar más la cuestión, incluso un terapeuta sistémico celoso, quien insiste en atender a la familia entera todos juntos y en ser responsable por igual con todos ellos, debe a veces abandonar su postura. Gayla Margolin ha escrito que hay ocasiones cuando el terapeuta debe abogar a favor de los derechos individuales, por encima de los de la familia. Por ejemplo, en los EEUU existen leyes que exigen que el abuso de los niños se comunique a las autoridades. Tal acción, tan claramente provechosa para un miembro de la familia, puede llevar al deterioro en la relación entre el terapeuta y el perpetrador, e incluso puede conducir a la terminación prematura del tratamiento.

Un segundo ejemplo es aún menos claro. Hoy en día, es una práctica común en los EEUU que se les pida a los profesionales de salud mental que asistan al juzgado, a la hora de determinar la custodia de los niños. Aunque un abordaje sistémico ayuda a entender por qué el matrimonio se haya disuelto, ya no es posible obrar por el bien de todas las partes, puesto que estamos obligados a decidir a favor de un padre sobre otro.

Un problema más común surge cuando un matrimonio consulta a un profesional respecto a la posibilidad de divorcio. Un miembro puede desear mantener la relación, mientras que el otro puede sentir que ya no existe esperanza y desee divorciarse. ¿Cómo ha de atender el terapeuta a estos pacientes por igual, cuando sus deseos están completamente opuestos? Además, ¿cuál es la obligación que tenemos hacia los niños, a quienes puede que jamás hayamos visto?

**Confidencialidad.** Cuando se trata del paciente individual, la mayoría de los códigos éticos son claros tocante a cómo se puede revelar la información a otros. En los EEUU se requiere permiso por escrito del paciente antes de que el terapeuta pueda revelar cualquier información a otra persona, incluso a los familiares inmediatos. Además, sabemos por la tradición inglesa de leyes comunes que cualquier cosa que se diga ante la presencia de un tercero, no

se puede considerar confidencial en términos legales. A modo de paréntesis, este ha sido un problema serio en la terapia de grupo durante años. Así pues, cómo ha de proceder el terapeuta cuando existe más de un paciente?

Esencialmente, hay cuatro alternativas.

En primer lugar, uno puede decidir tratar a cada miembro de la familia individualmente y mantener la confidencialidad. Esta alternativa es atractiva puesto que simplifica el problema y tiene más consistencia para quienes han tenido una formación más tradicional y/o psicodinámica.

Desafortunadamente, esta postura exige que el terapeuta pudiera tener que mantener secretos de otros familiares a quienes debe responsabilidad por igual. Esta alternativa exige que el terapeuta guarde la información en confidencia aún cuando pudiera ser de vital importancia para otro miembro de la familia. Finalmente, esta alternativa puede reducir la eficacia del tratamiento, puesto que la información que se obtiene de una parte pudiera no ser utilizada si la familia se reúne junta para la terapia. Por ejemplo, ¿cómo ha de proceder el terapeuta si se entera de un paciente que éste ha resultado seropositivo para HIV, y no está libre para revelar esta información a su esposa, a quien también está atendiendo?

Una segunda alternativa sería adoptar la postura opuesta, y negarse a guardar en confidencia la información que ofrezcan los familiares, aunque se les atienda por separado o en conjunto. Esta postura es atractiva porque es directa y fácil de poner en práctica. Desafortunadamente, también tiene una desventaja seria. Si un familiar sabe que la información se revelará a otros familiares, puede que deje de revelar la al terapeuta. Este pudiera ser un problema grave. El terapeuta pudiera haber tratado a la familia de una manera diferente si hubiera tenido a mano esta información. Por lo tanto, tal postura puede llevar a que la eficacia del tratamiento se reduzca, y que otros familiares sufran daño porque la información no se reveló. Tal como en el ejemplo anterior, el esposo quien es seropositivo puede negarse por completo a revelar la información, si sabe de antemano que se compartirá la información con su esposa?

En tercer lugar, una postura intermedia es la de guardar en confidencia cierta información. Por ejemplo, esta es una práctica común en el tratamiento psicoterapéutico de los niños. Los padres pueden recibir alguna información tocante al tratamiento de su hijo, pero no reciben detalles personales que el hijo prefiere mantener en secreto. También, es común excluir a los hijos de las discusiones de temas adultos tales como las finanzas familiares, o la relación sexual de la pareja. Por eso, mantener secreta cierta infor-

mación parece ser una opción atractiva, la cual se escoge con frecuencia. Sin embargo, exige que el terapeuta sepa hasta dónde llegar. ¿Cómo ha de decidir el terapeuta de antemano qué información guardar en confidencia y cuál no? ¿Qué criterios han de utilizarse? Además, el terapeuta se arriesga a ser envuelto en el conflicto familiar por un miembro que sabe que la información que el ha dado al terapeuta no se revelará.

La cuarta alternativa es la de no tener ninguna política general y decidir en base de caso por caso, utilizando el mejor juicio clínico posible. Por ejemplo, uno puede tener la política de no guardar secretos, y sin embargo acceder a guardar un secreto que uno piensa que sería dañino si se revelara. Por ejemplo, puede que no haya nada malo en no contarle a un esposo una aventura amorosa ya pasada de su mujer, sobre todo si la aventura llegó a unir al matrimonio más. Por otro lado, la información podría ser vital para el marido, y la esposa podría estar utilizándola para envolver al terapeuta en su conflicto con su marido.

Otra posibilidad es la de acceder a guardar un secreto temporalmente. Un marido puede tener una información que sea vital para el bienestar de su mujer, que el tiene miedo de revelar. El terapeuta puede elegir proceder con el tratamiento, y guardar el secreto temporalmente, con la condición de que será revelado en un punto fijo del futuro. Mientras tanto, el terapeuta ayuda al marido a hacer frente a sus temores de revelar la información a su esposa.

Por ejemplo, yo traté a una mujer individualmente que se quejaba de tener problemas sexuales con su marido. Yo le sugerí que nos reuniéramos con su marido para tratar el tema, y ella accedió. El marido vino solo a la próxima sesión. Yo traté de decirle que yo no guardaría en confidencia la información que el me diera. Antes de poder decirlo, el me contó lo siguiente: que era homosexual, que sabía ésto antes de casarse, que había tenido frecuentes aventuras, que su mujer no sabía nada de ésto, y que se sentía horriblemente mal por engañarla. Había tenido miedo durante años, que si alguna vez le contaba la verdad, que ella lo echaría de la casa y le prohibiría visitar a los hijos. Deseaba quedarse con su familia de manera desesperada, y me pidió que le ayudara a contarle la verdad, puesto que ya no podía aguantar el engaño.

Si yo accedía a su petición, el dilema ético potencial consistía en que él pudiera cambiar de opinión y negarse a contarle la verdad a su esposa. En ese caso, yo estaría obligado a mantener la confidencialidad. Sin embargo, yo tendría información que la esposa, que era mi paciente original, consideraría como vital para su bienestar.

**Neutralidad.** La tercera cuestión ética principal es la neutralidad del terapeuta. La teoría sistémica nos enseña que el terapeuta debe mantenerse neutral, para evitar ser envuelto en un sistema disfuncional. Si el terapeuta viola la neutralidad y se alinea con un miembro o subsistema de la familia a expensas de otro, la eficacia del tratamiento puede disminuirse o perderse. Aún así, a pesar de la importancia de esta cuestión, no existe un consenso respecto a quién merece nuestra lealtad. El terapeuta tiene tres opciones.

En primer lugar, uno puede adoptar la postura de que no habrá ningún conflicto de lealtades si uno trabaja para el bien del sistema en su totalidad. Esta alternativa es atractiva porque es la mejor manera de evitar el conflicto. Desafortunadamente, las cosas rara vez son tan sencillas. Considérese por ejemplo, a una familia con un miembro minusválido. Los demás se han sacrificado durante años. Vienen al tratamiento presentando un conflicto acerca de la distribución de los recursos familiares. ¿Deben gastar sus ahorros en un procedimiento médico, con pocas posibilidades de éxito para el miembro minusválido, o deben usar el dinero para pagar los estudios de los demás hijos? En tal situación, ¿cómo puede el terapeuta trabajar para el bien de todos?

La segunda alternativa es que el terapeuta pueda alinearse con uno o con otro subsistema en momentos diferentes a lo largo del tratamiento. Ciertamente, hay veces cuando tal abordaje es indicado, como para proteger a un hijo que está siendo abusado por uno de los padres. O, tal como recomienda Cloe Madanes, uno puede alinearse con los padres cuando el hijo está fuera de control de éstos.

Este abordaje a menudo merece la pena, pero no está exento de riesgos. Primeramente, el estar constantemente realineándose con subsistemas diferentes es difícil para el terapeuta. Requiere una gran flexibilidad personal y una concentración intensa. En este abordaje el terapeuta debe asegurar que ningún miembro se sienta atacado, ignorado, o alineado durante demasiado tiempo. Esta postura además da por sentado que después de pasar algún tiempo, la familia llegará a ver el cambio continuo de la alianza del terapeuta como indicativo de su neutralidad. Finalmente, a menos que uno tenga bastante cuidado, se arriesga una terminación prematura del tratamiento en un momento en que el sistema puede estar desestabilizado.

Una tercera posibilidad es la de no mantener ninguna alianza en absoluto, y declarar lealtad únicamente a conseguir los objetivos presentados por la familia. Tal neutralidad absoluta ayuda a aumentar el enfoque sobre el problema presentado y puede aumentar la eficacia del tratamiento. Por otro lado, el

terapeuta se arriesga a ignorar información clínica que pueda ser potencialmente crítica. Finalmente, no es muy probable que el terapeuta pueda separarse adecuadamente de sus propios valores para ejercer su profesión en esta manera.

**Riesgos iatrogénicos.** La cuarta cuestión ética principal es la de los riesgos iatrogénicos. Michael O'Shea ha definido este riesgo como una situación en la que "un miembro de la familia previamente asintomático puede volverse sintomático durante o después de la terapia". Ahora bien, si hemos de tratar a las familias, este riesgo es inevitable. Además, uno puede arguir que alguna incomodidad es parte necesaria de cualquier tratamiento eficaz. Pero, si decidimos aceptar este riesgo, primero el riesgo debe medirse contra los beneficios esperados a largo plazo. Esta evaluación debe hacerse para todos los familiares que puedan ser afectados, no sólo para los que se presentan al tratamiento. Finalmente, hasta los terapeutas de familia más comprometidos deben tener presente que la terapia individual puede ser la mejor opción para algunos individuos.

Una manera de reducir los riesgos iatrogénicos ha sido sugerida por el doctor J. Ray Hays. El ha recomendado que el terapeuta discuta con la familia todas las alternativas de tratamiento, a modo de consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento. Este es un consejo acertado, y yo estoy de acuerdo con él.

No obstante, seguir este consejo no evitará el problema por completo. Un terapeuta estratégico celoso, ciertamente sostendrá que tal procedimiento sería inútil y hasta dañino. Para el terapeuta estratégico este procedimiento reduciría la posición de poder y de control que mantiene el terapeuta al principio y limitaría la eficacia del tratamiento. También, sostendría que tal procedimiento fuera contraindicado al tratar a familias opositivas que estarían propensas a distorsionar la información y a utilizarla en maneras disfuncionales.

Un ejemplo de este dilema viene a continuación. Yo fui consultado por una familia con una hija adolescente, cuyo comportamiento estaba fuera de control. El tratamiento fue eficaz, y los padres pudieron poner su comportamiento bajo control. A las pocas semanas de terminar el tratamiento, el padre informó a la familia que tenía la intención de divorciarse de su esposa y salió del hogar casi inmediatamente. Puesto que yo no tenía idea de que él estaba infeliz, no había manera de pronosticar este acontecimiento.

Un teórico sistémico podría haber pronosticado que hubiera deteriorado otro miembro de la familia, una vez que la hija ya no era sintomática. ¿Era inevitable o no, éste resultado? Si yo hubiera seguido

el consejo del Dr. Hays, ¿hubiesen salido a la luz los problemas matrimoniales? Si nos hubiésemos dirigido a los problemas matrimoniales, ¿hubiese sido diferente el resultado? Y si hubiéramos abordado el problema del matrimonio, ¿cómo debería haber tratado el comportamiento de la hija, entretanto?

Una segunda fuente de riesgo iatrogénico está en el uso de las estrategias paradójicas, desarrolladas en un primer momento por Adler y Frankl. Las estrategias paradójicas se hicieron populares en una primera época del desarrollo de la terapia familiar, debido a su eficacia en el tratamiento de familias refractorias, recalcitrantes o resistentes. Desde entonces se han desarrollado criterios específicos para su uso por autores tales como Stanton, Gurman, Rorbaugh y otros. Desafortunadamente, según mi experiencia, estos criterios a menudo se desconocen o se pasan por alto, y frecuentemente se utilizan impropia-mente. Por ejemplo, he observado a terapeutas dictar o prescribir síntomas para trastornos con base biológica, los cuales no estaban bajo el control voluntario del paciente identificado. El uso inapropiado también puede ocurrir cuando una familia no progresa. Tristemente, he visto a terapeutas frustrados recurrir a las estrategias paradójicas como una manera de castigar a la familia, cuando su progreso no ha sido suficiente para satisfacer al terapeuta. Puesto que estas técnicas son muy potentes, estos procedimientos pueden crear un significativo riesgo iatrogénico si se utilizan indebidamente.

Una tercera situación muy común ha sido denominada "cambio de formato" por Gayla Margolin. En un trabajo anterior, yo he definido esta circunstancia como una en la cual "la definición formal del paciente cambia tras el inicio del tratamiento, de tal manera que la responsabilidad del terapeuta cambia". Por ejemplo, una mujer viene a su consulta en busca de terapia matrimonial. Uds. le ruegan que ella asista a la sesión entrevista inicial junto con su marido, pero ella llega sola. Atienden a la mujer durante seis sesiones, antes de que se presente el marido al tratamiento. Entonces se inicia el tratamiento en conjunto tal como Uds. lo habían planeado.

¿Cuáles son los riesgos que surgen en esta situación? Esencialmente los riesgos se dividen entre cuatro categorías. La primera se refiere a la confidencialidad. ¿Qué ha de hacer el terapeuta con la información que le ha sido proporcionada ya por la esposa? En segundo lugar, ¿cómo ha de proceder para cambiar su responsabilidad a la paciente original para incluir a su marido? En tercer lugar, ¿qué hay del posible deterioro del marido durante el tratamiento individual de su esposa, o podría ella deteriorar después del inicio del tratamiento en conjunto? Finalmente, ¿qué daño se crea por la alteración de la relación de transferencia?

Un cuarto origen del riesgo iatrogénico es que el terapeuta obligue sin intención a las personas a que acudan al tratamiento. Este puede ser un problema difícil de identificar puesto que de hecho ya se le obliga a la gente a acudir al tratamiento. Por ejemplo, frecuentemente atendemos a los hijos traídos por sus padres contra su voluntad. En este caso, damos por sentado que el beneficio del tratamiento sobrepasa la pérdida de la libertad del niño para elegir.

Pero ahora, consideren la política del Dr. Carl Whitaker. El insiste en que la familia entera asista a la primera sesión de terapia; de lo contrario, se niega a atenderles. ¿Qué ocurre si algunos miembros de la familia no desean acudir? Si se da el caso, el Dr. Whitaker tiene la obligación ética de mandar a la familia a otro terapeuta. Pero este ejemplo da por sentado que algún familiar le comunique al terapeuta que otro miembro de la familia no está dispuesto a acudir a las sesiones de terapia. Pero ¿qué pasa si la familia obligó al miembro reacio a acudir contra su voluntad, y se abstiene de comunicar esta información al terapeuta. En esta situación, un riesgo iatrogénico ha sido creado inadvertidamente por el terapeuta aún antes de que se haya atendido a la familia, y puede continuar sin que éste tenga conocimiento del hecho.

Sin embargo podemos crear este tipo de riesgos iatrogénicos en maneras más típicas. Por ejemplo, una familia busca tratamiento para el trastorno en el comportamiento de un hijo de corta edad. También tienen un hijo adolescente que no está involucrado en el problema. ¿Deben insistir en que el adolescente acuda al tratamiento comoquiera? ¿Son mayores los riesgos para los demás miembros de la familia si no acude? ¿Qué riesgo se crea para el adolescente si el terapeuta insiste en que se le incluya justo en el momento en que está intentando separarse de su familia? ¿Cómo debe el terapeuta sopesar tales riesgos para formar su decisión?

## Pautas

Habiendo enumerado esta serie de "pesadillas", es fácil de entender por qué algunos terapeutas optan por no tener nunca más de un paciente a la vez. Esto sería una lástima, puesto que la terapia familiar es una modalidad de tratamiento potente y eficaz. Mi objetivo aquí es el de fomentarles a trabajar con familias y de ayudarles a evitar algunos de los escollos inherentes en tal ocupación.

Es evidente que ninguna serie de pautas podrá aplicarse en todas las situaciones. Sin embargo, concluiré con algunas pautas de ética a las que Uds. se pueden atener.

---

En primer lugar, quién debe acudir a las sesiones de terapia? Es importante que ésto se decida lo antes posible. Esta cuestión se debe abordar al término de su evaluación inicial, y debe incluirse en sus recomendaciones a la familia. Al tratar el tema de quién debe acudir a las sesiones de terapia, el terapeuta debe discutir los riesgos y los beneficios de todas las alternativas de tratamiento relevantes, incluyendo la terapia individual.

No puedo recalcar lo suficiente la necesidad de tomar el tiempo que sea necesario para discutir este tema con las familias. Aunque este proceso puede llevar mucho tiempo, es absolutamente necesario. El hecho de utilizar este proceso resultará en una decisión más formada por parte de la familia, y a mi modo de ver, es la mejor manera de evitar los riesgos iatrogénicos subsiguientes.

En segundo lugar, si Uds. deciden atender a algunos, pero no a todos, los miembros de la familia, deben determinar hasta el mayor punto posible, el estado de los familiares a quiénes no están atendiendo. Ciertamente, ésto no siempre será posible, pero haganlo siempre y cuando sea posible. Si otro miembro de la familia sufre deterioro, Uds. estarán en una posición mejor para atenderles y las posibilidades de una eficacia mayor en el tratamiento aumentarán.

En tercer lugar, si ha de haber más de un paciente, aunque no se les atiende conjuntamente, se requiere una política respecto a la confidencialidad. En todo caso, cualquiera que sea su política general, la familia tiene que estar plenamente informada, tanto acerca de su política, como de sus procedimientos, antes de que se inicie el tratamiento.

En cuarto lugar, deben Uds. decidir cómo han de abordar la cuestión de la neutralidad. Pueden, o no, discutir este tema con la familia en base a su orientación teórica. Pero, sea como sea, es de vital importancia que Uds. mismos decidan cómo han de proceder. Solamente de esta manera podrán estar alertas a los riesgos iatrogénicos particulares inherentes en su opción.

En quinto lugar, el trabajar con las familias es muy difícil y puede generar sentimientos de una fuerza descomunal en los terapeutas. Tengan cuidado, cuando el tratamiento no sigue un curso deseado. Este es un buen momento para evaluar de nuevo lo que Uds. hayan logrado, y para obtener el consejo de algún colega que goce de su confianza. Asegúrense de que sus sentimientos personales no se confundan con las cuestiones clínicas.

En sexto lugar, sean cautelosos a la hora de considerar el uso de las estrategias paradójicas. Primero, evalúen el progreso del tratamiento. Decidan si se justifica un cambio en el abordaje del tratamiento. Si tal es el caso, consideren todas las otras alternativas de tratamiento primero. Si han de considerarse para su uso se hayan satisfecho, y luego obtengan el consejo de algún colega experimentado. Finalmente, asegúrense de examinar sus propios sentimientos contra-transferenciales hacia la familia.

En séptimo lugar, si Uds. están considerando un cambio de formato, consulten las pautas que he indicado antes de proceder. Presten una atención especial a cómo van a manejar la confidencialidad y la neutralidad en tal caso. Estén atentos a los sentimientos transferenciales que hayan comenzado a desarrollarse.

Por último, ninguna política se podrá aplicar en todas las situaciones. Los problemas surgirán, por muy completa que sea ésta. Cuando surjan problemas como resultado de su política, es una tentación cambiarla, con el fin de resolver el problema inmediato. Sin embargo, una vez que Uds. hayan establecido una política con una familia, es muy imprudente desviarse de ella. Este consejo es especialmente difícil para los estudiantes y los terapeutas jóvenes. No obstante, según mi experiencia, cambiar la política es peligroso, puesto que puede crear más problemas que los que resuelve.

Ojalá que mis ideas les hayan resultado útiles, y ahora tendré mucho gusto en intentar responder cualquier pregunta que Uds. puedan tener.



---

## Crítica de Libros y Revistas

### III Conferencia internacional: salud, represión política y derechos humanos

(Comp.) E. Neumann. Santiago, Chile, 1991.

---

Si bien la violación de los derechos humanos es un fenómeno de larga data en la historia de la humanidad, sólo en las últimas décadas existe una mayor conciencia acerca de los graves daños que ocasiona en la salud de las personas directa o indirectamente afectadas por estos hechos, así como de sus secuelas a largo plazo en las relaciones sociales.

Por esta razón, el desarrollo de las disciplinas de la salud en este campo es incipiente. Esto ha llevado a la necesidad de intercambiar las experiencias desarrolladas que existen en diferentes países. Respondiendo a esta necesidad se desarrollaron dos conferencias: en Francia el año 1987 y en Costa Rica el año 1989. La III Conferencia se realizó en nuestro país el año 1991 como una expresión de solidaridad y reconocimiento a la lucha desplegada por diferentes organismos e instituciones de Derechos Humanos. El libro que reseñamos reúne las conferencias y un número importante de las ponencias presentadas en dicha oportunidad.

Un número importante de las ponencias reseña las características clínicas presentadas por personas que han sufrido diversas formas de represión política. Llama la atención, que a pesar de la diversidad en los contextos socio-culturales, una clara comprensión clínica de los casos requiere entenderlos en su dimensión subjetiva y social. Si bien el padecimiento es privado; éste ocurre como consecuencia de modelos políticos excluyentes que requieren de la represión y destrucción de las redes sociales.

Se describen diversas formas de intervención terapéutica que demandan modificaciones importantes del encuadre tradicional y que da cuenta de las condiciones en que el daño tiene lugar. La psicoterapia requerirá de intervenciones multidisciplinarias que den cuenta de la globalidad del daño.

Mención especial merece el desarrollo de formas de intervención comunitaria en países afectados por conflictos bélicos y que dan origen al desplazamiento masivo de comunidades tanto dentro de sus países, como hacia el exterior.

Por último diversos trabajos describen las consecuencias a lo largo de la impunidad como mecanismo que perpetúa la inseguridad y la desintegración social.

En síntesis, este libro recoge la reflexión acumulada en este último período acerca de un extenso y grave problema que ha marcado nuestras identidades individuales y colectivas. Fenómeno que atraviesa la existencia de la totalidad de la población y que por tanto, debemos tener en nuestra práctica profesional.

Carlos Corvalán  
FASIC

## El espectro de la conciencia

Ken Wilber,  
Editorial Kairós, 1990.

---

Esta es la obra de mayor aliento de Ken Wilber, apodado por alguien como el "Einstein de la psicología transpersonal". Esta caracterización, algo confusa, nos invita a considerar al autor como una especie de genio descubridor y/o sintetizador y no nos vendrían mal algunas palabras acerca de él para aclarar la cuestión. En lo referente a descubridor, no viene al caso. Los nombres de Maslow, Sutich y Grof constituyen la tríada fundadora del movimiento, heredero natural de la corriente humanista. Más apropiados resultan los adjetivos de sintetizador y ordenador.

Es un psicólogo y psicoterapeuta que también tiene un grado en filosofía. Al mismo tiempo, es un seguidor de disciplinas espirituales orientales y denota un importante grado de erudición al respecto. Se ha posicionado como uno de los teóricos más conocidos, junto a Stanislav Grof, de esta rama teórica, hasta ahora, no realmente ponderada de la psicología. Es un autor de productividad asombrosa considerando sus relativos cortos años (recién un cuarentón), y tanto su estilo como su número de obras contradicen al estereotipo laxo y flotante de este extremo del arco teórico psicológico.

Su instrucción como psicólogo y filósofo esta presente en las páginas de este libro de manera patente, otorgándoles un carácter más clásicamente académico. Esto ha llevado a partidarios de la corriente transpersonal a quebrar lanzas en contra de lo que consideran una gigantesca y estéril intelectualización de un conocimiento no verbalizable. Pero, ni tanto ni tan poco.

Ken Wilber desarrolla un argumento centrado en el estudio de la conciencia y eligiendo el concepto de identidad como variable central. Para él, el mismo concepto de identidad indica un tipo de distinción respecto a la realidad total que denomina *Mente*. De este modo, cualquier forma de identidad, desde la más reducida hasta la más amplia, evidencia una forma de dualismo.

Inicia su exposición con algo que ya resulta familiar a los lectores de temas epistemológicos y a los seguidores de la literatura *New Age*: considerar al dualismo cartesiano como origen de las limitaciones y

penas de nuestro tecnológicamente hipertrofiado Occidente. Sin embargo, nos percatamos que el autor procede a exponer una variedad de distinciones de dualismos que corresponden a niveles de identidad o conciencia. Nos encontramos con el nivel que Wilber sitúa como "superior" y que llama *Sombra*. Corresponde al modo más limitado de identidad. La expresión "superior", que puede parecerse paradójica, en realidad corresponde a la parte superior de un modelo cónico en cuyo extremo inferior se encuentra el nivel *Mente*, o ausencia de dualismo, y similar e idéntico con la cósmica o unitaria. El nivel *Sombra* (o empobrecimiento del ego por proyecciones) es seguido por el nivel *Ego* (o identificación de la mente); luego viene el nivel biosocial o nivel de las introyecciones culturales (el filtro social) que, a su vez, seguido por el nivel existencial donde se soluciona el dualismo mente-cuerpo (nivel organísmico); luego viene el nivel transpersonal donde se solucionan los dualismos secundario y primario (yo-otro y vida-muerte, respectivamente). Al final, como realidad única, está la *Mente*, el nivel no ilusorio.

Es una cartografía pedagógica en el sentido de permitir ordenar y clasificar enfoques y sistemas psicológicos. Afortunadamente no va acompañado de juicios de valor. A pesar de que planteado desde la perspectiva mística, atribuye a todos los niveles no *Mente* el carácter de ilusorios o no reales, sí les otorga realidad desde un punto de vista fenoménico. Este es un punto que distingue a Wilber de otros autores más radicales y evangelizantes. Cada uno de los niveles se ocupa de un cierto rango del espectro de la conciencia, y cada nivel tiene su correspondiente teoría y/o práctica psicológica o psicoterapéutica. Algunas de las psicoterapias se deslizan en varios niveles, partiendo de la recuperación de proyecciones y finalizando en la integración mente-cuerpo.

El esquema de Ken Wilber, de estratificación por niveles, nos plantea un trabajo de gran valor en lo que se refiere a síntesis. De hecho, sugiere una continuidad que atraviesa los niveles y elude la simplificación de la discontinuidad esto es cierto-esto/no es cierto y, mejor aún, elude la descalificación. Esto sorprenderá a los prosélitos de enfoques específicos. El militante transpersonal se verá enfrentado a la tarea de dirigir

---

la "realidad" de los niveles Ego y Sombra. Por otro lado, el devoto egoico se sorprenderá de la racionalidad de la progresión que lleva hasta la muerte o destrucción del ego (sin tener que recurrir al resorte de la psicosis).

Las casi quinientas páginas de este libro, acompañadas de profusas notas, diagramas y masiva bibliografía, están repletas de citas de psicólogos, filósofos y maestros espirituales. Si bien esto podría estimarse como rigurosidad académica, por momentos obstaculiza la fluidez de la lectura. Lo mismo ocurre con la abundancia de terminología sánscrita y china extraída del hinduismo y budismo. Para quien no está familiarizado con esta terminología o arrastra un prejuicio en contra, puede resultar fatigoso.

Otro tanto ocurre con el recurso de insistir y enfatizar ciertos argumentos. Hay páginas que son francamente reiterativas, en especial cuando describe los dualismos o cuando replantea el argumento real-no real. Queda la impresión de que podrían haberse ahorrado bastantes páginas sin perjudicar los contenidos.

No obstante, vale la pena insistir en el valor que juzgo central en el libro: es una obra centrada en el estudio de la conciencia y con un marcado tono filosófico. No recurre a la típica maniobra argumental de apoyarse en el desarrollo de la física moderna. Al hacer esto, le da frescura y profundidad a su hipótesis central. Constituye una obra de interés indudable para todos aquellos que se preguntan por los lazos que existirían entre las diversas teorías psicológicas de la conciencia. También es de interés para aquellos que desean examinar un posible hilo conductor y esclarecedor que dirima la actual disputa epistemológica. Además, puede resultar una buena fuente de información a los que estén prejuiciados en contra de enfoques que les parecen mentalistas o cuasi-religiosos.

Ken Wilber escribió otras obras posteriores en que simplifica y abrevia su argumento (por ejm., "Conciencia sin fronteras", Ed. Kairós, 1990).

Héctor Calás M.

## Conferencias XXIV congreso interamericano de psicología

---

Estos DOCUMENTOS preparados por la Sub Comisión Científica del Congreso como parte del material de trabajo del evento, tienen en realidad el formato y el valor de un buen libro de psicología, independientemente de su origen.

Se reúnen en este texto catorce conferencias que abarcan temas de psicología social, del desarrollo, epistemológicos, clínicos y laborales, siendo todos los autores figuras de máxima idoneidad en cada uno de sus temas.

Fernando González Rey, de la U. de La Habana, inicia el libro, con su conferencia, donde aborda el concepto de personalidad, y nos sorprende con la altura de su vuelo teórico y la amplitud y riqueza de sus conceptualizaciones difíciles de encasillar en escuelas u orientaciones.

En los que nos parece un estudio señero de un campo aún desconocido, Harry Triandis (U.S.A.) analiza el individualismo y el colectivismo como estilos o síndromes culturales comparando en especial las culturas occidentales donde predominan patrones individualistas y las orientales y tradicionales donde predominan patrones colectivistas.

Ana María Daskal psicoterapeuta argentina se adentra en el análisis de como el ser varón o ser mujer nos condiciona como terapeutas y también lleva a las personas a enfermar de maneras diferentes. En su conferencia se hacen reflexiones acerca del proceso de cambios en las identidades de mujeres y varones, y se analiza un caso clínico desde esta perspectiva.

El tema de los cambios profundos y vertiginosos que están experimentando las empresas y las formas como estas se administran es abordado por Rafael Estevez de la U. de Santiago, en una conferencia de gran interés para los especialistas e iluminadora para quienes no están adentrados en los temas de la psicología organizacional.

Rebeca Puche, de la U. del Valle, Colombia, nos enfrenta al debate actual sobre el desarrollo de la infancia temprana, desde una perspectiva cognitiva. Se analizan con un lenguaje motivante y atrevido los cambios que los dos primeros años de vida, han tenido a los ojos de los seguidores modernos del iniciador genial que fué Piaget en los años treinta.

El tema de la violencia de la mujer es abordado por Soledad Larraín, Chile, en una muy documentada conferencia, referida a este problema en la realidad chilena.

Gerald Gorn, Canadá, muestra en su presentación el impacto que la publicidad en los medios de comunicación y algunos nuevos productos alcohólicos tienen sobre los adolescentes induciéndolos a un mayor consumo de alcohol más precozmente.

M. Isabel Lira, CEDEP, Chile, aborda el tema de la atención primaria en salud mental infantil, definiendo sus principales aspectos y relacionándolos con la Declaración de Alma-Ata y sus ambicioso planteamiento de alcanzar la "salud para todos" el año 2000.

John Williams, Wake Forest U., nos muestra los resultados de una investigación transcultural, en la cual jóvenes de 19 países, de 5 continentes, opinan sobre el proceso de envejecer y sobre las personas mayores. Resultan de especial interés por el hecho de estar Chile entre los países estudiados.

Reinaldo Alarcón, U. Cayetano Heredia, Perú, nos muestra a través de su investigación de actitudes, y sus reflexiones la profunda crisis social del Perú actual.

La "síntesis experimental del comportamiento" es la proposición que nos plantea Rubén Ardila, U. de Colombia, para integrar la psicología tanto a nivel teórico como práctico. Proyecto sin duda ambicioso, para ser expuesto en tan breve espacio.

Monique Lortier-Lussier, U. of Ottawa, Canadá, reflexiona sobre el apasionante tema de la influencia de algunas minorías en los cambios sociales. Los ejemplos de Galileo, Roberspiére, Freud y Marx son citados como ejemplo convincente.

Sobre el tema de la identidad latinoamericana y su especificidad, J. Miguel Salazar, U. Central de Venezuela, muestra una recopilación de estudios empíricos y sus propios aportes personales.

Joseph Rychlak, Loyola U. of Chicago, entrega en su conferencia un profundo análisis de las posiciones de Freud en relación al libre albedrío.

Como podrá contatarse a través del recuento de los temas y sus autores, el libro no tiene, ni podrá tener, una estructura ni en los temas tratados, ni en las orientaciones, ni siquiera en su presentación idiomática, sin embargo la calidad de la mayoría de los trabajos, y el interés general de los tópicos hace que todos ellos puedan ser leídos y signifiquen un aporte para psicólogos, psiquiatras y profesionales afines.

Alfonso Luco

---

# Psicología de la emergencia

*Cristián Araya Mokina,  
Psicólogo*

---

El autor en un lenguaje simple, directo y sin complicaciones nos introduce en este interesante tema de actualidad.

Pese a limitar en la primera página del libro la Psicología de la Emergencia a "...los cambios y fenómenos personales presentes en una catástrofe..." lo social, lo grupal emerge desde el tema mismo.

El manejo de lo imprevisto a partir de lo previsto, el crear stress, tensión para captar que también podemos crear tranquilidad, seguridad y eficiencia, con un enfoque básicamente conductual, son las herramientas que, basados en una larga experiencia personal, sirven para que el autor nos despliegue sus talentos didácticos.

"Los núcleos destructivos inherentes al hombre", "la filosofía de la prevención", "la prédica de la prudencia", "el descontrol emocional", "el rol de los hemisferios cerebrales", "el miedo", "la capacitación", "las técnicas psicológicas", "las intervenciones", "la post emergencia", e incluso "la parapsicología" son aspectos abordados brevemente en este manual o compendio; el primero que se publica en Chile.

Conspira contra la unidad del texto la sensación de ser una sumatoria de artículos, charlas de difusión, o trabajos para ser presentados en seminarios donde seguramente la exposición debió ser limitada en el tiempo, así aparece como la simplificación extrema, superficial o receta, una serie de conceptos que requieren profundización.

Es una lástima que se atribuya la creación del término de "Psicología de la Emergencia". Ya lo leímos hace 10 ó 15 años atrás en Frida Reichman o en los escritos de Teresa y Mario Campusano a raíz de las catástrofes naturales y humanas de México. Ingrid Behm presentó un trabajo en el Congreso Internacional de Psicología de Costa Rica (y ninguno se atribuyó la invención de esta "rama de la psicología". También echamos de menos una vinculación del concepto "Emergencia" con toda la extensa literatura que existe sobre los aspectos como el miedo, la represión y la tortura desde la Primera Guerra Mundial o incluso antes; o la escrita sobre las catástrofes naturales y las provocadas por el hombre; o la vastísima sobre

aspectos históricos, culturales, sociales y grupales que influyen en el comportamiento humano (individual y colectivo) sometido a situaciones de emergencia. Sugerimos una relativización de sus afirmaciones:

"La angustia es por tanto miedo a la propia libertad".

"Recordemos que el pánico no es otra cosa que el miedo colectivo".

"La falta de energía genera neurosis".

"Existen personas sin miedo".

O muchas otras.

Dar por verdad afirmaciones que a lo menos son cuestionables, sin una fundamentación, le quitan consistencia al texto.

La psicología para ser ciencia (y el libro plantea que quiere que lo sea) debe comprobar no sólo suponer, debe ser consistente y debe seguir determinados parámetros del quehacer científico.

Estos elementos negativos del texto impiden que aportes valiosos sean plenamente rescatados.

Como todo primer aporte es perfectible. La labor de los lectores y de los especialistas es contribuir al tema. Tomémoslo como un desafío a profundizar.

Carlos Corvalán

## De familias y terapias

Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar  
Año 1 N° 1 / Primer Semestre 1993

---

Felicitemos al *Instituto Chileno de Terapia Familiar* por esta labor que se ha propuesto y por ser los primeros nacionales en editar trabajos sobre este campo profesional. Como lo dice su director la revista será un espacio que permita comunicar lo que atañe a las familias y a los diferentes miembros que la integran y que sirvan para "discutir sobre lo que se hace con las familias y transmitir las múltiples formas de ejercer el quehacer terapéutico".

A través de su editorial invitan a participar no sólo a los profesionales ya definidos del campo de la salud mental como son los psicólogos y los psiquiatras sino también a los educadores, sociólogos y filósofos quienes de una u otra manera trabajan a distintos niveles observando, estudiando, investigando y clarificando la dinámica de las interrelaciones familiares que forma su sistema y de la comunidad social que ellas integran. La revista es de atractiva lectura por la diversidad de temas como por la variación de "densidad" de ellos. A través de sus páginas nos ofrece cinco trabajos de profesionales nacionales y uno de los profesionales italianos, abarcando diferentes campos en las que se aplica el enfoque sistémico familiar.

*Sergio Bernales*, médico-psiquiatra, terapeuta y docente del I. Ch. de Terapia Familiar a través de un ensayo hace una reflexión acerca de sus motivaciones personales en su ejercicio laboral como sobre su elección como terapeuta comprometido con un modelo no médico en la visión del hombre y de sí mismo. En su trabajo reflexiona sobre la diferencia que existe entre los sucesos que vive cada miembro de una familia y por qué no el mismo terapeuta, la impresión interna o intrasíquica de los sucesos, la expresión interaccional y la narrativa que hace la familia de su historia. Bernales distingue dos maneras posibles de intervenir ya sea poniendo el acento en los aspectos organizacionales del sistema familiar y/o poniendo el acento en la "obra dramática de la vida de los integrantes de ese sistema". Señala que aunque el terapeuta se preocupe de la organización del sistema y de la patología como expresión de una disfunción e intente terapéuticamente que la familia logre la restitución de ese equilibrio, el aspecto dramático se hace presente en todo el devenir tanto de la situación terapéutica como de la vida misma. Este trabajo permite reflexionar sobre las ganancias que aporta la terapia al sistema familiar consultante tanto como al propio terapeuta que se ha constituido como uno más del sistema, el sistema terapéutico.

Otro trabajo que en este caso destacamos es el del Psiquiatra Infantil *Eduardo Carrasco*, docente de la facultad de medicina de la U. Católica quien aborda el tema del rendimiento escolar desde una dimensión interdependiente de factores sociales tales como la familia, las condiciones económicas, el sistema educacional y cultura a que pertenece el educando. Es un novedoso enfoque no quizás para los terapeutas que trabajamos en el campo sino especialmente para los educadores, directores de establecimientos educacionales, psicopedagogos y médicos neurólogos que diariamente se enfrentan a la problemática del niño con bajo rendimiento escolar.

El autor destaca cómo la organización de las relaciones en el interior de la familia constituye un factor significativo y que los patrones relacionales "interfieren en el proceso de aprender a aprender". Insiste que en la estrategia de tratamiento se debe considerar la necesidad de evaluar el contexto familiar paralelamente a la evaluación psico-educacional y neurológica, se deben apoyar las modificaciones del contexto familiar que favorezcan el modo de aprender y destaca la importancia de la relación de cooperación entre familia y escuela. Finalmente señala algunos de los patrones interaccionales que se deben tener en cuenta en las intervenciones terapéuticas dirigidas a modificar la relación de los padres con el niño con bajo rendimiento escolar.

Otro tema de relevancia actual es el relacionado con adolescentes embarazadas analizando en "Crónica de un embarazo anunciado: criterios de riesgo en adolescentes populares urbanas" de la *Ps. Patricia Hamel*.

Nos hubiese gustado analizar otros artículos como el de la *Ps. Ana María Vergara* "El diálogo de sordos", del Dr. *Niels Biedermann* "Una perspectiva sistémica de la psicosis endógenas", de *Luigi Boscolo* y *Paolo Bertrando* "El proceso reflexivo del pasado, presente y futuro en la terapia y consulta sistémica", pero quizás esto haga más interesante el tener acceso a la revista misma, la cual recomendamos plenamente y con gran entusiasmo.

Oriana Vilches Alvarez.

---

## Sexo, amor y seducción preguntas y respuestas para la mujer chilena

Andrea Rodó y Daniela Sharim  
Ediciones Sur - 1992

---

Este libro de poco más de 200 páginas, cuidadosamente editado, con bellas ilustraciones atrevidas e ingenuas, es una grata sorpresa para todo aquel que desee adentrarse en el tema de la sexualidad femenina.

Se trata en realidad de un verdadero manual donde se pueden encontrar todos los temas relevantes sobre la sexualidad femenina, empezando por la socialización de la mujer, los aspectos biológicos y fisiológicos, mitos y prejuicios, menopausia, embarazo, alteraciones de vida-sexual y formas de enfrentarlas, como también algo de la sexualidad masculina.

El mayor mérito del libro consiste en que todo el material mencionado está presentado de una manera sencilla, directa, sin pacatería ni sofisticación, lo que

le da una atractiva frescura, denotando sin embargo que es producido de un largo trabajo de las autoras en la investigación y la asistencia en torno a la realidad sexual de las mujeres.

El libro es igualmente útil para hombres y mujeres de todas las edades sin ninguna formación especializada y también para aquellos profesionales que deban en su labor relacionarse con los aspectos sexuales femeninos.

No existe otro texto similar en Chile, y nos parece recomendable e imprescindible para los profesionales de la salud y la educación.

Alfonso Luco

---

## Diccionario básico de comunicación

Katz, Chaim S.; Doria, Francisco A.; Costa Lima, Luis:  
Nueva Imagen, México (Río de Janeiro, 1975) 1989, 513 pp.

---

Que sepamos, es el único diccionario de esta clase que se ha escrito en América Latina, y en español sólo conocemos uno relativamente similar, si bien posterior, tres veces más voluminoso y además elaborado por un equipo de más de noventa colaboradores (ver ficha aparte: Angel Benito (director): **Diccionario de ciencias y técnicas de la comunicación**. Ediciones Paulinas, Madrid, 1991, 1375 pp.).

La primera edición se publicó en portugués en 1975; la que comentamos es una edición ampliada y revisada, cuya versión castellana corrió a cargo de Eva Grosser Lerner con revisión técnica de Raymundo Mier y Gregorio Kaminsky. Se trata de 220 artículos de extensión variable (desde media página a seis páginas), pero siempre sintéticos y medulares, aunque evitan el didactismo simplificador. Algunos son de redacción colectiva, y los demás van firmados por uno de los tres autores, quienes tienen especializaciones

diversas, pero complementarias: Katz (1937) es licenciado en filosofía y en psicología, siendo actualmente psicoanalista de profesión; Doria (1945) es licenciado en ingeniería química, doctor en física y también es físico-matemáticas, ejerciendo la docencia en dicha especialidad; Costa Lima (1937) es doctorado en teoría y literatura comparada y ejerce la docencia en teoría y sociología de la comunicación.

Los antecedentes curriculares de los autores son muy congruentes con lo que debe esperarse de los comunicólogos en la actualidad, sobre todo si se tiene en cuenta la urgente necesidad de integrar y sistematizar un saber interdisciplinar cada vez más abigarrado y sin embargo pertinente. Los autores están muy lejos tanto del snobismo y el diletantismo generalizador como del pseudociencifismo y la rigidez positivista que parecen amagar el desarrollo del estudio comunicacional en nuestro subcontinente. De hecho, y saliendo al paso de una lectura lineal

(méramente alfabética) de las diversas entradas, el diccionario propone también una lectura sistemática que ordena los artículos en seis grandes áreas: Antropología, Filosofía, Lingüística, Psicología y Psicoanálisis, Sociología, Teoría de la Información y Cibernética. En todo caso, la consulta específica se favorece gracias a dos factores: por un lado, cada artículo se divide en un breve encabezamiento en **negritas** (que sintetiza lo esencial de la voz) y el texto explicativo propiamente tal; por otro lado hay en cada artículo un doble reenvío: con asteriscos se señalan las voces consultantes en el propio diccionario, mientras con números entre paréntesis se remite a la bibliografía de apoyo, señalando incluso las páginas exactas. La bibliografía general (o de apoyo) consta de 425 títulos, entre los cuales no figura el diccionario de A. Moles, ni los de semiótica publicados por Bense (Colonia, 1973), por Greimas y Courtés (París, 1979) ni diversos diccionarios posteriores cuya consulta se recomienda para compensar los vacíos de éste.

Aunque celebramos la publicación de este notable aporte a la integración del saber comunicológico,

debemos advertir a eventuales interesados que el texto omite autores y voces de indudable relevancia en el área: pragmalingüística (Austin, Searle, Grice, Ducrot, Barrendonner, si bien hay un artículo sobre Wittgenstein); enfoque interaccional (Bateson y Watzlawick no figuran ni siquiera en la bibliografía); estructuralismo (se omite a Lacan y Julia Kristeva — no así en la bibliografía—, aunque hay artículos sobre Barthes, Foucault, Jakobson y Levi-Strauss); paralingüística, kinésica, proxémica, neurolingüística, psicolingüística, etología, semántica (general y lingüística), retórica, etc. En general, buena parte de las omisiones de autores y conceptos apuntadas ya a propósito del texto de Moles debe repetirse aquí. Pero, dada la relativa juventud de sus autores, es muy posible que nuevas ediciones vayan cubriendo estos vacíos.

Eduardo Llanos

---

## BASES DE PUBLICACIONES

---

Los trabajos deben ser inéditos y se enviarán al Director de la revista, escritos a máquina y en triplicado. No deben exceder las 20 páginas, tamaño carta, doble espacio, con márgenes derecho e izquierdo no inferiores a 3 cm.

Los consultores de la revista recibirán las copias de los trabajos sin el nombre del autor, razón por la cual se solicita indicar en una hoja aparte el título del trabajo, el nombre del o los autores con un asterisco para indicar al pie de la página la dirección del aquel a quien ha de dirigirse la correspondencia.

Al comienzo del trabajo se entregará un resumen en castellano de no más de 10 líneas y su correspondiente traducción al inglés. Este resumen debe ser informativo, claro y conciso. Debe especificar el propósito, método y principales conclusiones. Debe constituir un todo completo y coherente para el lector que no ha leído el artículo.

Gráficos y tablas se presentarán en hojas aparte, debidamente numerados según su orden de presentación en el texto. Cada uno debe tener un título breve que indique claramente su contenido.

Las citas se indicarán en el texto, con números arábigos entre paréntesis. Al final del trabajo se agregará una lista de estas referencias numeradas de acuerdo al orden de presentación en el texto y siguiendo las normas internacionales, que se ilustran en los siguientes ejemplos de publicación en revista, libro y artículo o capítulo de un libro editado por otro autor.

Ségure, J.T., Solar, M. y Brikmann, H. (1990) Incidencia en el rendimiento escolar de las estrategias de aprendizaje y características de personalidad. **Rev. Chilena de Psicología**, 11 (1), 17-20.

Erikson, E. (1963) **Ética y Psicoanálisis**, Buenos Aires: Ed. Paidós

Bandura, A. (1971) *Psychotherapy Based Upon Modeling Principles*. En: Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change**. New York: John Wiley & Sons, Inc.

No se devolverán los originales ni se considerarán los artículos que no cumplan con las normas precedentes. La aceptación de un trabajo queda supeditada a la revisión efectuada por dos consultores especialistas en el tema. El Comité Editorial de la Revista, se reserva el derecho de introducir modificaciones formales necesarias para adaptar el texto a las normas de la publicación.

Para el próximo número de la revista se recibirán artículos hasta el 15 de Abril de 1994.

---

Los trabajos deben enviarse a: Director de la Revista Chilena de Psicología, Colegio de Psicólogos, A.G. Bustamante 250-H, Santiago de Chile

---

PRECIO EXTRANJERO: US \$ 10 Correo Simple  
US\$ 20 Correo Certificado

---

## INDICE

<b>EDITORIAL</b>	<b>3</b>
Los aportes de la psicología al cambio social en el medio local	5
Construcción y evaluación de una técnica de tamizaje de retrasos del desarrollo psicomotor	15
El psicólogo en instituciones de menores: Algunas consideraciones éticas contrastadas con el código de ética profesional chileno.	23
Diferencias neuropsicológicas en niños con retardo lector severo de distinto nivel socioeconómico	31
Modificabilidad cognoscitiva. Nueva alternativa terapéutica para los niños con características autistas	41
 <b>DOCUMENTOS</b>	
Entrevista al Sr. Fernando González-Rey	53
Cuestiones éticas en la terapia familiar	59
 <b>CRITICA DE LIBROS Y REVISTAS</b>	
III Conferencia internacional: Salud, represión política y derechos humanos	67
El espectro de la conciencia	68
Conferencias XXIV congreso interamericano de psicología	70
Psicología de la emergencia	71
De familias y terapias	72
Sexo, amor y seducción preguntas y respuestas para la mujer chilena	73
Diccionario básico de comunicación	73

---