

# REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

Volumen 17 - Nº 1 - Año 1996  
Colegio de Psicólogos de Chile  
ISSN 0716 - 3630



**COLEGIO  
DE PSICOLOGOS  
DE CHILE**

**COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE A.G.**





# EDITORIAL

*Este número es una muestra amplia del quehacer de los psicólogos chilenos.*

Trabajos prácticos y trabajos teóricos que nos muestran una parte de las inquietudes, curiosidades y anhelos permanentes de nuestros colegas por contribuir a mejorar, no sólo su profesión, dotándola de mejores técnicas y herramientas efectivas, renovables y revisables, sino también a mejorar al ser humano, centro y eje de nuestra disciplina científica.

Esperamos así acrecentar la vinculación entre los psicólogos, la vinculación de los psicólogos con su medio y su sociedad, y también nuestra vinculación con la reflexión moral y ética, con la trascendencia de nuestra ciencia.

Esperamos vuestras opiniones para saber si en alguna medida hemos conseguido estos propósitos.

Con cariño, a nombre del equipo de redacción.

El Director.

## RESUMEN

Este artículo introduce el tema de las relaciones entre la psicología, la literatura y la concepción del mundo. Se alude a autores clásicos ad hoc, los conceptos de mito y rito y en particular el de representaciones sociales. Tales conceptos a la vez remiten al de identidad, remitiéndose ese marco especialmente a la identidad y cosmovisión en A. Latina.

## ABSTRACT

*This paper introduces some problems on relations among psychology, literature and "weltanschauung". Considering classics authors ad hoc, concepts of myth and rituals, social representations and their implications for a contemporary theory of identity and images of the world.*

La relación entre psicología y literatura tiene una gran tradición clásica en gran medida inaugurada en Interpretación de los sueños (de 1900) por Freud y su análisis del Edipo rey de Esquilo.

Los otros escritos de Freud sobre "Hamlet", "Goethe", "Los hermanos Karamazov", (1948), etc., han ampliado tal inicio, enriquecido aun posteriormente (y sólo como algunos ejemplos) por Jung en su estudio sobre el "Ulises" de J. Joyce (Jung 1946), por Fromm en su análisis sobre la trilogía de Esquilo o sobre "El proceso" de Kafka (Fromm 1966), etc.

Igualmente es clásica la relación entre sociología y literatura, por ejemplo a través de Marx y sus escritos sobre Diderot, Chateaubriand y otros (1978), que no han cesado de desarrollarse hasta hoy a través de Lukacs, Goldman, Escarpit, Hauser, y entre tantos otros, varios latinoamericanos (Rama, Gastón, Bareiro, Marras, Pizarro, etc.).

Las relaciones entre psicoanálisis y antropología son también clásicas desde Freud, y aquellas entre sociología y antropología desde Durkheim formalmente. En cambio, el vínculo de la antropología y literatura contemporánea es más indirecto, debido al énfasis empírico-etnográfico de la tradición antropológica predominante. Sin embargo, tanto los conceptos de "cultura" como "mito" serán ejes evidentes no sólo de nuestra investigación sino de todas las ciencias humanas contemporáneas. Nuevamente los clásicos Freud y Jung, pero yendo más

atrás el mito, la literatura, y la cultura no se diferencian en Homero, Sófocles, Dante Goethe, y se diferencian apenas en Shakespeare, Cervantes y Molière. C. Levi-Strauss ha sido el principal antropólogo contemporáneo que relevó el mito como objeto, a la vez que aplicó perspectivas críticas integradas de tradición tanto marxiana como freudiana, ambas matizadas y corregidas. Otro gran mitólogo frecuentemente usado en la hermenéutica de la literatura es el notable historiador de las religiones y filósofo Mircea Eliade.

Hoy mismo los mitos y ritos han sido centrales para comprender e interpretar a García Márquez, M.A Asturias y a toda la literatura indigenista. El análisis de Vargas Llosa sobre García Márquez es en gran medida mitológico (1971), y el de Octavio Paz sobre México (1991).

Más específicamente, J.M. Arguedas era propiamente antropólogo (1975) además de gran novelista; A. Rama aplicó el concepto técnico de "transculturación" en su análisis sobre Transculturación narrativa en A. Latina. (1984), y

\* Profesor en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Este artículo es parte de la investigación financiada por Fondecyt titulada "Psicoantropología de la identidad y cosmovisión latinoamericana a través de cinco premios Nobel de literatura" (proyecto N° 1940758).



análogamente C. Saintoul en su libro titulado *Racismo, etnocentrismo y literatura* (1988).

Este estudio se refiere más que a la cultura y mitos en general, a la identidad (es) y cosmovisión (es) en particular. ¿Quiénes somos, qué somos, cómo somos los latinoamericanos?: la respuesta de nuestra identidad. No hay una respuesta porque, evidentemente, tenemos diversas identidades regionales, nacionales y culturales, porque los latinoamericanos somos heterogéneos. Y no obstante, es también verdad que casi todos somos relativamente iguales, o sea, muy semejantes. **Además de** (no en vez de) una identidad de argentino o mexicano, de indio o mulato, tenemos una identidad común: somos latinoamericanos (\*).

Además de una cultura e identidad relativamente común, hay también una cosmovisión latinoamericana común. O sea: desde nuestra condición de latinoamericanos el "mundo" tiene ciertos colores y sabores. O de otro modo: la visión latinoamericana revela algunos valores, tradición, formas de sociabilidad, temores y esperanzas. La relación cultura-visión del mundo-percepción social es distinta desde América Latina que desde Europa o África, E.E.U.U. o Asia, porque la sociedad y cultura latinoamericana es diferente a todo otro continente. Conocemos bastante de la concepción común del mundo en América Latina, y de sus variaciones según países, clases sociales, épocas y culturas, como para poder comparar estos conocimientos científico-sociales con la mirada literaria de nuestros autores.

Esta gran mirada literaria se acerca y se aleja de tales ciencias, según se trate de ensayo (que utiliza

esas mismas ciencias sociales), o de la novela mítica o de la poesía épica o lírica. Por otra parte, autores como Asturias revelan en su novela la concepción indígena del mundo; Mistral y Neruda la mestiza, marxistizada frecuentemente (pero no siempre) en el segundo; García Márquez la mestiza-mulata de un país relativamente "afroamericano" (Wagley 1968), a diferencia de Chile, o de Guatemala y México categorizados por el mismo Wagley como predominantemente "indoamericanos". Paz es un poeta "culto" a la vez que mestizo en "Aguila o sol" y un ensayista de primer plano en el mundo sobre América Latina, sobre la literatura y sobre los grandes problemas de la sociedad contemporánea. A pesar de ser el de cultura más liberal-iluminista de nuestros cinco autores, también Paz es un mestizo él mismo, visible (\*\*) como los otros cuatro.

Como se ve, la concepción del mundo latinoamericano es aquella que une y teje lo común a la obra (y vida) de nuestros cinco autores, la que se asemeja relativamente a la diagnosticada por las ciencias sociales sobre América Latina. Pero, colocar como "figura" (Gestáltica) lo **común**, no nos impide en otro momento dejar aquello como "fondo" y enfocar como figura lo diferencial (Ribeiro 1972, Rama 1977). Tales diferencias están destacadas en el título de un libro de Jorge Guzmán sobre la gran literatura actual: *Diferencias Latinoamericanas* (1990). Aquella semejanza está en cambio destacada en otro título de Rosalba Campra: *A. Latina: la identidad y la máscara* (1987), también sobre nuestra literatura.

Al revelar las diferencias, aparecerán las concepciones del mundo indígena, mestizada, africanizada, más radicional, marxista, liberal, y como ya se dijo- de diversas clases, países y regiones.

Sabemos que la concepción del mundo expresa al sujeto individual como la (s) subjetividad (es) colectiva (as), y sabemos que todo sujeto (conciencia) "selecciona" de la realidad algunos de sus infinitos matices, trasfondos y posibilidades. Es lo que hace toda cultura, su definición misma: valorar, normativizar, pautar, crear ("valores, normas, pautas y creencias"). Así como no hay cultura sin so-

(\*) Es un lugar común el cuestionar la identidad latinoamericana porque hay mucha heterogeneidad y no se pueden homologar los tecnólogos urbanos de Buenos Aires con los indios rurales y analfabetos (por ejemplo). Análogas heterogeneidades hay en Estados Unidos, y no por ello se arguye que no sólo se podría hablar de "la cultura de E.E.U.U."; la heterogeneidad lingüística, étnica e histórica de Europa es evidente, y no se deja de hablar de la "identidad europea", "la cultura europea", etc. Aunque se trata el punto más adelante, cabe observar, que los que arguyen contra la identidad latinoamericana usan normalmente el concepto de "civilización occidental", homologando relativamente en esta expresión a los filósofos griegos, los soldados romanos, el cristianismo, las expresiones imperiales y las bombas nucleares.

Por último: si la heterogeneidad (relativa) fuera un argumento lúcido no se podría tampoco decir "chileno" ni "mexicano", ni siquiera se podría decir "carioca" o "bonaerense". En cualquier ciudad hay una heterogeneidad en todos los niveles mayor a la que normalmente se supone. Nuestros grandes literatos y nuestros grandes científicos sociales son convergentes sobre ello, lo que analizaremos más adelante.

(\*\*) Ribeiro llama "mestizo visible" (1972) a aquellos que presentan rasgos físicos de la mezcla indio-español, que es el caso de todos nuestros premios Nobel. Basta esto para demostrar que los mestizos no son tontos (contra los prejuicios racistas-clasistas). Son nuestros mayores genios. Antropofísicamente hablando, mestizo "visible" alude al fenotipo; hay también muchos mestizos que parecen blancos (genotipo).



ciudad, no hay subjetividad sin objetividad, ni conciencia sin mundo. Desde la antropología y psicología es lo que se ha desarrollado como interacción "cultura-personalidad". Algunos psicólogos han usado el concepto de "representaciones colectivas" (o sociales) de Durkheim: Moscovici (1975) y Darío Páez (1991), entre muchos otros.

¿Cómo se representa la gente de una sociedad (o de una parte de ella: jóvenes-viejos, hombres-mujeres, pobres-ricos, etc.) a esa sociedad u otra, o a parte de ella: a la juventud, la pobreza, el SIDA, el catolicismo, el gobierno, el divorcio, la familia, etc.?

Las representaciones sociales son pues "subjetivas" (de sujetos) y objetivas a la vez en un doble sentido: son sobre partes de la realidad objetiva (subjetivizada), y a la vez son un "dato objetivo" para otros sujetos.

El desarrollo psicosocial de este concepto de "representaciones sociales" lo aproxima a los conceptos de percepción selectiva, categorización, (Tajfel (\*) 1975) "carácter social" (Fromm, 1980), e incluso de diversos modos de frustración, resignación, fatalismo, agresividad, compensación, "desesperanza aprendida" (Seligman 1975, 1991), etc.

El desarrollo más bien sociológico y filosófico del concepto de "concepción del mundo" lo aproxima a los conceptos de "ideología" (Marx 1956, Althusser 1966), de sociedad y cultura, de clases sociales y épocas (Goldmann 1975).

Por su parte la historia ha desarrollado el concepto de "historia de las mentalidades", análogo al concepto de "psicohistoria" (anterior) de Fromm y Erikson. Escribe Goff:

"Pero la historia de las mentalidades no se define solamente por el contacto con las otras ciencias humanas y por la emergencia de un dominio rechazado por la historia tradicional (...) Ella se sitúa en la conjunción de lo individual y lo colectivo, del tiempo cotidiano, de lo inconsciente y de lo intencional, de lo estructural y lo coyuntural, de lo marginal y de lo general (en Mellafe, pág. 15).

(\*) Aplicaremos el concepto de "categorización" al problema de que América Latina ha sido categorizada como América Hispánica, Indoamérica, Tercer Mundo, mundo "subdesarrollado", etc. No es algo sólo cognitivo, sino "construcción de la realidad", también afectiva y que orienta la acción.

Todos estos conceptos son y se remiten unos a otros (con frecuencia no explícitamente). Esto exige una mirada transdisciplinaria de integración crítica, que es la que usaremos en próximos trabajos. Todas las diversas ciencias humanas y la filosofía han contribuido a estos desarrollos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Althusser L. (1970). La filosofía como arma de la revolución. México: Siglo XXI
- 2.- Arquedas J.M. (1975). Formación de una cultura nacional indoamericana. México: Siglo XXI
- 3.- Campra R. (1987). América Latina: la identidad y la máscara. México: Siglo XXI
- 4.- Freud S. (1948). Interpretación de los sueños. Madrid: Espasa Calpe
- 5.- Fromm E. (1966). El lenguaje olvidado. Bs. Aires. Hachette
- 6.- Fromm E. (1985). Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: F.C.E.
- 7.- Goldman L. (1975). Para una sociología de la novela. Madrid: Agosó
- 8.- Jung C.G. (1946). "Ulises" en La realidad del alma. Bs. Aires: Psique
- 9.- Marx K. (1978). Scritti sull'arte. Roma: Laterza
- 10.- Mellafe R. (1994). La memoria de América colonial. Santiago: Universitaria
- 11.- Moscovici S. (1978). Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Planeta
- 12.- Páez D. (1991). SIDA: Imagen y prevención. Madrid: Fundamentos
- 13.- Paz O. (1992). El laberinto de la soledad. México: F.C.E.
- 14.- Rama C. (1977). Sociología de A. Latina. Barcelona: Península
- 15.- Ribeiro D. (1972). Las Américas y la civilización. Bs. Aires: Centro Editor de A. Latina
- 16.- Saintoul C. (1988). Racismo, etnocentrismo y literatura. Bs. Aires: Ediciones del Sol
- 17.- Seligman M. (1975). Helplessness. New York: Harper
- 18.- Tajfel H. (1975). "La categorización social" en Moscovici 1975 ob. cit.
- 19.- Vargas Llosa. M. (1971). García Márquez: Historia de un deicidio. Barcelona: Barral
- 20.- Wagley CH. (1968). The Latin American tradition. London. New York: University of Cambridge.



# CÁNCER EN FAMILIARES DE DETENIDOS - DESAPARECIDOS.

Flora Cepeda A.  
Sandra Galdames M.  
Joselinne Labarthe S.  
Valeska Vega M. \*

## RESUMEN

A través de un estudio exploratorio-descriptivo, se investiga el problema del cáncer en familiares de detenidos desaparecidos, en base a las variables estrés, depresión y personalidad, considerándolas como posibles factores influyentes en la aparición de cáncer. Para su medición se utilizan test psicológicos, cuestionarios y entrevistas. Se concluye que cada variable en forma aislada no presentaría influencia significativa en el surgimiento del cáncer, sino que esta enfermedad sería el resultado de múltiples factores de interacción, en donde es importante tomar en cuenta aspectos psicológicos en la aparición de esta enfermedad.

## ABSTRACT

*Through an exploratory-descriptive study the problem of cancer in relatives of arrested-missing people is investigated, based on the variables stress, depression and personality considering them as possible factors having influence in cancer. For its measuring psychological test, questionnaires and interviews are used.*

*Having as a conclusion that each, in isolation, wouldn't present a meaningful influence in the outcoming of cancer but this disease would be the result of multiple factors interacting, where it is important to take into account psychological aspect in the apparition of this disease.*

## I. INTRODUCCIÓN

Por varios años se ha buscado, a través de investigaciones, las causas que pudieran explicar la aparición del cáncer encontrándose una amplia variedad de factores gatillantes, que van desde lo hereditario hasta lo ambiental, asociándose a ello un tipo específico de cáncer desarrollado. Es por esto que la teoría que actualmente predomina para el surgimiento y desarrollo de esta enfermedad es de índole multifactorial, aún cuando algunos factores pueden tener mayor peso que otros.

En este estudio se enfoca al cáncer desde una perspectiva psicosomática, específicamente relacionándolo con la vivencia de una situación traumática, que se ha mantenido latente a través del tiempo, como es el caso de los familiares de detenidos - desaparecidos.

Es importante tomar en cuenta, que detrás de cada persona desaparecida existe un grupo de gente más amplio que sufre los efectos, tanto físicos como

psíquicos, de esta pérdida no resuelta. Por lo tanto, es necesario un acercamiento más individual hacia estos familiares.

En este sentido, nuestro interés se centra básicamente en explorar si las variables estrés, depresión y personalidad, tienen alguna relación con el surgimiento de cáncer en estas personas. De este modo pretendemos contribuir a una primera aproximación frente a la detección de algunos factores psicológicos que pudieran predisponer al desarrollo de un cáncer, y a la vez llegar a prevenirlo, dejando abierta la posibilidad para la realización de próximas investigaciones que puedan profundizar más la existencia de una relación entre las vivencias de eventos altamente traumáticos y la vulnerabilidad personal del cáncer.

\* Dardo Regules 2440 / Vitacura



## II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

### Situación socio-políticas de Chile entre 1973-1990.

El 11 de Septiembre de 1973 Chile experimenta un cambio drástico en su sistema político y social, pasando de un sistema democrático a un régimen militar.

Dentro de este nuevo marco, empiezan a ocurrir múltiples violaciones a los Derechos Humanos, entendiéndose como tal a aquella "...conducta del Estado que atropella los derechos contenidos en la Carta Internacional de los Derechos Humanos" (Domínguez, A; 1988), que generan repercusiones psico-sociales directas sobre las personas que los sufren, así como en la salud mental de la población general.

Entre las diversas situaciones vividas en este tiempo, se encuentran los detenidos - desaparecidos; es decir "aquellos detenidos por razones políticas cuya detención es negada reiteradamente por las autoridades y todas las investigaciones no permiten determinar sus ubicaciones actuales" (Orellana, P; 1989). En este sentido, la Agrupación de Familiares de Detenidos - Desaparecidos (A.F.D.D) informa que entre los años 1973-1990 existen 1.192 casos de personas desaparecidas, en tanto que la Comisión de Verdad y Reconciliación indica que serían 957 los casos confirmados.

El régimen entonces instaurado creó una serie de organismos y recintos de detención, entre ellos los más conocidos fueron: Villa Grimaldi, Tejas Verdes, Cuatro Álamos.

Frente a ésto, nuestro país comenzó a reaccionar lentamente y es así como empezaron a crearse distintas organizaciones sociales y eclesiásticas, como por ejemplo: Comité Pro-paz, Vicaría de la Solidaridad, etc.

### Duelo y efectos psicológicos de la desaparición forzada de los familiares de detenidos - desaparecidos.

El duelo es definido como una reacción normal ante la muerte de un ser querido, que produce un Síndrome depresivo típico, con sentimientos depresivos y síntomas asociados del tipo de la pérdida de apetito, pérdida de peso e insomnio (DSM-III-R; 1992).

Diversos autores han estudiado el duelo, siendo así que para P.J. Clayton sería una experiencia uni-

versal, que al ser relacionada con un grado muy alto de intimidad con la persona perdida, se encontraría dentro de uno de los sucesos más traumáticos que se puede experimentar.

Clayton, junto a Parkes y Silvermann, han descrito tres fases dentro del proceso de duelo:

**1) Fase de impacto o impasibilidad:** Se caracteriza porque los familiares de la persona que ha muerto se encuentran absortos y realizan sus funciones en forma automática.

**2) Fase de repliegue o depresión:** Caracterizada por la presencia de síntomas depresivos, que tienden a desaparecer paulatinamente a los seis meses, aun cuando pueden llegar a durar un año.

**3) Fase de recuperación:** Aquí se acepta la muerte del ser querido y se comienza a recuperar el nivel de funcionamiento que se tenía antes del deceso.

Por otra parte, Freud define duelo como "...reacción experimentada frente a la muerte o frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, etc.)". A la vez, plantea que el duelo, a un nivel psíquico, se caracteriza por un estado de ánimo muy doloroso, cese de todo interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar y, en términos generales, la inhibición de prácticamente todas las funciones. Además, quién experimenta un duelo siente que el mundo queda pobre y vacío.

Cuando una persona sufre la muerte de un ser querido, a través de un examen de realidad es capaz de darse cuenta de que dicha persona ya no existe. Se genera así una resignación a la pérdida sufrida. Sin embargo, en el caso de los familiares de detenidos - desaparecidos, dado que la pérdida de un familiar ha ocurrido en forma violenta y sin explicación alguna, ellos se han visto enfrentados a una situación traumática que se ha cronificado con el paso de los años, dada la falta de indicios para encontrar a sus seres queridos.

En este sentido, estas personas racionalmente pueden considerar la posibilidad de la muerte de su familiar, pero a nivel emocional, desean que estén vivos en algún lugar. De este modo ellos viven una situación de ambigüedad en la que la falta de información necesaria no les permite comprobar en forma fehaciente la muerte concreta y real de sus familiares, y por ende elaborar un duelo normal.



Se entenderá el cáncer como un grupo de células anormales, considerando que cuando este proceso no logra detenerse causa la muerte.

En la actualidad, se piensa que la aparición de cáncer no depende de un solo factor, sino que posee una etiología multifactorial donde se requiere de la interacción de varios factores en una desconocida y compleja combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo para que pueda llegar a ser diagnosticada como tal. La postura general es no rechazar ninguna de las causas posibles porque cada una de ellas influye de algún modo particular. Es así como varios autores reconocen que algunos agentes ambientales se asocian con cáncer; además, algunas anomalías genéticas o congénitas se relacionan con un riesgo más elevado de cáncer.

También se ha visto, en otras investigaciones, que un estilo de vida altamente estresante sería otro factor que podría ser causante de una mayor predisposición al desarrollo de esta enfermedad.

### Depresión

Se entenderá por depresión, al trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una disminución de la energía, una reducción de la autoestima, autodepreciación, trastorno del apetito y sueño, y una variedad de otros síntomas.

Santiago de Chile, ocupa el primer lugar en el mundo en materia de depresiones y desórdenes mentales. Esta enfermedad varía según el nivel socioeconómico, sexo, ambiente, etc; siendo más frecuente en mujeres, especialmente de clase media-baja y baja, donde las personas con más riesgos de presentar este trastorno son dueñas de casas, generalmente aquellas que tienen a su cargo enfermos crónicos.

Se ha observado que el 80% de las mujeres depresivas habrían sufrido un suceso vital severo, relativo al área familiar, como pérdida de los miembros del grupo primario, abandono de hogar, muerte, separaciones, etc.

La clase socioeconómica baja se ve más desprotegida ante estos eventos por sus déficits en recursos sociales y apoyo para enfrentar los sucesos de vida estresantes.

Cuando los eventos negativos se dan en un contexto en que existe poco apoyo social, éstos tienen

un efecto interactivo sobre la depresión; en cambio, si el estrés va acompañado de fuertes redes de apoyo se logra minimizar los síntomas depresivos.

La depresión siempre se encuentra en el cáncer, ya sea como una consecuencia de la enfermedad misma y su tratamiento, o bien, antecedente a la aparición de la enfermedad. Este estudio tomará énfasis en la depresión como uno de los factores posibles que predisponen al surgimiento del cáncer.

### Estrés

Existen diferentes concepciones con respecto al estrés. Entre las más importantes se encuentra la de Lazarus, R. y Folkman, S. quienes definen estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el ambiente, que es evaluada por ésta como abrumando o excediendo sus recursos o amenazando su bienestar. Estos autores le dan importancia a los procesos cognitivos, que pasan a ser mediadores entre la interacción persona-ambiente y los efectos de esta interacción.

Por otra parte, Hans Selye define estrés como la respuesta no especificada del organismo ante toda demanda hecha sobre él; describiendo además, el Síndrome General de Adaptación (S.G.A), proceso de tres fases que suele ocurrir en aquellos casos en que el padecimiento del organismo es prolongado, y donde éste hace esfuerzos por adaptarse a un agente externo hostil.

De esto se desprende un modelo reactivo de enfermedad, en que un estímulo estresor actúa sobre el organismo produciendo en éste un conjunto de reacciones: estrés.

El término estrés también está asociado a eventos traumáticos, los cuales pueden ser entendidos como acontecimientos de mucha intensidad que se caracterizan por aparecer de una forma súbita y sorpresiva, amenazando la vida del individuo y frente a éstos la mayor parte de las personas experimentan mucha desesperanza y angustia. De este modo, la persona experimenta emociones poderosas negativas y cambios neurofisiológicos importantes.

Actualmente se reconoce la unidad que existe entre lo psicológico, lo social y lo biológico, por lo tanto el bienestar de los individuos está sujeto a la influencia de diversos factores, donde el estrés juega un importante papel y además se encuentra aso-



ciado a diversas enfermedades, tanto físicas como psíquicas; dentro de las psíquicas la más frecuente es la depresión. Se ha podido observar que el estrés no sólo hace a algunas personas más propensas a padecer enfermedades psiquiátricas sino que puede agravar las afecciones ya existentes.

Con respecto a enfermedades físicas, son varias las asociadas al estrés. Entre ellas se ha intentado observar la relación que pudiese existir entre estrés y cáncer, de lo cual se ha podido desprender una importante relación entre cáncer - sistema inmune, donde se ha observado que, cuando el sistema inmune se encuentra deprimido por drogas o por estrés, las células cancerosas que circulan por el organismo pueden crecer y reproducirse, colonizar un órgano y desde allí derivar metástasis al resto del organismo por lo cual es importante considerar que la resistencia al cáncer parece tener un amplio componente inmunológico.

En estudios se ha observado que una gran cantidad de pacientes cancerosos parecen tener una capacidad inmune reducida; de allí que es importante enfatizar la necesidad de mejorar la respuesta inmune en el tratamiento del cáncer.

Autores como Raley, postulan que la llamada hormona del estrés (Corticosterona) tiene entre sus acciones el disminuir la capacidad inmune, ligándose así al estrés con factores hormonales e inmunológicos, y la ocurrencia de resistencia al cáncer.

También se ha observado una mayor frecuencia de cáncer en sujetos que han sufrido pérdidas importantes en sus relaciones interpersonales y que expresan una fuerte desesperanza o inhabilidad para enfrentar el estrés de reparación. Muchos investigadores concuerdan en considerar que los traumas emocionales que con mayor frecuencia anteceden a un cáncer son la pérdida de una figura significativa debido a su fallecimiento o separación, y todo fracaso importante que provoque desesperación y angustia.

### Psicosomática

Actualmente la psicología no tiene una definición completa y universalmente aceptada, pero se reconoce que la psicología es una disciplina científica centrada en el estudio de las interacciones entre factores psíquicos, sociales y biológicos en la salud, la enfermedad y la asistencia.

El enfoque psicopatológico de la medicina se sustenta en un concepto multifactorial de las enfer-

medades y en una consideración personal del enfermo. Como menciona Goic (1982), el concepto etiológico multifactorial de la enfermedad sostiene que en toda enfermedad se encuentran presentes los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La importancia relativa de cada uno de estos factores varía de una enfermedad a otra, pero en toda la enfermedad están presentes e interactuando.

En la historia ha habido diversos enfoques teóricos acerca de la psicopatología; sólo recientemente se ha estado dando un mayor interés en la compleja relación cuerpo-mente en función del sistema nervioso central, experiencias infantiles, emociones y aprendizaje en la modulación del sistema inmune.

Psicólogos como Lesham (1977) y Achtemberg (1985), han establecido importantes evidencias destacando el papel de la mente y el creer en el poder lograr efectos medicinales. Ader y los nuevos inmunólogos han establecido un vínculo entre mente y cuerpo, puesto que su investigación experimental demostró cómo las condiciones de comportamiento pueden disminuir o aumentar la respuesta del sistema inmune.

Además, recientemente el sistema inmune ha sido reconocido como el tercer mayor sistema regulador del cuerpo, al igual que el sistema nervioso autónomo y el endocrino.

También se ha planteado, por autores como Sifneos (1973), Stuart (1982), y Lolas (1984), un tipo de personalidad llamada "Alexitimia" que explicaría el funcionamiento de la persona psicopatológica. El término alexitímico proviene del griego, y alude a una falta de (a) palabras (lexis) para expresar las emociones (thymo). Entre los rasgos de esta personalidad se encuentran empobrecimiento de la fantasía, restricción del funcionamiento emocional, dificultades en la relación y comunicación interpersonal, y una inhabilidad para encontrar palabras que le permitan describir sus emociones. Como consecuencia de este fenómeno, surgen conflictos intrapsíquicos cuya internalización promueve cambios fisiológicos en los sistemas orgánicos, formándose posteriormente la base de un trastorno psicopatológico.

## III. MÉTODO

### 1) Diseño.

Corresponde a un estudio exploratorio-descriptivo. Exploratorio, en el sentido que su objetivo es



examinar un tema de investigación que no ha sido abordado con anterioridad, como es el cáncer en familiares de detenidos-desaparecidos. Y es descriptivo, porque a la vez busca especificar las propiedades más importantes de grupos de personas que son sometidas a análisis.

## 2) Muestra.

La muestra total está constituida por 18 personas, divididas en tres grupos equivalentes. Dos tercios de la muestra elegida (12) corresponde a personas de la AFDD, entre 25 - 80 años, y el tercio restante (6) lo constituyen sujetos de la población general, con edades entre 21 - 69 años.

Los individuos fueron seleccionados tomando como punto de referencia a los miembros de la AFDD que habían enfermado en algún momento de sus vidas o estaban enfermos de cáncer al momento de realizar la investigación.

Los criterios de selección utilizados para los tres grupos fueron sexo, edad, (por rangos) y el nivel socioeconómico (medio-bajo).

## 3) Procedimiento.

Se comenzó la investigación tomando contacto con personas de la directiva de la AFDD, explicándoles a grandes rasgos el propósito de ella y solicitando su colaboración para llevarla a cabo.

En forma paralela, se buscó a aquellas personas ajenas a esta organización, que pudieran ser constituyentes de la muestra que representaría a la población en general.

Para todas las muestras, se comenzó el período de evaluación aplicando el Cuestionario de Exploración de Situaciones Vitales (CESV), el cual fue creado especialmente para esta investigación.

Luego, en el segundo encuentro, se realizó una entrevista personal con cada una de las personas, en base al cuestionario aplicado en la sesión anterior. En la tercera reunión, se les administró en primer lugar el Inventario de Depresión de Beck (IDB), y a continuación el Cuestionario de Preferencias Personales de Edwards (E.P.P.S).

Finalmente, en base a la información obtenida en la entrevista personal y el CESV, se procedió a establecer el nivel de estrés mediante la utilización de la Escala para evaluar el stress psicosocial: adultos, del DSM-III-R, para lo cual se dividió la historia de la vida de los sujetos, en tres períodos:

Primer período	:	Nacimiento © 1973
Segundo período	:	1974 - 1994
Tercer período	:	1995 - 1996

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos proponer el siguiente conjunto de características de los grupos de personas estudiadas:

- 1) Las personas con cáncer no presentan mayor grado de depresión que aquellas personas que no pertenecen a la AFDD.
  - 2) Los individuos con cáncer no son menos agresivos que aquellos sujetos que no presentan la enfermedad, independientemente del hecho de ser o no miembros de la AFDD.
  - 3) Al explorar la variable de personalidad "intracepción", planteada por Edwards y evaluada a través de su cuestionario de Preferencias Personales, se encontró que las personas con cáncer y las sin cáncer (independientemente de ser o no de la AFDD) presentaban diferencias significativas en esta variable.
  - 4) Al evaluar a las personas de la AFDD, tuvieran o no cáncer, se encontró que la variable de personalidad "degradación" no era más característica de los sujetos con cáncer.
  - 5) Entre las personas con cáncer y sin él, no existen diferencias en la intensidad del estrés.
  - 6) Al comparar a los sujetos totales de la muestra de la AFDD con aquellos que no pertenecen a esta institución, se encontró que el grado de estrés no era mayor en los primeros en relación a los segundos.
  - 7) Dentro de los sujetos de la AFDD, hay una correlación directa entre estrés y depresión.
  - 8) Dentro de los sujetos de la AFDD estudiados, hay una correlación significativa directa entre depresión y agresión; vale decir que, a mayor puntuación entre una de las variables, mayor también será el valor de la otra, o viceversa.
  - 9) Al relacionar depresión y agresión dentro de la totalidad de la muestra de estudio, se encontró que no había valores significativos para dicha correlación.
- Ahora bien, a continuación señalaremos aquellas características específicas del grupo que nos interesa estudiar, es decir los sujetos de la AFDD con cáncer, a la vez relacionándolos con los contenidos teóricos.



Es así como en primer lugar, las personas con cáncer resultaron ser más depresivas que aquellas sin la enfermedad, y además externas a la institución. Este hecho corrobora la investigación realizada por Thomas Grunstreet (Headley, D. 1977), quien encontró que los sujetos con cáncer obtenían bajos puntajes en rasgos de depresión y rabia; lo que según él, resultaba consistente con su idea de que los sujetos con cáncer tenían una pobreza en su expresión.

También podría explicarse debido a que la totalidad de estas personas con cáncer han recibido atención psicológica y/o psiquiátrica a raíz de la desaparición del familiar, a diferencia de aquellas personas sin cáncer, que no pertenecen a la AFDD, en quienes la atención psicológica fue sólo en un tercio de ellos.

Por lo tanto, pareciera ser que un apoyo terapéutico, independientemente de cómo sea evaluado por la persona que lo recibe, permite un mejor manejo de la depresión, tal vez porque se aprenden maneras de modificar los esquemas cognitivos distorsionados y por lo tanto, evaluar de una forma más adecuada la situación vivida.

Por otro lado, de acuerdo a la relación entre depresión y agresión observada en los enfermos de cáncer, se dio una relación directa entre el nivel de depresión y agresión. Esto podría verse influenciado por los mecanismos defensivos utilizados por estas personas, como lo son fundamentalmente la represión y la conversión además, se ha visto la utilización de otros, como por ejemplo la negación y la racionalización.

En relación con los mecanismos de defensa, de represión y negación, se ha observado como una explicación del fenómeno psicosomático la personalidad alexitímica, que básicamente utiliza estos mecanismos defensivos, por lo que se menciona una pobre expresión de sus emociones.

Entonces, estas personas de la muestra se ven necesitados de utilizar estos mecanismos, debido a la imposibilidad de expresar con total libertad su emoción.

En otro sentido, con respecto a los sujetos de la AFDD se dio una correlación significativa directa entre las variables de estrés y depresión, es decir que mientras mayor estrés presenta un sujeto, tendrá mayor depresión. De acuerdo con esto, se ha visto en investigaciones que el estrés está relacionado con varias enfermedades, entre ellas la depresión. Por otra parte, Mina Michal plantea que

hay una conexión entre la incapacidad de hacer frente a los cambios y a la tensión (estrés) con aspectos neuroendocrinos y psicológicos de la depresión.

Por lo tanto, se podría proponer que las personas de la muestra de la AFDD han estado sometidas a una situación muy generadora de estrés, que se ha mantenido en el tiempo, lo cual tiene una relación con la aparición de la depresión en estos sujetos. Esto se puede corroborar al observar los promedios obtenidos tanto en estrés como en depresión. Este mismo hecho, a la vez, puede ser relacionado con otros aspectos que se encontró, y es que los individuos con cáncer no son menos agresivos que aquellos sujetos que no presentan la enfermedad, independientemente de ser o no miembro de la AFDD.

También se corrobora esta relación de alto estrés con alta depresión, en base a estudios que aportan evidencia acerca de que al momento de llegar a un alto nivel de estrés, y la persona pasa su umbral innato, ésta se paraliza. Por lo que podríamos relacionar este hecho con sujetos depresivos en el sentido de que una de sus características principales es la autoplusia, es decir que perciben el mundo como inmodificable, por lo tanto tienen la idea que sus esfuerzos por modificar en algo su entorno son vanos, entonces se modifican a sí mismos.

En relación a lo anterior, también podemos decir que hay evidencia considerable de que el estado depresivo aumenta la vulnerabilidad a enfermedades, a través de los efectos que pueda tener ésta sobre la inmunocompetencia.

Ahora bien, considerando que en el estudio llevado a cabo la variable de personalidad "degradación" no resultó ser una característica primordial de la gente con cáncer, entonces se podría pensar que esta variable se da en forma similar también en el otro grupo de la AFDD. Esto podría significar que las personas al presentar menos depresión tendrían una mejor autoimagen y percepción de sí mismo, lo que llevaría finalmente a evitar ser sumiso frente a otros, que en el fondo significa "degradarse menos".

Otro punto encontrado en este estudio es que, el estrés más alto no resultó ser característica exclusiva de la AFDD, lo cual puede ser atribuible a que la muestra de trabajo fue pequeña. Además, debido a que las muestras en ella fueron sacadas al azar, pudo haberse producido la coincidencia que, en el momento de efectuar este estudio, ellas estaban pasando por situaciones generadoras de alto nivel de estrés, por ejemplo el cuidar a un enfermo crónico. O simplemente, el hecho de vivir en una ciudad tan agitada como es Santiago, implica estar expuesto dia-



riamente a un nivel de estrés importante, que a la larga podría llevar al individuo a enfermarse de múltiples cuadros. También es interesante mencionar que, según la escala de estrés utilizada, encontramos que las personas de los tres grupos tenían promedios similares en el primer período; en cambio en el segundo, las personas de la Agrupación obtuvieron puntajes más elevados de estrés, que fue el momento en que ocurrió la desaparición y la posterior búsqueda. Finalmente, en el tercer período, las personas del grupo externo a la Agrupación mostraron un mayor nivel de estrés, lo cual puede significar que en el momento de aplicar la escala estaban atravesando momentos difíciles. En tanto las personas de la AFDD en la actualidad, comparativamente, presentan un menor nivel de estrés debido probablemente a que han tenido más de veinte años para lograr de alguna manera disminuir en algo la intensidad del estrés que han vivido. Por lo tanto, es probable que si los tres grupos hubiesen sido evaluados en el momento en que las personas de la Agrupación sufrieron la desaparición del familiar, éstas habrían tenido un puntaje mucho más alto.

Tomando en cuenta la variable de "intracepción" que presentó diferencias significativas entre los tres grupos, y considerando que aún no existe consenso en cuanto a las investigaciones realizadas hasta la fecha, se puede deducir que la intracepción como una variable aislada no estaría influyendo en la aparición del cáncer, puesto que esta variable se puede estar presentando de modo ineficaz. El análisis de los propios sentimientos puede manifestarse tanto en forma positiva como negativa; por lo tanto, es de real importancia el apoyo que las atenciones psicológicas puedan aportar, haciendo que estos pensamientos y sentimientos sean menos dañinos.

No se trata entonces, de elevar o disminuir la capacidad de intracepción sino que el objetivo debería estar centrado en un adecuado procesamiento de los sucesos generados por el ambiente, independientemente de la profundidad o superficialidad con que esto se realiza.

Finalmente, se puede concluir que tal vez cada variable en forma aislada no presentaría influencias significativas en la aparición del cáncer. Esto apoyaría el enfoque que actualmente se está usando para visualizar al cáncer como una enfermedad resultante de múltiples factores, en mutua interacción y, además, como un fenómeno psicosomático, en el que la mente y cuerpo se entrelazan.

## V. SUGERENCIAS

A modo de sugerencia, se considera relevante

mentonar que debido a que nuestra muestra tomada fue pequeña (debido al número limitado de enfermos con cáncer de la AFDD) es importante que se realicen futuras investigaciones con muestras más amplias, para así lograr mayores alcances y generalizaciones del tema en cuestión.

Se puede considerar, que aparte de nuestras variables estudiadas (depresión, personalidad y estrés) existen otras a considerar, ya que en base a las entrevistas realizadas y al marco teórico, se puede ver por ejemplo que el "apoyo social" pudiera estar jugando un importante papel como un factor profiláctico del cáncer, siendo los comunes de este grupo: el apoyo recibido por parte de algunas organizaciones, la familia, comunidades religiosas, profesionales de salud y/o legal, entre otros.

En base a lo observado, se sugiere desarrollar programas terapéuticos especialmente diseñados para personas que hayan vivido este tipo de situación, debido a las características particulares de ésta: imposibilidad de elaborar un proceso de duelo normal, centrándose principalmente en la búsqueda de su ser querido, lo que lleva a una autopostergación y estancamiento de su vida. Por lo tanto, es necesario ayudar a estas personas a preocuparse más de sí mismas, sin sentir culpa ni remordimientos.

Pese a que se han realizado observaciones tendientes a ver los efectos psicológicos en los familiares de detenidos-desaparecidos, casi no se han buscado relaciones entre estos efectos psicológicos y las posibles alteraciones somáticas. Es por esto que se sugiere realizar más investigaciones que exploren esta relación, ya sea en cuanto al cáncer como también a otras enfermedades de índole psicosomática.

## VI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aburto, J.; Díaz, S.; Tamburini, G. (1994). Depresión post accidente cerebro-vascular. Tesis para optar al título de licenciado en psicología. Santiago, Universidad La República.
- 2.- Acuña, O. (1990). Normas relativas del Cuestionario de Preferencias Personales de Edwards para selección de personal en la IX Región. Tesis para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de La Frontera.
- 3.- Ahumada, E. et al. (1986) Chile: la Memoria Prohibida. Santiago. Pehuén Editores. Volúmen I, II y III. Chile.



- 4.- Alamos, P. et. al (1994). Stress y psicoimmunología. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 5.- Agrupación de Familiares de detenidos desaparecidos. Luchando unidos encontraremos la verdad. Santiago, Chile.
- 6.- Anguera De Sojo, I. (1998). Medicina psicosomática. Ediciones Dogma S.A. parte
- 7.- Armijo, I.; Galano, A.; Galilea, M. (1994). Nociones sobre teoría psicoanalítica, Apunte de cátedra Psicología Clínica I. Universidad La República.
- 8.- Goic A. (1982). Aspectos psicosomáticos de enfermedades comunes, Sociedad Médica de Santiago. Pág. 13 -19.
- 9.- Báez, M. (1994). Emociones e inmunología. Tesis para optar al título de psicólogo. Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 10.- Bammer, K.; Newberry, B. (1985). Stress y cáncer. Barcelona: Editorial Herder, Caps. I; V; VIII.
- 11.- Bayes, R. (1991). Psicología oncológica: prevención y terapéutica psicológica del cáncer. 2ª edición actualizada. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A., Cap. 1.
- 12.- Beck, A.(1988). Terapia cognitiva conductual, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, ucontinuo cognitivo. En: Mahoney, Freedman, Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ediciones Paidós.
- 13.- Beck, A. (1976). Terapia y desórdenes emocionales.
- 14.- Beck, A. et. al. (1994). Terapia cognitiva de la depresión. Cap.1. Apunte de cátedra: Psicología Clínica III. Universidad La República.
- 15.- Berzcely, M.; Domínguez, M.; Lavado, E. (1993). Normas para el Cuestionario de Preferencias Personales de Edwards en estudiantes en el rango etario de 15 a 16 años pertenecientes a enseñanza media científico humanista de la Región Metropolitana. Tesis para optar al título de psicólogo. Santiago, U. de Chile. Pág. 1-37.
- 16.- Cardona, J. (1984). La depresión, psicopatología del área clínica. Barcelona: Editorial Científico-médica, Cap. 2.
- 17.- Catell, R. (1972). El análisis científico de la personalidad. Barcelona: Editorial Fontanella.
- 18.- Cavallo, A.; Salazar, M.; Sepúlveda, O. (1988). La historia oculta del régimen militar. Ediciones La Epoca.
- 19.- Cazenave, N.; Martínez, C. (1984). Imaginería y psicosomática: un enfoque teórico práctico. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 20.- Collarte, P.; Villanueva, M. (1992). La tortura desde una perspectiva psicológica. Características, efectos y terapia. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile, Cap. 2.
- 21.- Conac le enseña sobre el cáncer, su prevención y detección precoz. Corporación Nacional del Cáncer, Santiago, Chile, Septiembre de 1995. pág.4
- 22.- Chappa, H. (1992). Los grupos cognitivos comportamentales en un programa terapéutico integrativo para pacientes depresivos. En: Integración en psicoterapia. Santiago: Ediciones CECIDEP.
- 23.- Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona: Ediciones Salvat, 1974 (pág.164).
- 24.- Domínguez, A. (1988). El poder y los derechos humanos. Terranova Editores S.A.
- 25.- DSM-III-R. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Ediciones Masson S.A. 1984, 1992.
- 26.- Feedman, A.; Kaplan, H.; Sodack, B. (1982). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores S.A. Cap. 26
- 27.- Florenzano, R. (1984). Técnicas de psicoterapia dinámica. Santiago: Editorial Universitaria. Cap.II
- 28.- Florenzano, R. (1991). Técnicas de psicoterapia dinámica. Santiago: Editorial Universitaria.



- 29.- Freud, A. (1960). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- 30.- Freud, S. (1970). Inhibición, síntoma y angustia. 1ª edición. México: Editorial Grijalbo S.A.
- 31.- Freud, S. (1992). Obras completas. Apunte de cátedra de Psicología de la Personalidad. Universidad La República.
- 32.- Ganong, W. (1985). Fisiología Médica. Décima edición. México: Editorial El manual moderno.
- 33.- Gómez, E.; Monreal, A. (1981). La muerte no resuelta, la desaparición. FASIC.
- 34.- Guerra, M. (1986). Estudio comparativo de personalidad entre adolescentes institucionalizados en un hogar de menores y adolescentes no institucionalizados, de la ciudad de Antofagasta, según las variables de personalidad medidas a través del cuestionario de Preferencias Personales de Edwards. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. Pág. 30 - 37; 78 - 84.
- 35.- Guerrero, L.; Pavez, A.; Zavala, J. (1984). Redes sociales en sujetos depresivos y no depresivos: un estudio descriptivo - comparativo. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 36.- Hamilton, M. (1985). Síntomas y exploración de la depresión. En: Paykel, S. Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- 37.- Headley, D. (1977). Premorbid psychological factors of cancer. Cap. 8.
- 38.- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (1994). Metodología de la investigación. México: McGraw - Hill.
- 39.- Hernández, V. (1988). Aportaciones de la psicología dinámica. En: Anguera De Sojo, I. Medicina psicosomática. Edición Dogma S.A. Parte I.
- 40.- Iturrate, M. (1962). Psicoanálisis y personalidad. Bs. Aires: Compañía general febril editora. Cap. I, II, III, IV y VI.
- 41.- Kernberg, O. (1987). Trastornos graves de la personalidad. México: Editorial El manual moderno, S.A.
- 42.- Labarthe, A. (1995). Efectos de un programa de orientación cognitiva conductual como complemento de un tratamiento farmacológico para pacientes alcohólicos. Tesis para optar al título de psicólogo. Santiago. Universidad de Chile.
- 43.- Larach, V. (1988). Stress. En: Los efectos en la práctica clínica. Centro Científico del Desarrollo Psicológico (CECIDEP). Santiago: Editorial Universitaria.
- 44.- Lastra, M. (1993). Inventario de Preferencias Personales de Edwards (EPPS). Apunte de cátedra Técnicas de diagnóstico y evaluación psicológica. Universidad La República.
- 45.- Larrañaga, I. (1988). Del sufrimiento a la paz. Hacia una liberación interior. 4ª edición. Chile. Cap. I
- 46.- Lazarus, R.; Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company. New York.
- 47.- Lazarus, R. Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- 48.- Lolas, F. (1995). La perspectiva psicosomática en medicina; ensayos de aproximación. 2ª edición. Santiago: Editorial Universitaria.
- 49.- Maggi, A. (1994). Trastornos psicológicos y orientaciones terapéuticas en hijos de familiares afectados por la represión política. Santiago, FASIC
- 50.- Marchetti, A. ; Suarez, E. (1986). Síntomas depresivos como una experiencia de fracaso: expectativas de incontrolabilidad y atribuciones como variables mediadoras. Tesis para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Santiago, Universidad de Chile. Pág. 29, 30 y 46.
- 51.- Michal, M. (1992). Estrés. Basilea: Ediciones Roche.
- 52.- Middleton, J. (1991). Yo (no) quiero tener cáncer. Primera Edición. Santiago: Editorial Centro de Desarrollo de la Persona.
- 53.- Mistral, G. (1979). Desolación. Primera Edición. Chile: Editorial Andrés Bello. Cap. III (pág. 72).



- 54.- Monckeberg, M.; Camus, M.; Jiles, P. (1986). Crimen bajo estado de sitio. Editorial Emisión. Santiago, Chile.
- 55.- Monreal, A.; Neumann, E. (1985). Aspectos psicosociales de la represión: el temor. Santiago, FASIC.
- 56.- Moster, M. (1987). Cuando el médico dice: Es Cáncer. 1ª edición en español. Miami: Editorial Unilit. Cap.1
- 57.- Neumann, E. (1989). Psicología y derechos humanos. 2º Congreso chileno de salud mental. Santiago, Chile.
- 58.- Neumann, E. (1989), Desaparición forzada y daño psicológico: el caso chileno. FASIC. Santiago, Chile.
- 59.- Orellana, P. (1989), La detención con desaparición. En su: Violaciones a los derechos humanos e información; la experiencia chilena. Chile: Ediciones FASIC. Pág. 66-67.
- 60.- Padilla, E. (1995). La memoria y el olvido. Detenidos desaparecidos en Chile. Primera Edición, Santiago: Ediciones Orígenes.
- 61.- Papalia, D.; Wendkos, S. (1991). Desarrollo humano. Cap. XVIII. Apunte de cátedra de psicología del desarrollo.
- 62.- Para abrir la mente: 260 artículos de psiquiatras y psicólogos de revista Ya de "El Mercurio", (1992). Primera Edición. Chile: Editorial Zig-Zag.
- 63.- Polaino-Lorente, A. (1984). Depresión, actualización psicológica de un problema clínico. De Alhambra.
- 64.- Prehn, R. y Prehn, L. (1975). Pathobiology of neoplasia: a teaching monograph, Cap.1
- 65.- Rojas, M. (1988). La represión política en Chile: los hechos, Lepala Editorial. Madrid.
- 66.- Rossi, E. (1986). The psychobiology of Mind-Body Healthing (new concepts of therapeutic hypnosis). New York - London: W.W Norton & company inc.
- 67.- Schafer, W. (1978). Stress, distress and growth. United States of America: Library of congress.
- 68.- Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. 11ª reimpresión.
- 69.- Síntesis del Informe de la Comisión Verdad y Reconciliación. Santiago. Comisión Chilena de Derechos Humanos. (1991). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- 70.- Smith, T. (1991). Guía completa para la salud familiar. 2ª reimpresión. Colombia: Editorial Planeta, Tomo I.
- 71.- Torreblanca J. et. al. (1971). Enfoque psicosomático de la medicina: algunos aportes de la psicología, la sociología, la psicología social y la antropología cultural. Revista Médica de Chile, 99: 26-40. 1971.
- 72.- Vargas, L. (1982). Bases neuroendocrinas de stress psicológico. Sociedad Médica de Santiago.
- 73.- Vida y Psicología. Segunda reimpresión. México : Reader's Digest, 1988. Capítulo 5
- 74.- Wayne, D. (1981). Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación. Editorial McGraw - Hill Latinoamericana, S.A. Bogotá, Colombia.
- 75.- Weinstein, E.; Maggi, A.; Gomez, E. (1987). El desaparecimiento como forma de represión política. En: FASIC, Trauma, duelo y reparación. Santiago, Editorial Interamericana. Pág. 151-284.
- 76.- Weiss, R. (1995). Oncología. En: Medicina Interna; diagnóstico y tratamiento. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.



# LA PSICONEURO INMUNOLOGÍA Y SU IMPORTANCIA PARA LA PSICOLOGÍA

17

Pablo Vera Villarroel. \*  
Sandra Alarcón Rosso. \*\*

## RESUMEN

La Psiconeuroinmunología es un campo interdisciplinario que se ha desarrollado en los últimos 15 años. La finalidad de este artículo es entregar una revisión de los principales experimentos y hallazgos en el área con el objetivo de destacar la implicancia clínica del conocimiento del sistema inmune. Palabras claves: Sistema Inmune, Aprendizaje Asociativo, Psiconeuroinmunología.

## ABSTRACT

*Psychoneuroimmunology is a board field developed over the last 15 years. The aim of this article is to give a brief description of the major experiments and discoveries about this subject in order to point out the clinical impicance of the immune system conditioning. Key words: Immune System, Asociative Learning, Psychoneuroimmunology.*

## INTRODUCCIÓN:

El objetivo de este artículo es entregar una revisión acerca de los últimos planteamientos realizados en el moderno campo interdisciplinario de la Psicoimmunología (PNI). Para ello, comenzaremos con la definición clásica de la PNI entregadas por los autores pioneros en este campo. A continuación se entrega una breve descripción del Sistema Inmune para la familiarización con ciertos conceptos y la posterior comprensión de sus relaciones con los factores psicológicos. En seguida, revisaremos los hallazgos en torno a las relaciones entre el Sistema Inmune y ciertos hechos de la vida cotidiana (factores psicológicos) para terminar con la descripción de las investigaciones realizadas en laboratorios.

## PSICOINMUNOLOGÍA

En los últimos 10 ó 15 años se ha desarrollado un nuevo campo interdisciplinario llamado Psiconeuroinmunología (PNI) (Maier, Watkins y Fleshner, 1994). Este campo estudia las relaciones bidireccionales existentes entre la conducta, el cerebro y el Sistema Inmune (Ader, Felten y Cohen, 1990; Blanck, 1990). La hipótesis central de la PNI es que el cerebro regula el Sistema Inmune y que los factores psicosociales, a través del cerebro, pueden influir sobre las respuestas inmunes (Bernard y Krupart, 1994).

La convergencia de distintas disciplinas en el desarrollo de la PNI la convierten, a su vez, en parte fundamental de las nuevas áreas de interés para los psicólogos, como son la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud (Miller, 1983; Bayés, 1991; Donker, 1991).

## SISTEMA INMUNE

El sistema inmune es un conjunto de células que están distribuidas por todo el cuerpo y que tienen la particularidad de circular por vías linfáticas y sanguíneas.

Son células potencialmente móviles, sin ligazón fija con otras células, es decir, no permanecen confinadas en un solo punto, ni están agrupadas para formar un órgano. Sin embargo, se acumulan principalmente en los órganos linforreticulares (o linfoides), como ganglios linfáticos, bazo, médula ósea, timo y los tejidos linfoides relacionados a las mucosas de los intestinos y del árbol respiratorio. Este conjunto de células capacita al cuerpo humano para resistir casi todos los tipos de organismos o toxinas que tienden a lesionar los tejidos y órganos (Guyton, 1979; Weissman & Cooper, 1993).

\* Ps. Pablo Vera Villarroel.  
Laboratorio Psicología Experimental Universidad Central. Universidad de Valparaíso.

\*\* Ps. Sandra Alarcón Rosso.  
Laboratorio Psicología Experimental Universidad Central. E-Mail: pvera@entelchile.net



Todas las células del Sistema Inmunitario tienen su origen en unas cuantas células primordiales que aparecen alrededor de las nueve semanas de la concepción. Estas células hematopoyéticas precursoras, llamadas células madre, se reproducen a sí mismas (autorrenovables) y originan distintas células inmunitarias especializadas, además de otras células sanguíneas (pluripotenciales). Las células inmunitarias incluyen algunos subgrupos de leucocitos: linfocitos T, linfocitos B, células asesinas espontáneas (NK), granulocitos y monocitos-macrófagos (Kamani y Douglas, 1993).

Las células inmunitarias maduran en el timo y en la médula ósea, tras lo cual, migran y circulan sin cesar por los sistemas vasculares y linfáticos del cuerpo. Se detienen periódicamente en los órganos linfoides en su rastreo de antígenos foráneos (Meléndez, 1987).

El sistema inmune tiene dos formas principales a través de las cuales puede identificar el antígeno o material extraño: la respuesta inmunitaria innata y la respuesta inmunitaria adaptativa o adquirida. La inmunidad innata corresponde a un primer nivel de defensa, donde se activan procesos generales y no queda memoria inmunológica. En esta respuesta, participan diversos elementos no específicos. Sus principales autores son los leucocitos polimorfonucleares (PMN), los monocitos, los macrófagos tisulares, las células asesinas espontáneas (NK) y los factores solubles como enzimas, sistema de complemento, proteínas de fase aguda e interferones alfa y beta (Guyton, 1979; Shelley, 1991).

Sin embargo, la inmunidad innata no puede proteger al organismo contra todas las infecciones. Para una defensa más específica, los vertebrados poseen una estrategia única de reconocimiento inmune: la inmunidad adquirida. Esta respuesta inmunitaria se caracteriza por su especialidad y por su memoria inmunológica. Es decir, en ocasión de un primer contacto con un inmunógeno, el cuerpo no bloquea la invasión. Sin embargo, en un segundo contacto, la memoria inmunológica permite que se produzca una respuesta más rápida y de mayor intensidad. Dicha respuesta es muy específica para el invasor en particular y no para otros. (M. Meléndez, 1987; Shelley, 1991).

En la respuesta adquirida el agente extraño o inmunógeno gatilla una cadena de sucesos que dan como resultado la activación de linfocitos y la producción de anticuerpos y linfocitos efectores que son muy específicos para el inmunógeno. Las células que conforman, principalmente, la inmuni-

dad adaptativa son las células presentadoras de antígenos (APC), los linfocitos derivados del timo (linfocitos T) y los linfocitos derivados de la médula ósea (linfocitos B) (Goodman, 1993).

A su vez, la inmunidad adquirida se puede subdividir en respuesta inmune celular y respuesta inmune humoral. La primera, comprende la activación de células T y de las células APC (las cuales son macrófagos que fagocitan al antígeno). La respuesta humoral, incluye la producción de anticuerpos por parte de los linfocitos B (Goodman 1993).

El sistema inmune se autorregula de tal modo que permite el inicio y término de una respuesta inmune contra antígenos no propios y tolera, en cambio, estructuras propias y no origina respuestas inmune contra ellas. En circunstancias normales, este sistema controla eficientemente los microorganismos que permanentemente interactúan con el huésped. Sin embargo, en ocasiones se producen trastornos en uno o más de los mecanismos básicos de inmunidad, es decir inmunodeficiencias (Rivero, 1989).

## **FACTORES PSICOSOCIALES Y SISTEMA INMUNE**

El estudio de la relación entre el sistema inmune y los factores psicosociales se ha centrado, especialmente, en verificar hasta qué punto el sistema inmune está sujeto a la influencia psicosocial (Alarcón y Vera, 1994).

Por factores psicosociales se entienden todas aquellas situaciones que involucran un cambio o una manipulación en el medio ambiente físico o social del organismo, como, por ejemplo, el frío o el aislamiento (Simón y Miñarro, 1990).

La antigua idea de que los factores psicosociales pueden producir enfermedades originó numerosos y fructíferos modelos de estrés (Moss, 1993; Ader 1981). En ellos el interés se centra en la relación observada entre el estrés y la enfermedad.

En estudios con animales, existe considerable evidencia respecto a la relación entre los factores psicosociales del estrés y la aparición de ciertas enfermedades. Por ejemplo, la experiencia estresante de una descarga eléctrica incontrolable e impredecible se relaciona consistentemente con la aparición de úlceras gástricas (Seligman, 1975).

En humanos se ha encontrado correlación entre ciertos factores psicosociales estresantes y la sus-



ceptibilidad a ciertas enfermedades e infecciones y/o a la recuperación de ella. Por ejemplo, la muerte de un familiar tiene una ubicación alta en la escala de eventos estresantes y ha sido asociado con depresión y con un incremento en la morbilidad y en la mortalidad por ciertas enfermedades (Mor, McHorney y Sherwood, 1996).

Paralelamente se desarrolló un creciente interés en la posibilidad de una mediación inmunológica entre los factores psicosociales estresantes y el desarrollo de las enfermedades.

En relación al cáncer, la literatura sugiere que el enfrentamiento a eventos psicosociales aversivos deprime la respuesta del sistema inmunitario (Blanck, 1990) frente a células cancerosas o agentes cancerígenos latentes o genéticos. Esto contribuiría, a eventualmente, a la aparición y el curso de la enfermedad (Bayés, 1991).

En estudios con animales, por ejemplo, se ha intentado determinar el cambio en la respuesta inmune frente a eventos estresantes como la experiencia de separación madre-camada (Laudenslager, Reite, Harbeck, 1982). Los cambios encontrados en la reactividad inmunológica incluyen un decremento en los niveles proteicos complementarios, en la función macrófaga y en la respuesta del anticuerpo Inmunoglobulina tipo G (IgG).

Estudios con humanos, indican que hombres y mujeres viudos tienen una respuesta linfoproliferativa menor frente a la estimulación inmunogénica después de la muerte de su cónyuge (Bartrop, Luckurst, Lazarus, Kiloh y Pennys, 1997). También se ha encontrado que presentan una menor actividad de las células asesinas espontáneas (NK) (Irwin, Daniels, Smith, Blom y Weiner, 1987).

En estudiantes de medicina, se han encontrado empeoramientos transitorios en varios parámetros de la función inmune, durante los períodos de examen. Estos empeoramientos incluyen, un decremento en la responsividad frente a los inmunógenos, un decremento en el porcentaje de linfocitos T, y un incremento de los autorreportes de síntomas de enfermedades infecciosas (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Glaser, Lafuse, Bonneau, Atkinson, Kiecolt-Glaser, 1993).

Por otra parte se ha observado un funcionamiento inmune deficiente en mujeres durante el primer año o menos de separación. La mantención de algún tipo de contacto con la ex-pareja se asocia,

también, con un déficit inmunológico (Kiecolt-Glaser, Fisher, Ogrocki, Stout, Speicher y Glaser, 1987). Datos similares se obtienen con hombres de la misma situación (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988).

El curso de la infección por VIH-1 también muestra una posible modulación psicológica que si bien no ha sido totalmente establecida, tiene potenciales implicaciones clínicas que han estimulado la investigación (Borrás, 1994 a).

La calidad de la relación de pareja y el cuidar a un amigo o familiar con una enfermedad de tipo crónico o severo como el cáncer, el Alzheimer y el SIDA, son situaciones que también modulan el funcionamiento inmune. Datos que provienen de estudios al respecto, sugieren que la adaptación requerida conlleva una continua baja del sistema inmune (Ligh y Lebowitz, 1988).

## ESTUDIOS DE CONDICIONAMIENTO.

Los estudios que han trabajado con los conceptos provenientes de las teorías de aprendizaje, incluyen el paradigma operante y el de asociación clásica.

Los estudios desarrollados bajo el paradigma operante incluyen los trabajos sobre Desamparo Aprendido (DA). Este modelo intenta verificar cambios en la reactividad inmune a partir de la exposición a diferentes condiciones experimentales (Ader, Felten y Cohen 1990; Betancourt, 1990; Campos, 1991), manteniendo constante los elementos físicos y nocivos del evento incondicionado, y su característica de incontrolabilidad.

Se manipula, en cambio, la posibilidad, de predecir el evento incondicionado (EI). (Ader, Felten y Cohen, 1990). Las ratas sometidas a DA, inducida experimentalmente mediante la aplicación de choques eléctricos incontrolables e impredecibles, presentan un déficit inmunológico en relación a las de control (Betancourt, 1990). Sin embargo, la supresión producida no es crónica, sino que tiene un período crítico de 72 horas después del cual decrece, posiblemente por la "tendencia de los organismos a mantener su equilibrio biológico" (Campos 1991).

Es importante destacar dos aspectos de los trabajos de DA:

- a) Primero, entregan evidencia experimental que apoya la inmunomodulación por eventos incontrolables e impredecibles.
- b) Segundo, permiten la posibilidad de explicar los cambios en la responsabilidad del sistema inmune bajo principios del aprendizaje conductual pres-



cindiendo de la influencia de fármacos inmunomoduladores.

## APRENDIZAJE ASOCIATIVO.

Históricamente, los estudios soviéticos fueron los pioneros en el estudio de la inmunidad condicionada bajo el paradigma clásico. Estos son considerados preliminares en el sentido de implicar al Sistema Nervioso Central (SNC) en la regulación del Sistema Inmune (Borrás, 1994 b). Posteriormente una observación azarosa, hecha por Ader y Cohen (1975), dio inicio a nuevas investigaciones respecto al condicionamiento inmune (Ader, 1981).

El hecho accidental se dio en un condicionamiento apetitivo-aversivo, donde muchos de los sujetos experimentales murieron después de presentarles un EC (solución de sacarina), previamente aparejado con un fármaco como evento incondicionado (EI). Este fármaco, llamado Ciclofosfamida (CY), tenía un efecto inmunosupresor, por lo que los autores hipotetizaron la posibilidad de una inmunosupresión condicionada frente al EC. "Si los animales condicionados a los cuales se les presentaba la sacarina cada dos días en un período de dos meses, respondían a este estímulo condicionado empeorándose inmunológicamente, entonces ellos serían más vulnerables a la exposición de agentes patógenos existentes en el medio" (Ader y Cohen 1975, pág. 333). Esto se fue confirmando en la contrastación empírica, donde se utilizó un protocolo de aversión al sabor de algunas modificaciones, de manera de controlar el condicionamiento inmunológico. Los animales tratados con placebo mostraron la mayor cantidad de anticuerpos, mientras que los animales a los cuales se les administró CY después de la inyección del antígeno, tuvieron la mayor inmunosupresión.

Al año siguiente, un grupo de investigadores replicó el experimento anterior y sus resultados fueron fundamentalmente iguales (Rogers, Reich, Strom y Carpenter, 1976). La principal diferencia fue que estos autores observaron un incremento en la inmunosupresión, después de dos exposiciones al EC, no siendo suficiente una sola exposición. Esto lo justifican por el tipo de prueba utilizada en la determinación de anticuerpos. Los datos de ambas investigaciones se han tomado como evidencia de la supresión de la reactividad inmune condicionada conductualmente (Ader, Felten y Cohen, 1990).

En diseños de investigación como los anteriores, la inmunosupresión se ha relacionado con incrementos en la mortalidad de los sujetos experimentales. Sin embargo, en un plano terapéutico la

inmunosupresión condicionada podría constituir la base para el tratamiento de enfermedades autoinmunes o de trasplantes de órganos. En el primer caso, el sistema inmunitario se activa y ataca los propios tejidos corporales, no siendo capaz de discriminar entre lo propio y lo ajeno. En el segundo caso, la activación inmune se da frente a los antígenos del órgano trasplantado, lo cual puede ocasionar la muerte (Ader, 1981). Una aplicación terapéutica de la inmunosupresión condicionada es la realizada por Ader y Cohen (1982), en ratas con "lupus", una enfermedad autoinmune. Los autores encontraron que aquellas que recibían condicionamiento de inmunosupresión con CY tenían mayor sobrevivencia que aquellas de los grupos sin condicionamiento y placebo.

En otros casos, lo que se requiere en términos terapéuticos es una inmunoactivación. Ghanta, Hiramoto, Solvason y Spector, (1985), implantaron a un grupo de ratas con dos tipos de tumores y las sometieron a un condicionamiento con olor a alcanfor y ácido polinosínico policitídico (Poly I:C, una sustancia que aumenta la actividad de los linfocitos NK). Se midió la rapidez de crecimiento del tumor y el tiempo de sobrevivencia de los animales. El grupo experimental, presentó una mayor actividad de los linfocitos NK frente al olor a alcanfor. Este condicionamiento implicó una demora en el crecimiento de ambos tumores y un aumento en la sobrevivencia de los animales.

El aumento condicionado de la actividad de los NK, también ha sido confirmado en los estudios con humanos. Buske-Kirschbaum, Stierle, Lehnert y Hellhammer, (1992) utilizaron epinefrina como estímulo incondicionado y un refresco dulce como estímulo condicionado. Los resultados mostraron, una vez más, que los NK responden sensiblemente a las influencias conductuales y que el sistema nervioso central participa en la modulación del funcionamiento de este índice inmunológico.

El factor común de los estudios de condicionamiento, mencionados anteriormente, es el hecho de que el modulador de la respuesta inmunitaria ha sido un fármaco. Es decir, un evento incondicionado que puede ser inmunosupresor o inmunoactivador.

Gorczynski, Macrae y Kennedy (1982), en cambio, condicionaron un grupo de ratas frente a un falso-injerto de piel (EC), sin utilización de fármacos. Como EI se utilizó un antígeno, el cual provoca un aumento en la subpoblación de linfocitos T citotóxicos precursores (CTLp). Los resultados indicaron que solo los sujetos condi-



cionados (EC + EI), aumentaban su respuesta inmune específica, frente al falso-injerto. Más aún, cuando, posteriormente, se dividió el grupo condicionado y se le sometió independientemente a

sesiones de extinción y de reforsamiento, se encontró que las respuesta inmune eran acordes a este post-entrenamiento.

## CONDICIONAMIENTO Y SISTEMA INMUNE.

EC	EI	RESPUESTA
SOLUCION DE SACARINA	CILIFOSFAMIDA	INMUNOSUPRESION (ADER Y COHEN, 1975)
OLOR A ALCANFOR	ACIDO POLINOSINICO POLICITIDILICO (POLI I:C)	INMUNOACTIVACION (GANTHA, HIRAMOTO, SALVANSON Y SPECTOR 1985)
FALSO INJERTO	ANTIGENO	INMUNOACTIVACION (GORCZYNSKI, MACRAE Y KENNEDY, 1982)
TONO / LUZ	DESCARGA ELECTRICA	INMUNOSUPRESION (LYSLE, CUNNICK, FOWLER Y RABIN, 1988)

Cuadro Nº 1.

La secreción de histamina, sustancia relacionada con las alergias, también se considera un indicador de la activación condicionada del sistema inmune. En un estudio se inyectó un antígeno que produce secreción de histamina y se pareó, excitatoriamente, con un olor a sulfato (EC+) e, inhibitoriamente, con olor a pescado (EC-). En el testeo, los niveles de histamina en el plasma sanguíneo de los animales expuestos al EC+, eran significativamente superiores a los de los animales expuestos a EC- (Russell, Dark, Cummins, Ellman, Callaway y Peeke, 1984).

Lysle, Cunnick, Fowler y Robin, (1988), utilizan un choque eléctrico EI. Es decir el EI no es ni un fármaco, ni ninguna sustancia antigénica, que de modo directo actúe sobre el sistema inmune. Se expuso a un grupo de ratas a un condicionamiento aversivo, en el cual se utilizaron como eventos condicionados una luz y un sonido. Los resultados indicaron que al presentar el evento previamente pareado con la descarga eléctrica (EC+) se produce una reacción de inmunosupresión. En cambio, el grupo control no presentó inmunosupresión frente al evento condicionado no asociado a la descarga (EC-). En virtud de esto, los autores incluyen que el evento condicionado excitatorio (EC) es un "estresor psicológico" que, en si mismo puede alterar la función inmune.

Estos diferentes estudios de condicionamiento sugieren una base asociativa en la modulación del sistema inmune frente a distintos EC. La posibilidad de modular el sistema inmune en función de su capacidad predictiva, excitadora o inhibitoria, tiene ciertas implicaciones clínicas. Por ejemplo, frente a situaciones aversivas que afectan el sistema inmune (EC+), una posible terapia, podría relacionarse con señales o predictores confiables de la no ocurrencia del evento aversivo (EC-).

Por último, en un estudio realizado por los autores se sometió a un grupo de ratas a un tono asociado con la presencia de una descarga eléctrica y a una luz asociada con la ausencia de la descarga eléctrica. Durante el testeo se presentaron estos eventos condicionados simultáneamente y por separado y se midieron los cambios a nivel fisiológico relacionados con cambios inmunitarios.

Los resultados de esta investigación sugieren la posibilidad que efectivamente se logre un cambio a nivel inmunitario a partir de la manipulación simultánea de eventos con características predictivas opuestas. Esto implicaría que el propio organismo al enfrentarse a una situación inmunosupresiva (evento condicionado excitatorio EC+) pueda ocupar una clave inhibitoria (evento condicionado inhibitorio EC-) y lograr disminuir así, el efecto inmunosupresor (Campos, Alarcón y Vera, 1993; Alarcón y Vera 1994).



De acuerdo a la evidencia actual se sugiere una interacción bidireccional entre el Sistema Inmune y el cerebro. En este sentido los factores psicosociales tendrían una vía de comunicación con el Sistema Inmune a través del Sistema Nervioso Central. La posibilidad de conocimiento nos entrega entonces una promesa en términos de comprensión de la salud y la enfermedad. Sin embargo, se requiere precaución en la interpretación de los resultados al hacer afirmaciones como "el estrés suprime (o activa) la función inmune", cuando sólo se ha medido un aspecto de la inmunidad. Así por ejemplo, cuando se estudia el estrés en relación al sistema inmune, se debe considerar las múltiples respuestas inmunes que el estrés puede alterar, los diferentes factores estresantes que pueden alterar la misma respuesta inmune, las distintas vías y mecanismos que pueden ocupar estas variables y el tiempo en que se realiza la medición inmunitaria. La importancia relativa de estos lazos, su complejidad y alcance requiere aún mayor investigación para permitirnos por una parte, conclusiones específicas respecto a las relaciones existentes y, por otra parte, conclusiones generales respecto a los principios que gobiernan su funcionamiento.

#### Implicaciones Clínicas :

La posibilidad de que distintos eventos "psicosociales" sean capaces de modular la bioquímica de nuestro organismo, y de que éste pueda ser condicionado, adquiere una gran importancia en el ámbito clínico. Esta se refiere a la posibilidad de condicionar al huésped, tanto para aumentar como para disminuir la actividad inmunitaria, como parte de un tratamiento contra una enfermedad.

De esta forma es necesario resaltar la importancia de los procesos básicos en psicología y en especial en los aportes de la Psicología del Aprendizaje que como se observó dio origen a esta nueva disciplina. Así mismo, se hace imperante seguir investigando en los laboratorios para luego aplicarlos a situaciones prácticas. Así por ejemplo, queda por integrar adecuados programas de reforzamiento a la hora de aplicar fármacos por largos períodos, de modo de evitar por ejemplo procesos como extinción y habituación. De la misma forma aplicar los tratamientos farmacológicos en diferentes situaciones evitando el condicionamiento a las claves contextuales que pudieran actuar en contra del organismo. Por último si se logra condicionar efectivamente la respuesta inmunológica en los pacientes a diferentes eventos se podría idealmente disminuir los efectos

secundarios a los fármacos sin olvidar las implicaciones prácticas de tipo económico (Vera, 1996).

Creemos necesario, en este punto, destacar que estas posibilidades de tratamiento psicoterapéutico junto con los de tipo farmacológico dejan atrás el dualismo cartesiano con el que se aborda hace algunas décadas la enfermedad.

Las ciencias médicas y biológicas han avanzado notablemente en el análisis, identificación y descubrimiento de los diferentes microorganismos que afectan al ser humano. Sin embargo, el que una persona se mantenga sana o enferma, no sólo depende de las características de este agente nocivo, sino también de la vulnerabilidad de esa persona en particular. En este sentido, se hace vigente el debate entre Pasteur y Bernard, en el cual el primero enfatizaba la importancia de los gérmenes y el segundo planteaba que "la semilla no es nada; el terreno lo es todo". Sin embargo, debido a que creemos que este debate perpetúa la distinción cartesiana, es importante señalar que ambos factores tienen una importancia relativa, siendo "el terreno" un factor que sólo se ha tomado en cuenta en las últimas décadas y que debe, por tanto, ser explorado y desarrollado sin tardanza en los próximos años, especialmente por los psicólogos.

#### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ader, R. (Ed.). (1981). *Psychoneuro immunology*. New York: Academic Press.
- 2.- Ader, R. y Cohen, N. (1975). Behaviorally Conditioned Immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333 - 340.
- 3.- Ader, R. y Cohen, N. (1982). Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science*, 215, 1534 - 1536.
- 4.- Ader, R., Felten, D. y Cohen, N. (1990). Interactions between the brain and the immune system. *Annual Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 30, 561 - 602.
- 5.- Alarcón, S. y Vera, P. (1994). *Inmunomodulación por Aprendizaje Asociativo*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Central, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Santiago, Chile.
- 6.- Bartrop, R. W.; Luckurst, E.; Lazarus, Y.; Kiloh, L. G. y Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 1, 834 - 836.



- 7.- Bayés., R. (1991). *Psicología Oncológica*. España: Ed. Martínez Roca.
- 8.- Betancourt, S. R. (1990). Relación entre Desamparo y Respuestas inmunológicas entre ratas albinas. *Psicología y Ciencias Humanas*, 3, 17 - 21.
- 9.- Blanck, G. (1990). La psiconeuroinmunología y su perspectiva conductual. *Aprendizaje y comportamiento*, 8, 61 - 70.
- 10.- Bernard, L.; Krupat, E. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial Factors in Health and Illness*. De Harcourt Brace College Publishers. U.S.A.
- 11.- Borás, X (1994 a). Sida: Aportaciones desde la Psiconeuroinmunología. *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 47 (2) 225-229.
- 12.- Borrás, X (1994 b). Condicionamiento Clásico de las Respuestas Inmunológicas. *Rev. de Psicología General y Aplicada* 47 (4) 429 - 439.
- 13.- Buske-Kirschbaum, A.; Kirschbaum, C.; Stierle, H.; Lehnert, H. y Hellhammer, D. (1993). Conditioned Increase of Natural Killer Cell Activity in Humans. *Psychosomatic Medicine*, 54, 123 -132.
- 14.- Campos, M. A. (1991). Variaciones temporales de la respuesta inmunitaria producto de experiencias impredecibles e incontrolables. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad Central, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Santiago, Chile.
- 15.- Campos, M. A.; Alarcón, S.; Vera, P. (1993). Estrategias para el aumento de la competencia inmunitaria. Investigación presentada en el XXIV Congreso Latinoamericano de Psicología; Santiago, Chile.
- 16.- Donker, F. (1991). *Medicina Conductual y Psicología de la Salud*. En Buela Casal, G y Caballo V.E. (comp.), *Manual de Psicología Clínica* (pág. 3 - 14). Siglo XXI. Madrid.
- 17.- Ghanta, V. K.; Hiramoto, R. N.; Solvason, H. B., Solvason, H. B. y Spector, N. H. (1985). Neural and environmental influences on neoplasia and conditioning of N.K. activity. *Journal of Immunology*, 135, 848-852.
- 18.- Goodman, J. (1993). La Respuesta Inmunitaria. En Stites, D. y Terr, A. (Eds), *Inmunología Básica y Clínica*. (35 - 46). México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- 19.- Gorczynski, R. M.; Macrae, S. y Kennedy, M. (1982). Conditioned immune response associated with allogeneic skin grafts in mice. *Journal of Immunology*, 129, 704 - 709.
- 20.- Guyton, A. (1979). *Tratado de Fisiología médica*. Ed. Interamericana. México.
- 21.- Irwin, M.; Daniels, M.; Smith, T. L.; Bloom, E. y Weiner, H. (1987). Impaired Natural Killer cell activity during bereavement. *Brain, Behavior and Immunity*, 1, 98 - 104.
- 22.- Kiecolt-Glaser, J.; Fisher, L.; Ogrocki, P.; Stout, J.; Speicher, C. y Glaser, R. (1987). Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function. *Psychosomatic Medicine*, 49, 13 - 34.
- 23.- Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1988). Psychological Influences on Immunity. *American Psychologist*, 43, 892 - 898.
- 24.- Glaser, R.; Lafuse, W.; Bonneau, R.; Atkinson, C.; Kiecolt - Glaser, J. (1993). Stress-Associated Modulation of Proto-oncogene Expression in Human Peripheral Blood Leukocytes. *Behavioral Neuroscience*, 107, 525 - 529.
- 25.- Kamani, N. y Douglas, S. (1993). Estructura y Desarrollo del Sistema Inmunitario. En Stites, D. y Terr, A. (Eds), *Inmunología Básica y Clínica*. (9 - 34). México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- 26.- Laudenslager, M. L.; Reite, M. y Harbeck, R. J. (1982). Suppressed immune response in infant monkeys associated with maternal separation. *Behav. Neural Biol.*, 36, 40 - 48.
- 27.- Light, E. y Lebowitz, B. (Eds.). (1988). *Alzheimer's disease treatment and family Stress : Directions for research*. Washington, DC: National Institute of Mental Health. U.S. Government Printing Office.
- 28.- Lysle, D. T.; Cunnick, J.; Fowler, H. y Rabin, B. (1988). Pavlovian Conditioning of Shock-Induce suppression of lymphocyte reactivity; acquisition, extinction, and preexposure effects. *Life Sciences*, 42, 2185 -2194.

- 29.- Maier, S.; Watkins, L. y Fleshner (1994). Psychoneuroimmunology : The interfase between behavior, brain and immunity. *American Psychologist*, 49, 12, 1004 - 1017.
- 30.- Meléndez, M. (1987). El Sistema Inmune Normal. *Series Clínicas*, 6, 13 - 32.
- 31.- Miller, N. (1983). Behavioral Medicine : Symbiosis Between Laboratory and Clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1 - 31.
- 32.- Mor, V.; McHorney, C. y Sherwood, S. (1986). Secondary Morbidity among the recently bereaved. *Ann. J. Psychiatry*, 143, 158 - 163.
- 33.- Moss, G. E. (1973). Illness, Immunity & Social Interaction : The dynamics of Biosocial Resonance. New York: John Wiley & Sons Inc.
- 34.- Rivero, S. (1989). Inmunoterapia: bases y conceptos. *Series Clínicas*, 8, 88 - 95.
- 35.- Rogers, M.; Reich, P.; Strom, T. y Carpenter, C. (1976). Behaviorally Conditioned Immunosuppression: Replication of a Recent Study. *Psychosomatic Medicine*, 38, 447 - 451.
- 36.- Russell, M.; Dark, K.; Cummins, R.; Ellman, G.; Callaway, E. y Peeke, H. (1984). Learned Histamine Release. *Science*, 225, 733 - 734.
- 37.- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman Ed.
- 38.- Shelley E. Taylor (1991). *Health Psychology*. Mc Graw-Hill Ed.
- 39.- Simón V. y Miñarro J. (1990). Estrés. En Mayor, J. y Pinillos, J.L. (Eds). (1990). *Motivación y emoción*. Ed. Alhambra. Madrid.
- 40.- Vera, P (1996). La Psiconeuroinmunología: un nuevo aporte de la psicología científica. Ponencia presentada en el IX Congreso Latinoamericano de Análisis y Modificación del Comportamiento (ALAMOC). Valparaíso, Chile.
- 41.- Weissman, Y. y Cooper, M. (1993). Formación y Desarrollo del Sistema Inm. *Investigación y Ciencia*, 206, 18 - 25.



# CIRCULARIDAD Y REFLEXIVIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS EN TERAPIA SISTÉMICA \*

25

Guido Demicheli M. \*\*

## RESUMEN

La primera parte de este trabajo revisa el concepto de "circularidad" introducido al campo de la Terapia Familiar por el Grupo de Milán en 1980, y las llamadas "preguntas circulares" (Penn, 1982) como una de sus herramientas técnicas derivadas. Se señalan algunas potencialidades de este recurso como un instrumento de indagación y cambio en Terapia Familiar Sistémica. Se hacen también algunas precisiones de orden lógico respecto de esta tipología y se presenta una descripción más acabada en relación al concepto original de "circularidad" (Bateson, 1951) y su uso aplicado en terapia.

La segunda parte, trata el concepto de "reflexividad" empleado por Pearce y Cronen en su teoría CMM de comunicación (1980), e incorporado por Tomm (1987) al campo de la Terapia Familiar a través de las llamadas "preguntas reflexivas" y se presenta el "bosquejo de transformaciones" para los cambios narrativos en Terapia Familiar propuesto por Sluzki (1992), como un modelo compatible con las nociones antes referidas.

Finalmente, se presentan comentarios acerca de 1) los vínculos entre "reflexividad" y cambio terapéutico considerando sus potencialidades de investigación y, 2) las implicancias de considerar el encuentro terapéutico como un espacio esencialmente conversacional.

## ABSTRACT

*The first part of this paper reviews the concept of "circularity" introduced by the Milan Team in 1980, in the family Therapy field, and its technical expression, the so called "circular questions" (Penn, 1982). The power of these questions, as an instrument for enquiry and change in Systemic Family Therapy is analyzed. In addition Penn typology of circular questions is discussed regarding logical order issues, in such a way as to propose a more precise relationship between the original concept of circularity (Bateson, 1951) and its technical usage.*

*The second part refers to "reflexivity", as used by Pearce & Cronen in their CMM Communication Theory (1980) and introduced by Tomm (1987) into the Family Therapy field through the so called "reflexive questions" concept proposed by Sluzki (1992) for narrative changes in Systemic Therapy is presented as a model compatible with the notions referred above.*

*Finally, some comments are made on 1) the linkages between "reflexivity" and therapeutic change regarding their research potentialities, and 2) the implications of considering the therapeutic encounter as an essentially conversational space.*

\* Versión ampliada de la Ponencia del mismo nombre presentada en el 4º Congreso Europeo de Psicología, Atenas, Grecia, 1995.

\*\* Psicólogo, Master en Comunicación Social, Profesor Titular, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.



En 1980, el Equipo de Milán (Selvini - Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata), publicó el ahora célebre artículo "Hipotetización - Circularidad - Neutralidad: tres guías básicas para el conductor de la sesión", trabajo que no sólo representó un cambio radical en el modo en que ellos mismos habían venido desarrollando su quehacer terapéutico con familias hasta entonces, sino que abrió nuevos caminos y resultó estimulante para el campo mismo de la Terapia Familiar Sistémica, muy adscrita a los lineamientos generales provenientes de los grupos de trabajo e investigación norteamericanos.

Brevemente, podría decirse que fueron dos los hechos que influyeron más significativamente en el Equipo de Milán lo que derivará hacia los planteamientos contenidos en "Hipotetización - Circularidad - Neutralidad ...". En primer lugar, la lectura, directamente en inglés, de los escritos de Bateson en "Pasos hacia una ecología de la mente" y el hecho que de manera frecuente, tanto los alumnos a los que ellos estaban formando como terapeutas familiares, como otros profesionales que les escribían, se mostraban claramente interesados en la conducta concreta que ellos tenían durante las sesiones y en conocer qué los había llevado a hacer tal o cual intervención o a realizarla de cierta manera y no de otra.

A inicios de los '70, el Equipo de Milán había conocido la obra de Bateson de manera indirecta, a través de las investigaciones en comunicación del Grupo de Palo Alto y del modelo Estratégico de Terapia Familiar desarrollado más tarde en el Mental Research Institute (M.R.I.) de California por Watzlawick, Weakland, Fisch y otros investigadores.

Siguiendo el modelo M.R.I., el Equipo de Milán se centraba más en detectar puntos en la historia o narración familiar a través de los cuales poder introducir más tarde una efectiva "prescripción" y, en concordancia con este objetivo, dedicaba más atención a la discusión dentro del equipo mismo, que a la conversación con los consultantes.

Los dos factores antes descritos, confluyen en el trabajo del equipo de Milán, afectándolo de manera significativa: 1) descubren en Bateson el concepto de "circularidad" y, 2) lo conectan con su propia manera de conducir la sesión a partir de las interrogantes planteadas por quienes les han observado trabajar.

Ya en 1951, Bateson sostuvo que los procesos de percepción humana operan basados en diferencias que se presentan entre los objetos mismos o entre los objetos y quien los percibe. Y afirmó, en consecuencia, que el conocimiento de hechos externos deriva siempre de una relación. Siguiendo a Bateson, Selvini - Palazzoli et al. (1980), postularon que sólo era posible obtener auténtica información trabajando de manera deliberada en base a dos principios fundamentales: 1) la información es una diferencia y, 2) la diferencia es una relación, o una diferencia en la relación. Luego, ellos enlazaron estas nociones con su trabajo clínico y definieron "circularidad" como la capacidad del terapeuta para conducir su indagación acerca del problema familiar, prestando atención a, y basándose en, el proceso de feedback que se genera cuando la familia consultante responde las preguntas del terapeuta acerca de sus relaciones, y por lo tanto, acerca de procesos de diferencia y cambio (pág. 8).

La idea subyacente que ingresará al campo de la Terapia Sistémica es que si el entrevistador no obtiene información, no tiene nada; para ello debe ser capaz de establecer diferencias, las que a su vez, sólo pueden surgir a partir de relaciones. Esta conceptualización de "circularidad" hecha por el Equipo de Milán, a partir de los escritos de Bateson, tiene dos implicaciones significativas:

1) desde un punto de vista teórico-técnico, la idea de información como diferencia y relación, es llevada a la práctica por el Equipo de Milán mediante el desarrollo de una modalidad triádica de exploración de las relaciones familiares; esto es, el entrevistador pregunta a un miembro de la familia en presencia de otros dos, acerca de la relación entre aquellos. Esta forma de indagar, empuja a la persona inquirida a dar siempre una respuesta relacional (lo cual cumple con el principio: información es una diferencia, que es una relación) y, 2) desde un punto de vista ético-epistemológico, la focalización en el terapeuta, su capacidad de percatarse del proceso de feedback y su habilidad para incorporarse a él, al mismo tiempo que responder como un comunicante adaptativo al flujo de intercambios (esto es, colocando su parte para que siga siendo viable el propósito de ayudar a los consultantes a encontrar versiones alternativas plausibles y más favorables para su historia), cambia en un nivel que va más allá de lo técnico (como suele referírsele restringidamente), la concepción general acerca del proceso terapéutico mismo. Este cambio -y por supuesto otros más- se verán reflejados y materializados más tarde en las llamadas terapias de segundo orden (Hoffman, 1985), las



aplicaciones de la perspectiva construccionista (Fruggeri, 1992) y los modelos conversacionales basados en el lenguaje y la narrativa (Anderson & Goolishian, 1988; Sluzki 1992).

Por otra parte, a partir del trabajo de Selvini - Palazolli et. al de 1980, Penn (1982) propuso el llamado "Interrogatorio Circular" y nueve categorías componentes. Estas señalan puntos de intersección donde se conectan el consultor, el motivo de consulta y los consultores, como parte de un proceso compartido. Sin embargo, y al mismo tiempo, si se le quieren ver agrupadas al modo en que lo plantea Penn, se puede observar que dichas categorías corresponden a distintos niveles lógicos y constituyen -más allá de la utilidad de cada una de ellas- un conjunto poco coherente. Por ejemplo, la información verbal y analógica (categoría 1), la definición del problema (categoría 2), las alianzas en el presente (categoría 3), y las comparaciones entre subsistemas (categoría 8) son, sin duda, áreas posibles, necesarias y hasta imprescindibles de explorar en la conversación terapéutica, pero dichas categorías o "variadas formas de patterns que conectan" como las refirió Penn (1982), haciendo alusión a Bateson, claramente no son categorías de preguntas en sí mismas, ni remiten a algún tipo particular de ellas (o de preguntar).

Las preguntas de clasificación y comparación (categoría 5), de acuerdo (categoría 6), una secuencia diferente (categoría 4), el "chismoseo" en presencia de otros (categoría 8) y las preguntas de explicación (categoría 9), en cambio, parecen más referidas a formas interrogativas propiamente tales. Son de utilidad para conocer cómo han ido cambiando, a través del tiempo, las distancias, los afectos y, en última instancia, las relaciones mismas (tanto cuantitativa como cualitativamente) al interior de la familia. También son útiles para que el terapeuta se forme un mapa acerca de las áreas de acuerdos y desacuerdos existentes en la familia y de quienes forman parte de ellas, así como de las eventuales explicaciones comunes o de diseño que existen entre los familiares.

Dado que las categorías propuestas por Penn (1982), incluidas las que aquí se han considerado "preguntas propiamente tales", están planteadas como puntos de entrada para ingresar y moverse dentro del arco que viene desde el pasado al presente o que va desde el presente al pasado, ellas no tienen una orientación deliberadamente interventiva en simultaneidad con su sentido indagador, sino que están más bien orientadas a este último propósito. Primordialmente, el terapeuta

las realiza para orientarse él mismo, en relación a la historia y las situaciones en que ha surgido el problema de los consultores. Al mismo tiempo, dado los referentes epistemológicos de "circularidad" en que están basadas, quien las emplea opera buscando la posible conexión entre los distintos eventos que conforman la historia. Lo anterior no significa que estas preguntas no tengan ningún eventual efecto "interventivo". Como bien se sabe, cualquier cosa dicha/comunicada en el ámbito de la conversación terapéutica, difícilmente no tendrá efectos. La actividad exploratoria por el terapeuta mediante este tipo de preguntas puede permitir que cada consultante haga a la vez sus propias conexiones y se percate -en alguna medida- de ciertos patrones interactivos en los que puede estar participando, haciéndole asumir, por ejemplo, un comportamiento más activo respecto de los mismos, a partir de entonces.

En conjunto, las nueve categorías propuestas por Penn (1982), representan -en uno u otro modo- extensiones de lo que Palazolli et al. (1980), señalaron en su ahora célebre artículo, como "valiosas formas de solicitar información" (pág. 9). Al mismo tiempo, hay una diferencia no trivial entre el modo en que Penn (1982) emplea la noción de "circularidad" como parte de su "Interrogatorio Circular" (donde el propósito es establecer el punto exacto en que las alianzas familiares cambiaron y la consecuente adaptación llegó a ser problemática) y el sentido dado a este mismo concepto por el Grupo de Milán (al que se le alude como una capacidad del terapeuta para hacer preguntas prestando atención y considerando, en sus siguientes pasos, las reacciones verbales y no-verbales que los consultantes van teniendo frente a sus preguntas).

La modalidad triádica de preguntar, desarrollada por el Grupo de Milán como una forma de requerir información para obtener respuestas relacionadas, focaliza la conversación terapéutica en conductas, interacciones, cambios, diferencias y situaciones específicas. Este tipo de diálogo se configura entonces como una herramienta en sí misma, más allá de cualquier eventual intervención específicamente planteada (con un determinado propósito) y/o dirigida (en una determinada dirección).

## REFLEXIVIDAD EN LOS PROCESOS DE COMUNICACIÓN

Los seres humanos establecemos de manera paulatina y cotidiana ciertos modos de convivencia que se manifiestan en el dominio del lenguaje. Es este dicho espacio operativo, propiamente humano, donde tienen lugar aquellos procesos más estrechamente



ligados con el sentimiento (individual) y el sentido (colectivo) de apoyo emocional, coherencia cognitiva e identidad social, condicionantes significativas de nuestros estados de bienestar o disconfort psicológico.

En este sentido, la psicoterapia puede ser concebida como una actividad conversacional que -merced al lenguaje- permite que se generen nuevos significados (Goolishian & Winderman, 1988) o como una transformación de las narrativas asociadas a ciertas historias problemáticas (Sluzki, 1992).

Las preclaras ideas de Bateson, de que los procesos "mentales" son sociales (1979) y que la comunicación es la matriz de dichos procesos (1951), permiten establecer una relación de continuidad para la segunda parte de este trabajo.

Hofstadter (1979) describió que hay "reflexividad" cuando "... moviéndonos hacia arriba (o hacia abajo) a través de los niveles de algún sistema jerárquico, de pronto nos encontramos de vuelta donde habíamos comenzado" (p. 10).

La teoría CMM de Pearce & Cronen (1980) afirma que la "reflexividad" es una condición inherente a la comunicación humana y que en los procesos comunicativos no hay significados establecidos a priori, sino que éstos resultan de los intercambios y la interacción misma en que las personas participan. En tal sentido, la comunicación no sería un vehículo para describir la realidad externa, sino más bien un proceso mediante el cual los participantes "van creando" realidades sociales.

De allí que, la "reflexividad" pueda ser considerada un principio rector para el entendimiento de la psicoterapia como un proceso de ayuda, consensualmente acordado entre consultor y consultantes, al que ambas partes contribuyen aportando información que les permita ir co-creando explicaciones, versiones plausibles e historias alternativas, que ayuden más que a re-solver, a di-solver (Anderson) y el problema y el dolor contenidos en la historia previa.

Basándose en Bateson y E.T. Hall, Pearce y Cronen (1980) postulan un modelo jerárquico de seis niveles de significación para explicar los procesos (reflexivos) de comunicación humana (patrones culturales-guiones de vida-relación-episodios-actos de habla-contenido), señalando que hay *transitividad* entre los niveles y que las relaciones entre ellos son circulares y reflexivas. Por lo tanto, esta jerarquía no es una simple organización vertical, sino un circuito-referencial.

La teoría CMM describe dos tipos de reglas (regulativas y constitutivas) operando en los procesos mediante las cuales los significados se constituyen, emergen, son manejados y cambian en la comunicación humana. Las primeras, son reglas vinculadas a la acción, que delimitan el grado en que ciertas conductas deben ser propiciadas o evitadas bajo ciertas condiciones situacionales. Las segundas, están ligadas al proceso de atribuir *significados* a una conducta, afirmación, evento, o relación particular.

Al mismo tiempo, la teoría CMM describe también dos tipos de fuerzas (contextual e implicativa), la primera de las cuales opera desde un nivel "más alto" hacia otro "más bajo" en la jerarquía, determinando los significados de éste último; la segunda de estas fuerzas opera desde "abajo" hacia "arriba" y puede llegar a exceder o sobrepasar la fuerza contextual proveniente desde arriba, en cuyo caso pasará a convertirse en contexto para el nivel "superior", pudiendo modificar de manera sustancial, a partir de entonces, los significados de ese nivel. Esta situación hace emerger nuevas reglas constitutivas, al mismo tiempo que altera las reglas regulativas prevalecientes.

Desde cualquiera de los niveles de significación antes señalados se pueden establecer procesos reflexivos a partir de los intercambios comunicativos que hagan las personas, con las fuerzas implicativas y contextuales operando recursivamente y haciendo aparecer/desaparecer ciertas reglas regulativas y constitutivas.

## PREGUNTAS REFLEXIVAS Y TRANSFORMACIONES NARRATIVAS

Como se ha dicho previamente, en 1980 el Equipo de Milán trazó, de alguna manera, un nuevo rumbo para el trabajo terapéutico de orden sistémico, llevando a la práctica la noción batesoniana de "circularidad". Por su parte Tomm (1987), basado en la noción de "reflexividad" desarrollada en la teoría CMM, propuso varios tipos de preguntas, posibles de utilizar en la conversación terapéutica, orientadas a activar reflexividad entre los niveles de significación que los consultantes poseen en relación a su problemática en torno a la cual se establece y gira el diálogo terapéutico.

Las preguntas presentadas por Tomm (1987) y derivadas directamente de la noción de reflexividad, se plantean asumiendo que constituyen un modo de activar procesos de ese mismo tipo, que a la vez, pueden hacer emerger nuevos significados en



la historia (problemática) que los consultantes traen consigo, o bien, que en alguna medida, modificarán los previos.

Los distintos tipos de preguntas descritas por Tomm (1987), pueden ser asociados a una pauta o secuencia temporal relativa al curso que sigue una sesión psicoterapéutica, más allá de los potenciales de cambio que tienen en sí cada una de ellas por separado, durante distintos momentos de la sesión. Puede decirse que las preguntas *perspectiva-observador*, las de *comunicación normativa*, o bien las *clarificadoras de distinciones* se asocian y parecen ser particularmente relevantes en la fase inicial de la conversación, cuando el “sistema terapéutico” está abocado, en lo principal, a trazar un mapa general que describa lo que ocurre. Por ejemplo, preguntar a cada uno de los familiares de qué tipo de problema cree que se trata principalmente la conducta de un adolescente que ha venido emborrachándose en el último tiempo y del cual sospechan que además esté consumiendo otras drogas: esto es, si consideran que es un problema mental en sentido psicológico; legal, en cuanto a implicaciones judiciales; comunitario, en lo que respecta a amistades; religioso, en sentido de pecado; moral, en sentido de bondad o malignidad para con los demás; una enfermedad, en sentido físico; una etapa en el desarrollo, o algún otro. Este tipo de aclaraciones iniciales, puede proporcionar valiosos referentes respecto de los parámetros vitales con que funciona esa familia, y por ende, del tipo de manejo de la situación que están (mejor) dispuestos a asumir.

Después de esta fase inicial de delimitación en torno a lo que está resultando problemático para quienes consultan, los otros tipos de preguntas propuestas por Tomm (1987), por ejemplo, las *orientadas al futuro*, aquellas que *incorporan sugerencias*, las que *introducen hipótesis* o las de *cambio inesperado de contexto*, son todas recursos alternativos que permiten aplicar el rango de la conversación, incorporando nuevos elementos, sentidos y significados en la historia original y, consecuentemente, otra emocionalidad respecto de ella, como correlato de la nueva versión emergente. Preguntar acerca de los posibles modos en que los miembros de una familia (que pelea constantemente) podrían demostrarse interés mutuo -en ausencia de discusiones-, o quién(es) y de qué manera, se vería(n) más afectado(s) si de pronto ya no hubiera nada por qué discutir o pelearse, puede abrir paso a un cambio inexplorado de conversaciones y, más aún, a posibilidades previamente impensadas de entendimiento. Nuevas consideraciones pueden entrar en juego, dentro de una dinámica

familiar hasta ahora más bien constreñida a ver la intensidad de las disputas, sólo como algo indeseable.

En todo caso, lo importante de destacar es que las “preguntas reflexivas” pueden considerarse como tales, en tanto son utilizadas, con la intención consciente y el propósito deliberado, de activar “reflexividad” entre los distintos niveles de significación en base a los cuales -según la teoría CMM- los seres humanos operan en la interacción cotidiana. Esta distinción no es irrelevante ya que establece que los significados no son aportados por el terapeuta. Este tampoco da instrucciones, ni dice cómo hay que hacer las cosas o de qué manera comportarse; él más bien acompaña a los consultantes en la búsqueda de soluciones u otros posibles entendimientos, para lo cual puede echar mano a cualquiera de los recursos que se han venido señalando (interrogatorio triádico, preguntas circulares, preguntas reflexivas, etc.) o a una combinación de ellos, como sucede la mayor parte de las veces.

Es necesario señalar que en el presente trabajo se ha estado siempre aludiendo a “preguntas”, asumiendo que éstas pueden tener ciertas propiedades ventajosas respecto de las afirmaciones, sin desconocer en ningún caso, que ambas formas de verbalización son claramente complementarias y no excluyentes. Sin entrar en el tema específico, puede decirse que la diferencia más visible con las “afirmaciones” es que éstas últimas *representan o dan a conocer* juicios o puntos de vista (por lo general ya existentes en las personas), mientras que las “preguntas”, más bien *hacen emerger* perspectivas o visiones (por lo general, no consideradas hasta ese momento). Como se puede apreciar, la opción de preguntar más que de afirmar cosas, muestra mayor coherencia con el modo general de abordar la conversación terapéutica que se ha venido delineando.

A partir de la noción de “reflexividad” y de otras compatibles (por ejemplo, que las personas -en sentido estricto- no ingresan información, esto es que no son instruibles) (Maturana, 1984), la idea matriz que se incorpora al campo de la terapia sistémica es que el terapeuta aporta ideas, introduce corolarios de otro tipo, alienta la revisión de otros ángulos, etc., más que recurrir a formas directivas de intercambio. En otras palabras, busca generar “reflexividad” en los niveles de significación de los propios consultantes, para que a partir de allí, ellos mismos construyan nuevos sentidos y deriven otros correlatos emocionales para sus propias historias.



Más recientemente, Sluzki (1992) ha descrito un conjunto de dimensiones presentes en la narrativa de historias (tiempo, espacio, causalidad, interacciones, valores y relato), que constituyen a la vez, puntos de entrada para que el terapeuta, principalmente mediante preguntas, propicie transformaciones en la narración familiar mediante la cual se describe el problema que los hace consultar. Lo dicho por los consultantes acerca de lo que les pasa, constituye el cauce central con que el terapeuta se acopla mediante el diálogo; participando de esa dinámica conversacional, y teniendo en mente las dimensiones antes señaladas, el terapeuta "moviliza" la historia (o mejor dicho, se mueve con los consultantes dentro de ella) a lo largo de los distintos continuos que conforman dichas dimensiones; por ejemplo, la historia puede ser explorada en términos de roles/reglas en la dimensión interacción, o en términos de posición pasiva/activa de los narradores en la dimensión del *relato*, etc. La dimensión *temporal* puede ser explorada a través de interrogantes (o declaraciones en menor medida) relativas al carácter estético/fluctuante de la historia; también se puede propiciar una narrativa en base a verbos (que introducen "acción"), en lugar de sustantivos (que aprisionan/estancan las descripciones en estados, síntomas o rasgos) o ir en la dirección opuesta, si el relato está saturado de descripciones de acción y no incluye categorizaciones o denominaciones más abarcativas (que podrían favorecer conductas o cursos de acción bloqueados desde la otra forma narrativa).

Revisando las *dimensiones* propuestas por Sluzki (1992), se puede observar que éstas remiten a ciertas regularidades presentes en el discurso que la gente articula para dar cuenta de su problema -y de sí misma- cuando consulta aquejada por una dificultad y, al mismo tiempo, doliente, culposa, preocupada o turbada a consecuencia de ello. De allí que la diversidad de galerías (de entrada y recorrido) que ofrece este nuevo mapa de las micro-prácticas transformativas (siguiendo los términos de Sluzki, 1992) otorga potenciales importantes para el cambio terapéutico en la práctica sistémica, pues hacen posible, acotar, clarificar, diversificar, desafiar y, en última instancia, transformar las narrativas iniciales con que la familia refiere la historia problemática para, al mismo tiempo, ir co-construyendo una nueva narrativa en torno a la historia previa.

Sluzki (1992) destaca que el terapeuta no transforma, sino que "genera una oportunidad para el cambio" (pág. 228), y que las transformaciones no sólo derivan de lo que él dice en la sesión misma, sino también de tareas y rituales que puedan tener lugar fuera de allí, contribuyendo a afianzar las nuevas perspectivas y haciendo insostenibles las antiguas.

Puede agregarse que las preguntas por sí mismas, también aportan al cambio terapéutico mediante un efecto diferido en el tiempo, ya que al ser planteadas a algún miembro de la familia en presencia de los demás, originan no sólo la respuesta pública de aquel, sino también la contestación privada simultánea (y muchas veces posterior), de cada uno de los que no han sido inquiridos directamente. Esas versiones que cada uno elabora íntimamente en respuesta a una pregunta que no le fue dirigida, pasan a formar parte de su propio sistema de creencias, pudiendo llegar a ser significativas para la transformación de la ecología de ideas de la familia, en un momento evolutivo posterior del proceso terapéutico.

## COMENTARIOS FINALES

1. Maturana (1988) sostiene que "lo humano se da en el conversar y que todas las actividades humanas ocurren como conversaciones o redes de conversaciones" (pág. 15). Y describe la conversación como un entrelazamiento entre el fluir emocional propio de nuestra especie y la capacidad lingüística que al mismo tiempo poseemos. Por nuestra parte, y en concordancia con esto, día a día, nosotros vivenciamos cómo mediante las palabras cambian nuestras emociones y, viceversa, cómo las emociones modifican lo que decimos (o nos dicen).

Las conversaciones terapéuticas constituyen una forma más de encuentro humano y, en tanto tales, no son esencialmente distintas a lo antes dicho; sin duda, hay ciertas atribuciones y expectativas que definen el modo en que cada cual ha de participar en ellas, sin embargo más allá de ese modo socialmente acotado, se trata siempre de un dominio conversacional y humano, esto es, entre iguales (Demicheli, 1991, 1995). Allí, como terapeutas (de cualquier línea teórica u orientación particular) nos percatamos cómo la gente que nos consulta, se alivia en grados diversos, mediante las *conversaciones* que sostiene con nosotros como profesionales. En este mismo sentido, Maturana (1988) afirma que tal como el sufrimiento surge en redes de conversación (con ciertas características), también desaparece mediante otras conversaciones que disuelven a las primeras.

Por otra parte, dentro de la jerarquía de niveles de significación de Pearce & Cronen (1980), el encuentro terapéutico puede ser conceptualizado como un "episodio", que en tanto tal, hace posible que las conversaciones allí sostenidas, activen procesos reflexivos, tanto hacia arriba (relación, guiones de vida y eventualmente patrones culturales) como hacia abajo (actos de habla y conteni-



do), a partir de lo cual el mundo de significados que traía(n) consigo el/los consultante(s) puede abrirse a otras dimensiones y entendimientos.

Aquellos “niveles de significación” más directamente involucrados en las conversaciones terapéuticas, podrían ser operacionalizados como variables, con vistas a investigar en qué medida la “reflexividad” entre ellos puede ser explicativa de los cambios en el discurso narrativo y en la emocionalidad concomitante, cuando los terapeutas guían su acción basados en ese entendimiento acerca de los procesos comunicativos y el cambio en la terapia.

2.- Las nociones y conceptos que se han descrito en el presente trabajo, esto es, circularidad y reflexividad, preguntas circulares y preguntas reflexivas (sin soslayar las consideraciones acerca de las preguntas en sí mismas respecto de las afirmaciones o declaraciones) y los ejes narrativos recurrentes (con sus típicos internos específicos), pueden ser vistos como un tramado de premisas y recursos que articulan la red-sostén de una cierta práctica en Terapia Sistémica -en evolución desde inicios de los 80- que permite hoy en día desarrollar un fértil trabajo clínico (teórico, aplicado e investigativo) en dicho campo.

Puede decirse que las primeras constituyen nociones-guía y, las segundas, opciones y herramientas técnicas derivadas, para manejarse en el territorio de las terceras, en tanto mapa, ayudan a bosquejar desde una perspectiva narrativa que se sitúa en el centro mismo de lo más propiamente humano: el lenguaje y sus correlatos emocionales.

Estos conceptos y modalidades técnicas -más allá de su nivel teórico y aplicado respectivo- configuran una *concepción global de terapia*, que el autor ha propuesto denominar Enfoque Reflexivo en Terapia Sistémica (Demicheli, 1995), cuyo rasgo distintivo probablemente sea la atención (o consideración) que presta a la falibilidad humana. Por ejemplo, la noción de “reflexividad” proporciona un sustrato teórico suficientemente sólido para explorar el cambio terapéutico, dejando de lado la pretensión de que un *terapeuta cambia a la gente*; por su parte, las transformaciones de las narrativas ofrece una oportunidad para adentrarse en ese dominio, sin pretender que el *terapeuta modifica la historia*. Todo esto es congruente con lo que se podría denominar “conversaciones de segundo orden”, en que el terapeuta adopta una posición de permanente observación de sí mismo, asumiendo que no tiene un acceso privilegiado a ningún tipo de realidad, sino que forma parte de una deriva conversacional que busca traer a la mano una

versión armónica para con las diferencias individuales, autónoma respecto de la identidad personal de cada participante y efectiva en cuanto a acción/entendimiento.

Un quehacer terapéutico de esta naturaleza puede ser evaluado -sin perjuicio de mayores especificaciones y operacionalizaciones conceptuales-, en base a los interesantes criterios propuestos por Pakman (1991):

- 1) *Ético*, es decir, que se permita a cada cual definir sus propósitos sin imposiciones desde o hacia los demás,
- 2) *estético*, esto es, que se resguarden y valoricen los aspectos distintivos y originales de cada cual y,
- 3) *pragmático*, en cuanto a la generación de nuevos comportamientos y significados en relación al problema original.

La clarificadora descomposición hecha por Maturana (1988) del verbo conversar: (con-versar = versar con = dar vueltas con), puede servir para señalar un aspecto central de la posición del terapeuta que trabaja en esta perspectiva. Su conducta y disposición más general se orienta a colaborar y acompañar a los consultantes (poniendo al servicio de ellos sus destrezas y recursos) en la búsqueda de significaciones y soluciones compartidas, noción claramente congruente con la idea que el terapeuta no instruye, sino que genera “reflexividad” para que los propios pacientes arriben a nuevos significados que les resulten compatibles consigo mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27: 371 - 393.
- 2.- Bateson, G. y Ruesch, J. (1951). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Paidós, (reimpresión 1984).
- 3.- Bateson, G. (1979). *Mind and Mature : A necessary unity*. Dutton.
- 4.- Demicheli, G. (1991). El constructivismo en Terapia Familiar: entendimiento y praxis para el Chile de hoy. *Revista Chilena de Psicología*. 12: 10 - 15.
- 5.- Demicheli, G. (1995). *Comunicación en Terapia Familiar Sistémica. Bosquejo de una epistemología cibemética*. Universidad de Valparaíso-Editorial.



- 6.- Fruggeri, L. (1992). Therapeutic Process as a Social Construction of Change. En *Therapy as Social Construction*, Mc Namee & Gergen (Eds.), Sage.
- 7.- Goolishian, H.; Winderman, L. (1988). Constructivism, autopoiesis and Systems determined by Problems. *Irish Journal of Psychology*, 1: 130 - 143.
- 8.- Hoffman, L. (1985). Beyond Power and Control: Toward a "Second Order" Family Systems Therapy. *Family Systems Medicine*, 3: 381 - 396.
- 9.- Hofstadter, D. (1979). Gödel, Escher y Bach: An Eternal Golden Braid. Basic Books.
- 10.- Maturana, H. y Varela, F. (1984). El árbol del conocimiento. Universitaria.
- 11.- Maturana, H. (1988 a). Ontología del conversar. *Terapia Psicológica*, 10: 15 - 23.
- 12.- Pakman, M. (1991). Las Semillas de la Cibernética. Gedisa.
- 13.- Pearce, B. & Cronen V. (1980). Communication, action, and meaning: The creation of social realities. New York Praeger.
- 14.- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*, 21: 267 - 280.
- 15.- Selvini - Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing - Circularity - Neutrality. Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 1: 3 - 12.
- 16.- Sluzki, C. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy. *Family Process*, 31: 217 - 230.
- 17.- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self - Healing. *Family Process* 26: 167 - 183.



# INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA: UN ANÁLISIS COMPARATIVO TRANSCULTURAL <sup>1</sup>

33

Mariane Krause Jacob. 2

*Palabras claves:* Psicología comunitaria, intervención comunitaria, intervención psicosocial, análisis transcultural.

## RESUMEN

En el presente artículo se realiza un análisis comparativo de tres experiencias de intervención psicológico-comunitaria estudiadas por la autora en los países Chile, Alemania y Argentina. Para tal efecto, en primer lugar se presenta el desarrollo histórico-conceptual de la Psicología Comunitaria en distintas partes del mundo. Luego se describen las tres experiencias de intervención, aportándose datos cualitativos sobre su definición (caracterización), su historia, sus equipos profesionales, sus modalidades de trabajo, más la evaluación desde el punto de vista de sus destinatarios. Se presenta una discusión de las experiencias para luego, en el análisis comparativo, mostrar que, a pesar de algunas diferencias, muchos de los planteamientos conceptuales y principios más generales de la Psicología Comunitaria actual están presentes transculturalmente en estas intervenciones particulares.

## ABSTRACT

*In this article three community psychology interventions, which were studied by the autor in Chile, Germany, and Argentine are analized and compared. The first part of the article describes the historical and conceptual evolution of Community Psychology in different countries, as a framework for the later comparative analysis. In the second part, qualitative data of the three intervention experiences are used to provide information about their definition, history, professional team, modalities of intervention, and evaluation from the point of view of their clients. Even though there are differences among these community interventions, the results also show that many of the main concepts and principles of Community Psychology are transculturally present in these specific interventions.*

## Introducción

La Psicología Comunitaria nació hace tres décadas, adoptando una postura crítica frente a las prácticas psicológicas, psiquiátricas y sociales tradicionales a fin de buscar una respuesta más adecuada a los grandes problemas psicosociales. Consecuente con esta postura crítica, desde el comienzo se constituyó tanto en "una perspectiva ideológica como en una rama de la Psicología científica" (Levine & Perkins, 1987, pág. 46 3). La Psicología Comunitaria buscó res-

puestas a los problemas psicosociales, estudiándolos e implementando nuevas formas de intervención ante ellos, pero también subrayó que éstos eran producto de la estructura que se había dado la sociedad y que, por tanto, debían ser asumidos por la misma (en vez de ser considerados marginales a ella y ser segregados). Los problemas psicosociales se consideraron entonces un mal evitable y, junto con esta conceptualización, se enfatizó su prevención.

<sup>1</sup> Los datos sobre experiencias de intervención en Psicología Comunitaria corresponden a los siguientes proyectos de investigación:

(a) "Efectos de la ayuda psicológica desde la perspectiva de los pacientes", realizado por Mariane Krause Jacob entre los años 1988 y 1991 en Berlín y financiado por el Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD).

(b) "Representaciones sociales de la ayuda psicológica en sectores pobres", financiado por FONDECYT (Nº 1930700) y realizado en Santiago de Chile por Mariane Krause Jacob en calidad de investigadora principal y por Cecilia Avendaño y María Inés Winkler en calidad de coinvestigadoras, entre los años 1993 y 1995.

(c) Estudio piloto del proyecto de investigación titulado: Regional Health Systems and Participation. A study to identify and evaluate strategies to support physical and psychic health in limited urban regions in Argentina and Chile, presentado por Bergold, Fuks, Krause Jacob, Bassinet y Pissarro ante la Comunidad Europea para su financiamiento.

<sup>2</sup> Psicóloga, Ph. D., profesora de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dirección postal: Vicuña Mackenna 4860, Santiago-Chile. FAX: 00-56-2-5533092, e-mail <mkrause@puc.cl>.

<sup>3</sup> Traducción de la autora.



El desarrollo de la Psicología Comunitaria ha seguido trayectorias parcialmente diferentes en distintas partes del mundo. En algunos países (por ejemplo EEUU) se convirtió en una subdisciplina estable de la Psicología, en otros (por ejemplo Alemania) se resistió a esta forma de institucionalización, queriendo así mantener una "independencia crítica" y, en un tercer grupo de países (en especial en Latinoamérica), mostró un énfasis práctico, un desarrollo estrechamente ligado a las problemáticas sociales y políticas y un compromiso explícito con el cambio social.

El objetivo de la primera parte del presente artículo será entonces reconstruir las características centrales de estas líneas de desarrollo y, si bien posteriormente la presentación se centrará en experiencias europeas y latinoamericanas, es necesario incluir en la primera parte algunas páginas referidas a la línea de desarrollo estadounidense, a fin de hacer justicia a su influencia sobre la Psicología Comunitaria en el mundo. En la segunda parte del artículo se presentarán tres programas de intervención, implementados en Chile, en Alemania y en Argentina, respectivamente, los cuales se enfocarán desde la perspectiva profesional y desde la de los destinatarios. Se realizará luego un análisis comparativo de las tres experiencias, que tendrá como ejes algunos de los conceptos teóricos centrales de la Psicología Comunitaria actual.

### Líneas de desarrollo en Psicología Comunitaria

Se pueden apreciar diferentes tendencias en el desarrollo histórico de la Psicología Comunitaria: Mientras en algunos países se institucionaliza como subdisciplina de la Psicología, en otros se mantiene como "perspectiva crítica", supradisciplinaria. Por otra parte, en algunas partes del mundo se encuentra más estrechamente ligada a movimientos de cambio social que en otras.

**Estados Unidos de América** es uno de los países en los cuales la Psicología Comunitaria se institucionalizó mayormente, estableciéndose en 1965 formalmente como subdisciplina autónoma que ocupa una de las divisiones de la "American Psychological Association". En EEUU su nacimiento dice relación con una crisis en la Psicología Clínica, la cual estuvo influida -a su vez- por el fuerte impulso dado a la Salud Mental por el gobierno de Kennedy, quien convocó a los profesionales de esta área, entre ellos a psicólogos clínicos, "a trabajar con criterios de eficiencia y eficacia apuntando a la protección de la salud" (Saforcada, 1992, pág. 18). Este nuevo impulso dejó en evidencia la falta de eficacia de la Psicología Clínica en el campo de la salud

mental, que "se hizo más notoria e impactante por el constante incremento de las tasas de prevalencia de los problemas mentales, acompañado por un progresivo traslado de ciertos problemas sociales al área de responsabilidad de la salud y la visibilidad creciente del poder determinante o coadyudante de los factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad" (op. cit., pág. 18-19).

Si bien estos comienzos estuvieron marcados por el énfasis en los problemas de salud mental, pronto se vislumbró una mayor conexión con problemáticas sociales, abocándose los psicólogos comunitarios al diseño, implementación y evaluación de programas de intervención psicosocial. Así se inició una época de auge de la Psicología Comunitaria en EEUU, facilitada por -como se viera en el acápite anterior- una importante dosis de optimismo más algo de ingenuidad frente a las posibilidades de prevenir problemas psicosociales o de intervenir frente a ellos. Este optimismo decayó en los años 80, cuando se hizo evidente que las expectativas de cambio no se cumplían cabalmente, reemplazándose la ingenuidad por una posición más crítica, en especial respecto al concepto de "intervención" en comunidades. Nacieron entonces dos conceptos, que ponen un mayor énfasis en el poder de los destinatarios: "empowerment" y autoayuda <sup>4</sup>. Con estos nuevos conceptos, la calidad de vida de la población siguió siendo la meta última de los programas comunitarios, pero ya no definida exclusivamente desde la perspectiva profesional.

En comparación con la institucionalización de la Psicología Comunitaria estadounidense, **Alemania** constituye el ejemplo opuesto, a pesar de que en ambos países la Psicología Comunitaria nació de los movimientos de reforma de la Psiquiatría y de las críticas a la atención en Salud Mental, en general. En Alemania, su nacimiento -algo tardío en comparación con su aparición en EEUU- estuvo fuertemente influenciado por la discusión internacional y la crítica creciente hacia los tratamientos psiquiátricos tradicionales. En 1975 se iniciaba la reforma de la aten-

<sup>4</sup> Por **autoayuda** se entiende la puesta en acción de iniciativas tendientes a superar o mitigar un problema, por parte de los afectados. Habitualmente implica la (auto)organización de grupos de personas que comparten alguna problemática similar. Es amplia la gama de problemas que se han enfrentado de esta manera, existiendo los grupos de padres de hijos discapacitados, grupos de cesantes, grupos de alcohólicos, de mujeres maltradas y muchos otros más, que se han unido para -colectivamente- encontrar solución a sus problemáticas (para referencias véase: Selbsthilfzentrum München, 1988; Trojan 1986).



ción psiquiátrica alemana, con una fuerte participación de profesionales de las áreas Psiquiatría Social, Psicología y Trabajo Social. Estos grupos de profesionales -influenciados principalmente por las reformas en EEUU, Inglaterra e Italia- exigieron la disolución de los grandes hospitales psiquiátricos y contribuyeron a crear una serie de instituciones y servicios asistenciales para la atención ambulatoria de pacientes psiquiátricos y para la intervención en situaciones de crisis. Sin embargo, la disolución de los hospitales fue muy lenta, continuándose su implementación hasta los días de hoy (Faltermaier, Krause Jacob, Flick, & Böhm, 1992).

En este marco, la Psicología Comunitaria alemana tomó dos direcciones: una práctica, que implicó la inserción de psicólogos en el sistema asistencial ambulatorio en Salud Mental y una teórico-ideológica, que se conoce como "perspectiva psicológica comunitaria radical" (Keupp, 1987).

Esta última llevó a los psicólogos comunitarios alemanes a negarse en forma explícita a institucionalizar su especialidad como rama o subdisciplina de la Psicología (Faltermaier, Krause Jacob, Flick & Böhm, 1992) y puede ser ejemplificada a través de un conjunto de proposiciones de Keupp (1987), uno de los primeros psicólogos comunitarios alemanes y sostenedor de la mencionada "perspectiva radical".

Keupp (op. cit., p. 115) inicia la exposición de sus proposiciones con la siguiente premisa: "No necesitamos de una nueva fracción de expertos psicosociales o de un área nueva para la Psicología, sino de una perspectiva radical para el trabajo psicosocial. La perspectiva comunitaria que habrá que desarrollar no se puede delimitar como un área propia del conocimiento, ni tampoco se podrá definir a través de métodos y teorías específicos. Se puede, en cambio, denominar una 'postura básica'".

En sus primeras tres proposiciones, Keupp plantea: (a) que la transferencia de conocimientos desde EEUU o desde otros contextos culturales resulta especialmente inapropiada para el caso de la Psicología Comunitaria, (b) que el desarrollo de una perspectiva psicológica comunitaria en Alemania implica impulsar la reforma de los sistemas de salud (iniciada, pero no completada), en especial, la del área psicosocial, y (c) que el área del trabajo psicosocial está "en crisis", es decir, que requiere de redefiniciones.

En la cuarta proposición, Keupp (1987, pág. 14-16) desarrolla el núcleo de su postura, afirmando que el

contenido central de una perspectiva psicológica comunitaria es:

- buscar el esclarecimiento de la relación entre los problemas psicológicos y las características de la realidad social;
- evaluar la adecuación de la respuesta social a estos problemas, es decir, evaluar las instituciones y el trabajo profesional con el que se intenta enfrentar los problemas;
- evaluar nuevas alternativas de enfrentamiento práctico de los problemas psicosociales.

Estos planteamientos se sostienen, a su vez, en cuatro sub-proposiciones:

- (a) Los problemas psicológicos son -en sus diferentes formas de expresión- una forma de respuesta de los sujetos enfrentados a exigencias y contradicciones sociales, las cuales han ido en aumento.
- (b) Las intervenciones psicosociales constituyen una reacción institucionalizada de la sociedad frente a la existencia evidente de problemas psicológicos. En esta reacción se entremezclan aspectos de ayuda y de control social.
- (c) Una ayuda psicosocial adecuada requiere del conocimiento tanto de la subjetividad de las personas, como de sus condiciones de vida objetivas, es decir, de las exigencias y las contradicciones a las que se ven sometidas.
- (d) Por su "infiltración" en la vida cotidiana, las intervenciones psicosociales conllevan un potencial de control aumentado del que es necesario estar conscientes.

Finalmente, en sus proposiciones cinco a nueve, Keupp (1987, pág. 16-20) propone algunas características para el desarrollo futuro de la Psicología Comunitaria alemana, afirmando que:

- (5) Las líneas orientadoras de la perspectiva psicológica comunitaria habrán de constituirse a partir de los recursos psíquicos, sociales y materiales de las personas, más que sobre sus déficit.
- (6) La perspectiva psicológica comunitaria deberá sobrepasar los estrechos límites



de la Psicología académica para desarrollar enfoques interdisciplinarios. La perspectiva psicológica se hace insuficiente, así como también sus métodos de investigación. Se hace necesaria una metodología cualitativa, interpretativa que permita ampliar nuestro conocimiento acerca de las personas, de las estructuras sociales y de las situaciones de vida.

(7) La Psicología Comunitaria deberá tomar en serio las críticas que surgen desde aquellas personas dedicadas a implementar las intervenciones concretas, o desde aquellos otros que se han unido en iniciativas de autoayuda, pues con justa razón apuntan a la falta de respuesta que han tenido los "expertos" (académicos) frente a numerosos problemas psicosociales.

(8) La perspectiva psicológica comunitaria deberá incluir la reflexión autocrítica. En vez de una actitud de ayuda caritativa, los psicólogos comunitarios deberán, sobre todo, desarrollar estrategias para que los destinatarios de su acción puedan definir por sí mismos sus problemas y puedan desarrollar un mayor poder y control sobre sus situaciones de vida.

(9) Sin embargo, los psicólogos comunitarios no deberán fomentar ni activar los recursos propios de la población en forma ingenua, sino que también deberán estar alerta a los límites de estos recursos. Esto significa cuidarse del excesivo optimismo en lo que a cambios se refiere, "ya que nuestra sociedad capitalista genera condiciones de vida que no pueden ser superadas en el nivel de las intervenciones psicosociales. Estamos hablando de estar conscientes de que nuestra labor limita con el ámbito de la acción política y que nos corresponde hacer presentes en el nivel político los límites a los que se ve enfrentada nuestra acción profesional" (Keupp, 1987, p. 20) 6.

Armados de esta "perspectiva radical", los psicólogos comunitarios alemanes decidieron entonces mantener una postura externa y crítica frente a la distintas subdisciplinas de la Psicología. Sin embargo, en los últimos años, esta postura ha dejado de tener la fuerza aglutinadora que tuvo en sus comienzos. En la medida en que la década del 90 ha traído nuevos problemas a la humanidad (por ejemplo aquellos relacionados con las

amenazas medioambientales) y las condiciones políticas mundiales están cambiando, la "perspectiva radical" ya no logra ser el denominador común de todas aquellas personas involucradas en el trabajo psicosocial. Surgen, entonces, nuevos conceptos y nuevas prácticas, coincidentes con los desarrollos en otros países del mundo, los que se sintetizarán al final de este acápite.

En **Latinoamérica** la Psicología Comunitaria desarrolló (desde sus inicios) una línea propia que se podría denominar: "Psicología Comunitaria como movimiento de cambio social". Comenzó a existir -bajo el nombre "Psicología Comunitaria" 7 en los años setenta, en un contexto caracterizado por: (a) los "grandes problemas sociales", tales como analfabetismo, baja escolaridad, desnutrición, malas condiciones habitacionales -todos ellos subproductos de la pobreza-, (b) por la presencia de dictaduras y, (c) por la dependencia de las economías nacionales con respecto a los países desarrollados (en especial EEUU). Este contexto de su nacimiento marca el énfasis socio-político de la Psicología Comunitaria latinoamericana, constituyéndose -en especial en lugares y períodos en que existían dictaduras militares- en un área profesional compleja, mezcla de disciplina psicológica y acción política (Krause Jacob, 1991).

En consecuencia, en Latinoamérica la Psicología Comunitaria ha estado íntimamente ligada al cambio social. Si bien es cierto que en su evolución se aprecia la influencia norteamericana, en especial en los países centroamericanos (Saforcada, 1992), se puede afirmar, al mismo tiempo, que en términos de su compromiso con los procesos de cambio, la Psicología Comunitaria latinoamericana sobrepasa a la estadounidense con creces, plasmándose desde sus comienzos con un perfil propio 8. Este perfil se caracterizó por entremezclar planteamientos psicológicos comunitarios similares a los presentes en EEUU y Europa (es decir, aquellos más ligados a la Salud Mental), con los principios de las intervenciones comunitarias nacidas al interior del subcontinente, que eran de corte más social y político. Entre éstas destacan las intervenciones del sociólogo colombiano Fals

7 La fecha se refiere sólo a su desarrollo explícito, puesto que en décadas anteriores ya existían iniciativas de trabajo comunitario que presentaban grandes similitudes con lo que posteriormente se denominó Psicología Comunitaria.

8 Los países en que se desarrolló mayormente son Colombia, Cuba, Chile, República Dominicana, México, Panamá, Puerto Rico y Venezuela y, más recientemente, en Costa Rica, Perú, Argentina y Brasil.



Borda (1959), quien se involucró en prácticas cuya finalidad era el desarrollo de la participación comunitaria, y el trabajo de Freire (1974), su "pedagogía del oprimido", que llegó a ser orientadora de intervenciones comunitarias en distintas partes del mundo.

A raíz de este énfasis social, algunos de los conceptos y planteamientos éticos actualmente relevantes para la Psicología Comunitaria en otros países del mundo, ya estaban presentes en Latinoamérica desde hace algunas décadas. Por ejemplo, si analizamos el trabajo de desarrollo comunitario que Fals Borda (op. cit.) realizaba hacia fines de la década del 50, cuyo objeto fundamental consistía "en la movilización de un grupo particular (una comunidad) para el enfrentamiento y solución de sus problemas..." (Montero, 1980, p. 160), podemos observar que estamos frente a un concepto de intervención comunitaria muy similar al que Rappaport, dos décadas más tarde, llamó "empowerment" <sup>9</sup>.

Por otra parte, el concepto de autogestión (Saforcada, 1990) se acerca a lo que actualmente se entiende por autoayuda. Y, como se puede apreciar en la siguiente cita de Montero (1980, pág. 160) lo mismo sucede con el "desarrollo comunal", el cual encierra tanto elementos del concepto de "empowerment" como del de autoayuda <sup>10</sup>: "En cuanto al desarrollo comunal, consideramos (...) que éste es producto de la acción comunal, resultante del hecho de que la comunidad se hace cargo de sus propios problemas y se organiza para resolverlos ella misma, desarrollando sus propios recursos y potencialidades y utilizando los extraños. Esta noción excluye toda idea de paternalismo, cuyos efectos son contrarios al concepto mismo de desarrollo comunal. Significa que la comunidad debe generar autodeterminación y ser autogestora".

En otro ámbito del quehacer en la comunidad, el de la relación entre profesionales y destinatarios, también encontramos que muchos elementos de las reflexiones actuales ya estaban presentes en los trabajos de Fals Borda y de Freire, además de encontrarse representados en el movimiento de Salud Poblacional chileno, de los años 60 (Olave & Zambrano, 1993).

Por último, tanto en el mencionado movimiento de Salud Poblacional como en los Programas de Salud Mental Comunitaria -implementados en Chile por el psiquiatra Juan Marconi (1986)-, se dio gran importancia al respeto por las diferencias culturales, acuñándose para tal efecto el concepto "relativismo socio-cultural". Este es un tema que, a raíz de los cambios epistemológicos asociados al postmodernismo (Gergen, 1985; 1993), en la actualidad se encuentra nuevamente sobre el tapete.

En cuanto a la **situación actual general** de la Psicología Comunitaria se observa que -al igual que en otras disciplinas científicas- se ha ido produciendo un mayor intercambio profesional y académico, el cual, junto a fenómenos relacionados con los medios de comunicación masivos, ha llevado a una creciente homogenización entre los planteamientos desarrollados en diferentes lugares geográficos del mundo. A diferencia de lo que señalara Marín (1980) acerca de la Psicología Comunitaria de hace una década, son hoy cada vez menos los ámbitos en los cuales se da un desarrollo aislado y cada vez más los conceptos y prácticas compartidos. De este modo, las líneas evolutivas descritas han pasado a formar parte de la historia, más que de la actualidad, encontrándose hoy algunas tendencias generales, ampliamente compartidas, que marcan los trabajos teóricos y prácticos y la investigación en Psicología Comunitaria de diferentes partes del mundo.

Una de estas **tendencias generales** es el fomento de procesos de participación y "empowerment". Esta tendencia reemplaza los antiguos programas de intervención social por una modalidad mucho menos intrusiva y más respetuosa de la idiosincracia de los destinatarios. Los proyectos que fomentan la participación y el "empowerment" pueden actuar en forma "curativa", en el sentido de contribuir a la solución de problemas específicos de una población particular, pero a la vez son preventivos, pues participar y hacerse cargo y responsable del propio destino son acciones facilitadoras de la calidad de vida (y con ello de la salud mental). Otros conceptos que comparten esta doble característica son la autoayuda y el fortalecimiento de las redes sociales <sup>11</sup>. El primero, con un énfasis más curativo y el segundo con un claro énfasis preventivo.

<sup>9</sup> Rappaport (1984, p. 3) define "empowerment" como un proceso, "a través del cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas" (traducción de la autora).

<sup>10</sup> Véase definición en pie de página N°33.

<sup>11</sup> La "red social" es una estructura de relaciones entre personas. Una importante característica de las redes sociales -y que incide en la calidad de vida y la salud- es que brindan "apoyo social" a las personas que las componen (Angermeyer & Klusmann, 1989; Keupp & Röhrle, 1987).



Esta tendencia general a la confluencia conceptual resulta también evidente en las definiciones de Psicología Comunitaria consideradas más concordantes con su momento de desarrollo actual. Por ejemplo, Rappaport (1976), si bien se mantiene cauteloso en lo que a definiciones se refiere porque considera que la Psicología Comunitaria ha ampliado en tal magnitud su espectro de acción inicial (ligado a la salud mental), que resulta más certero señalar algunos de sus rasgos generales que intentar una definición precisa-menciona como sus rasgos fundamentales: el relativismo cultural, la diversidad y la ecología; es decir, el ajuste entre las personas y su entorno. Lo "ecológico" se entiende aquí como una orientación que enfatiza la relación entre las personas y su entorno social y físico e implica "que no existen ni personas ni ambientes inadecuados, sino que es más bien el ajuste entre personas y ambientes el que puede ser relativamente concordante o discordante" (Rappaport, 1976, pág. 2 12).

Kelly (1992, pág. 56), compartiendo el énfasis ecológico con Rappaport, afirma que "el campo de la Psicología Comunitaria es diferente del de otras subdisciplinas de la Psicología debido a su énfasis en las relaciones interdependientes entre las personas, el medio ambiente, los múltiples niveles de análisis, la prevención, los recursos individuales y colectivos y la acción social". Y, precisando su enfoque, agrega: "Considerar ecológicamente una comunidad significa ver cómo están interrelacionados personas, roles y organizaciones, como también los acontecimientos. Si podemos ver las comunidades como una serie de sistemas interrelacionados, tenemos una mejor posibilidad para diseñar proyectos y servicios que se acerquen a las necesidades de toda la comunidad" (op. cit., pág. 57).

En Alemania, Bergold (1987, p. 23), presenta una postura similar, conceptualizando la Psicología Comunitaria como "una Psicología contextual, una Psicología que entiende al ser humano inmerso en los procesos contextuales de los cuales participa, es decir, de los que es influenciado y sobre los cuales ejerce su influencia" 13.

También Montero (1981), en Latinoamérica, coincide con estas definiciones planteando que la Psicología Comunitaria "trata del desarrollo individual pero también es un desarrollo que va más allá del individuo, pues su objetivo último será lograr no sólo un cambio psicológico en las personas, sino

además, el afectar su hábitat y con él las relaciones individuo-grupo y grupo-sociedad, generar cambios tanto cuantitativos como cualitativos que colocarán esas relaciones en un nuevo nivel". Para Montero, la Psicología Comunitaria es una "rama de la Psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social". Resulta evidente la similitud de esta definición con los desarrollos teóricos Rappaport (1984), específicamente con su concepto de "empowerment".

En estos últimos párrafos se ha hecho énfasis en la creciente similitud entre los conceptos de la Psicología Comunitaria en diferentes países. Sin embargo, es ésta una situación compleja, casi paradójica: Los conceptos que se están compartiendo son justamente aquellos que enfatizan el desarrollo local y el respeto por la idiosincracia y la autonomía de las comunidades específicas. De este modo, si bien hay coincidencia en el nivel conceptual general, los resultados de las prácticas en comunidades particulares serán necesariamente diferentes de una comunidad a otra.

### **Experiencias prácticas de intervención comunitaria**

En esta segunda parte del trabajo se describen tres programas psicológico-comunitarios, que se están implementando en la actualidad en Chile, Alemania y Argentina, respectivamente. Se optó por presentar estas experiencias de intervención con un nivel de detalle suficiente para permitir (al lector) el análisis comparativo de ellas. Se decidió, además, incluir tanto la perspectiva de los profesionales (las descripciones están basadas en escritos de profesionales involucrados en los programas) como la de los destinatarios; en este último caso se preparó -para cada uno de los programas- un texto sobre la base de datos de entrevistas cualitativas.

La presentación de cada una de las experiencias de intervención incluye una caracterización general, una síntesis de su historia, una referencia a la composición de su equipo profesional, una descripción de su modalidad de trabajo, los extractos de entrevistas realizadas con destinatarios, más un pequeño análisis.

12 Traducción de la autora.

13 Traducción de la autora.



**Caracterización:**

El Programa Familia y Comunidad, el cual se está implementando en Santiago de Chile, se define como un programa de prevención secundaria. La atención que brinda se inserta en el entorno comunitario inmediato y favore la participación de agentes comunitarios significativos, formales e informales. Ofrece asistencia a familias cuyos hijos entre 10 y 15 años de edad presentan desajustes conductuales incipientes (Llanos, 1993).

Los profesionales del programa afirman que la familia, como núcleo básico de protección psicosocial, está sometida a demandas de adaptación que afectan su funcionamiento. Por lo tanto, el programa se orienta a efectuar un trabajo de prevención sobre aquellos factores que es posible modificar o potenciar a fin de lograr una mejor dinámica familiar y un mayor bienestar psicosocial para sus miembros. Teniendo presente la multicausalidad que subyace a algunos desajustes de niños y jóvenes, centran su atención "en aquellos patrones de interacción familiar que resulten importantes para la superación de la problemática del menor, utilizando una perspectiva sistémica familiar que incorpora el entorno social y cultural" (Llanos, Chia, Muñoz & Sinclair, 1992, pág. 1-2).

**Historia:**

El Programa Familia y Comunidad nació como iniciativa de un grupo de profesionales con experiencia en la rehabilitación de jóvenes con problemas delictuales, quienes se plantearon la necesidad de realizar un trabajo de corte más preventivo. Desde su fundación, el objetivo del programa fue prevenir problemáticas conductuales graves en jóvenes, orientándose su trabajo hacia niños con problemas conductuales y sus familias. Los profesionales consideraban que una intervención temprana tendría un efecto preventivo sobre los problemas delictuales juveniles, los que podrían ser considerados la fase tardía de una escalada comenzada en la niñez.

**Equipo profesional:**

El equipo profesional del Programa Familia y Comunidad se compone de cuatro psicólogos, dos antropólogos, dos "monitores" (habitantes del sector) más una secretaria. A este equipo se agregan cuatro estudiantes (dos de Antropología y dos de Psicología) que cursan el último año de sus carreras y están realizando su práctica profesional.

El Programa Familia y Comunidad interviene ante desajustes conductuales incipientes en niños y adolescentes, tales como conducta problemática, vagancia, abandono de hogar, ausentismo escolar, hurtos y robos menores o consumo de drogas. Ofrece diferentes tipos de atención: terapia familiar, sesiones terapéuticas individuales, talleres grupales sistémicos e intervenciones en terreno (en los hogares, escuelas, etc.) (Llanos, Chia, Muñoz & Sinclair, 1991).

Los destinatarios del programa pertenecen -en su mayoría- a la población pobre de Conchalí, una comuna de Santiago de Chile. El lugar de atención está físicamente ubicado en dicha comuna. Las familias atendidas son derivadas informalmente por el Servicio Social del Juzgado de Menores, por establecimientos educacionales y de salud, por juntas vecinales del sector, o acuden en forma espontánea.

Se privilegia la derivación realizada desde instituciones u organizaciones de la comunidad, "como una forma de reforzar su importancia en tanto agentes comunitarios capaces de ayudar a las personas y a las familias en la resolución de sus problemas" (Llanos et al., 1992, pág. 3).

En forma paralela a la atención directa, se trabaja con la red de organizaciones comunitarias, entregando asesorías y realizando talleres o charlas dirigidas a quienes lo soliciten (organizaciones comunitarias, centros de padres, profesores, etc.) (op cit.).

A tres años del inicio de su programa, el equipo profesional afirma: "A partir del trabajo con adolescentes infractores de la ley y sus familias pudimos detectar patrones de interacción tanto familiares como extrafamiliares que contribuyen a la perpetuación de la problemática del menor, dentro de un agravamiento progresivo de su conducta, en que los intentos previos, tanto de la familia como de las instancias sociales, no han logrado revertir la situación" (Llanos, 1993, pág. 1), la cual culmina con la intervención del sistema judicial. "En el caso de familias con al menos un adolescente en conflicto con la justicia, la condición de extrema pobreza se asocia a una dinámica familiar conflictiva, en la cual sus miembros establecen relaciones que oscilan entre la involucreción intensa (y en muchos casos violenta) y el escaso contacto. En la interacción cotidiana, se entremezclan distintos niveles de conflicto (conyugal, paternal, fraterno), pasándose de uno a otro sin lograr resolver ninguno de ellos" (Llanos, Chia, Muñoz & Sinclair, 1991, pág 4).



El equipo profesional del Programa Familia y Comunidad sostiene que los desajustes conductuales de los hijos generalmente cumplen un rol funcional, porque la familia se organiza en torno al hijo con problemas conductuales, culpándolo de todo lo que ocurre y estigmatizándolo como inmodificable en su conducta. De este modo, se encubrirían otros conflictos que podrían amenazar la integridad del sistema familiar (op. cit.).

Intervenir en este nivel, implica para el programa un gran despliegue de recursos, no sólo por la cronicidad de la situación, sino también por el hecho que las alternativas tradicionales en situaciones de riesgo social favorecen el que sean las instituciones las que asuman el trabajo y que lo hagan preferentemente con el niño, excluyendo y en muchos casos debilitando a la familia como parte importante para la solución del problema (Llanos, 1993). En muchas ocasiones, los mismos padres intentan "involucrar a otros para que se hagan cargo del hijo, delegando en ellos la solución del problema (ilustrativos son los casos en que los padres se declaran incompetentes frente al tribunal). Será frecuente, entonces, que la internación del niño aparezca como la única alternativa, la cual es considerada como una estrategia de solución de problemas, legitimada socialmente en distintos ámbitos" (Llanos et. al., 1991, pág. 4).

En este contexto interviene el Programa Familia y Comunidad, buscando prevenir los altos costos -tanto humanos como económicos- implicados en el desarraigo, la estigmatización social y la institucionalización que conllevan las alternativas de intervención tradicionales. Esta intervención temprana, es decir, anterior a que se produzca la institucionalización del niño con desajustes conductuales, tiene por objetivo fortalecer a la familia del menor, en el sentido de potenciar sus recursos en la búsqueda de soluciones propias, que impliquen -dentro de lo posible- mantener la responsabilidad por el cuidado y la protección del hijo en el seno de ella misma.

Por otra parte, la inserción comunitaria del programa permite, simultáneamente, la activación de las redes de apoyo, tanto primarias como secundarias. Estas últimas, es decir, las escuelas, consultorios médicos, juntas vecinales e iglesias son de gran ayuda en la detección precoz de situaciones de riesgo social.

En el Programa Familia y Comunidad se aborda la atención con una perspectiva sistémica, ciertamente implementada con flexibilidad, ya que se trabaja tanto con familias completas, como con

subgrupos dentro de ésta o con algunos de sus miembros individualmente, y también se incluyen otras personas significativas, tales como miembros de la familia extensa, vecinos, profesores, sacerdotes o pastores, cuando esto parece necesario. Esta flexibilidad permite adecuarse a las condiciones de cada familia particular.

En lo que respecta a la modalidad atencional específica, una vez que la familia llega al programa, se realiza una entrevista de recepción con el o los miembros que solicitan atención, la cual tiene el objetivo de recoger el motivo de consulta, los datos relevantes del caso y las expectativas frente a la intervención. Estos antecedentes se analizan en equipo con el objeto de diseñar la modalidad de atención para cada caso particular.

De acuerdo con esta planificación, en algunos casos se realiza una terapia familiar (5 a 10 sesiones), ya sea con la familia completa o con algunos de sus miembros y en otros casos se implementan intervenciones individuales con algún o algunos miembros de la familia. Asimismo, algunos jóvenes y adultos -en especial aquellos que coinciden con otros en su problemática- son invitados a participar en Talleres Grupales Sistémicos (por ejemplo, talleres de jóvenes o talleres de madres).

El equipo profesional, además, diseña e implementa intervenciones en terreno, las que permiten mantener la continuidad de la atención y aumentan su efectividad. Estas intervenciones cumplen también con el objetivo de situar la atención en el contexto socio-cultural en que está inserta la familia consultante.

En forma paralela con esta modalidad atencional, como se mencionó antes, se realizan actividades con la comunidad no consultante, tales como talleres, charlas y asesorías a diferentes organizaciones del sector.

#### **La perspectiva de los destinatarios 14:**

A continuación se presentarán extractos de una entrevista realizada con una mujer quien será llamada Juana 15.

Estos extractos fueron seleccionados porque ilustran tanto la visión de ella como la de un importante grupo de personas que ha recibido atención psicológica a través del programa.

14 Los extractos de entrevista que se presentan a continuación corresponden a datos cualitativos del proyecto de investigación titulado "Representaciones sociales de la ayuda psicológica en sectores pobres".

15 Este y todos los demás nombres que aparecen en los relatos de los destinatarios son pseudónimos.



Juana fue entrevistada en su casa en Santiago de Chile, en abril de 1993. Ella relata su experiencia de haber recibido ayuda psicológica, desde el momento de su acceso al programa hasta después del término de la atención. Su historia refleja aspectos esenciales del trabajo de los programas de atención psicológica en comunidades de bajos recursos. En el caso de Juana, así como en la mayoría de los destinatarios del Programa Familia y Comunidad, la familia es la destinataria de la ayuda. De este grupo familiar en particular, los que tuvieron mayor contacto con los profesionales del programa fueron ella misma y uno de sus hijos.

M: *¿Su hijo fue el primero en recibir atención?*

J: *Sí, el menor, el que tiene 14 años, el Pedro. Él fue el primero que llegó aquí a tratarse. Tuvo problemas depresivos, incluso intentó eliminarse y por eso llegué aquí (...). Un día se envenenó, tomó un montón de cosas, lo llevamos a la posta de primeros auxilios, estuvimos hasta las tres de la mañana con él. Ahí empezó todo mi drama (...).*

J.: *A él le influye mucho la situación de la casa. Cuando ve que nosotros estamos muy mal, muy mal [económicamente], empieza él a decaer, a decaer. Porque él decía: "una boca menos, una persona menos, un plato menos". Entonces, es como que él quiso darme una ayuda... pero el inmenso dolor que nos hubiera dejado.*

J: *Lo llevé a "Salud Mental" (...) y lo único que me sabían decir es que lo internara porque allí internan a los niños, los que ya están en un extremo muy depresivo. A mí me hicieron ver las salas y todo. De primera todo es muy lindo pero ya después: ¡vamos cambiando las normas!. Y decían que tenía que hospitalizarlo uno o dos meses. ¡No!, dije yo, yo voy a golpear puerta tras puerta, pero no me voy a separar del niño. Así que seguí, por aquí, por acá, hasta que hablé con el colegio y en el colegio me lo mandaron aquí [al Programa Familia y Comunidad]. Aquí no hubo necesidad de hospi-*

*talizarlo, ni nada. A lo mejor si yo lo hubiera hospitalizado, quizás que habría sido de él.*

M: *Y usted, ¿quería ir al psicólogo?*

J: *Yo tenía ganas de ir a un psicólogo hace mucho tiempo, pero lo que pasaba es que, a nivel bajo, en el consultorio, no hay psicólogo; y a veces el bolsillo no da para una consulta privada. Esperé, esperé, esperé, incluso me dieron unas crisis de nervios bien fuertes, (...) pero lamentablemente nunca me pude tratar porque -ya le explicaba la situación- hasta que llegué aquí [al Programa Familia y Comunidad].*

J.: *Y a mí me trató la señora Josefina por problemas de pareja, matrimoniales y sexuales, todas esas cosas en que yo tenía problemas. Me sirvió bastante venir, (...) me sacó del hoyo en que yo estaba metida (...). La experiencia fue bien bonita. Incluso, si ahora tengo cualquier problema, voy donde ella, converso si me siento mal, voy y se lo comunico a ella. A veces viene la señorita Mónica [la monitora del programa] a dar sus vueltas, a ver cómo estamos, si hay alguna novedad. Es bueno el sistema.*

J.: *A mí me sirvió, porque me fueron orientando como tenía que ir tratándolo [al hijo], porque yo gritaba, incluso yo echaba hasta garabatos, me desesperaba. Y yo estaba mal pues, a lo mejor el niño me estaba necesitando, que yo lo escuchara, que lo estimulara, y yo no hacía nada de eso; me encerré en mí misma.*

J: *Creo que no estaba haciendo un papel de madre como debería haberlo hecho de un principio, crié así a tontas y a locas, como se puede decir. Yo fui mamá adolescente, a mí hijo mayor yo lo tuve a los 16 años, de ahí vino el otro a los 17, de ahí ya se puede decir que hubo un lapso (...). Después que me casé, con los años, vine a tener a la niña. Es un problema muy a fondo el que yo tenía y sin que nadie me guiara,*



por ejemplo me dijera "ésto está bien, ésto está mal". Yo cometía muchos errores, eso era, yo creo, lo que les molestaba. Porque yo los gritaba, les echaba garabatos; uno cree que tiene derecho a golpearlos y todo. Yo pienso que me hizo totalmente bien ir a las charlas que me dieron ahí. Yo estoy super contenta con eso.

M: Ud. misma ¿cuánto tiempo alcanzó a ir?

J: Yo estuve yendo como dos meses, pero constantemente, los días martes, a veces me daban dos sesiones a la semana, a veces iba una, pero siempre permanente.

M: Y ¿cómo eran las sesiones?

J: Bueno, a mi la Sra. Josefina me daba unas tareas, yo tenía que hacer esas tareas, comúnmente con mi pareja, y yo después ir allá y contarle cómo me había ido, que si había cumplido lo que ella me había dicho, que cómo encontraba yo que estaba. Y yo encontraba que haciendo lo que ella me estaba diciendo, me estaban resultando mejor las cosas. Porque yo tuve bastantes problemas con mi pareja, incluso llegó un momento en que me que ría separar, así que ella me ayudó bastante, y ahí salió este niño, sí, que no estaba en el cuadro.

M: O sea que fue producto de la reconciliación.

J: Sí, (risas).

M: Y Ud., antes de ir, ¿cómo se imaginaba que era, cuando le dijeron que tenía que ir para allá?

J: Es que, ¡la ignorancia! Yo decía: "para qué voy a ir para allá, si yo no estoy loca". Pero yo ahora estoy convencida que si a uno la mandan a un psicólogo, no es porque esté loca la persona, sino que necesita un tratamiento para ayudarla, conversando, porque a veces hay cosas que uno ni al propio marido

se las puede confidenciar, entonces ahí hay una persona donde uno ya sabe que va estar ahí y la va a escuchar. No le va a dar ayuda material, ni nada; pero, una palabra, un aliento para decir: "tengo que salir adelante". Porque hay momentos en que es tanto, que uno llega a pensar en eliminarse, porque yo lo hice.

J: (...) y hace poco, antes del parto, vino la señorita Mónica, sí.

M: ¿A ver, cómo estaban?

J: Claro, a ver como estaba, si ya había tenido mi hijo, o no.

M: ¿Le parece bien que de parte del programa hayan personas que la vengan a ver, como me dijo de Mónica?

J: Sí, es bueno, porque a veces una por vergüenza no se acerca, o pasa mucho tiempo y como que no le da la cara a uno para volver a ir. Aquí la señorita Mónica viene, se puede perder un mes, dos meses y después vuelve otra vez, entonces se ve que tienen interés hacia las personas (...). Incluso a mi se me ofreció que si mis hijos no querían ir para allá, podrían venir para acá a hacer una terapia con ellos, pero no hubo necesidad, porque ellos querían ir para allá.

M: ¿Ud. le ha contado a amigas o vecinas que ha ido para allá [al Programa Familia y Comunidad]?

J: Sí.

M: Y ¿qué opinan?, ¿cómo ha sido la reacción de ellas con respecto a eso?

J: Tengo incluso amigas que están tratándose ahí, porque entre amigas a veces uno se pone a conversar "fíjate que me pasó ésto, me pasó



lo otro"; "mira, ¿sabes qué puedes hacer?: Anda a tal y tal parte, a mi me ayudaron bastante, yo tenía casi los mismos problemas tuyos". Aquí mismo, una niña vecina está yendo con el niño. El marido está preso y ella tiene problemas con el niño, así que estuvo yendo. Y así, a varias amigas les he contado yo.

M: ¿Y cómo reaccionan ellas?

J: Bien conformes, porque van. El otro día me encontré con Paulina, y me dijo "¡ah, no sabes nada! te hice caso, fíjate, y fui, me atendieron super bien, y están tratándome a mi y a la niña".

M: Y a Ud., ¿qué fue lo que más le sirvió para cambiar?

J: Bueno, a mi me sirvieron los consejos que me daba la señora Josefina.

M: ¿Las tareas esas?

J: Claro, esas tareas. Las sesiones que me dio ella, que fueron bastante buenas, porque yo, a veces: Una dueña de casa se guarda, se guarda, se guarda las cosas y no tiene a veces con quien desahogarse, y yo voy allí y se las cuento, como que es una gran amiga, y le cuento mis cosas y ella me ayuda. A veces dos o tres palabras que me dice ella, me alivian bastante.

M: ¿Qué tareas le daba ella?

J: Por ejemplo, el trato: cuántas veces gritaba, cuántas veces no gritaba, cosas así, que me orientaban en cómo tenía que tratar a los niños. Cuando parecía que ya iba otra vez a gritar, como que las palabras de ella se me venían a la mente: "no, no lo voy a hacer, no lo tengo

que hacer", y lo buscaba por la buena: "Pedrito mira esto", "Pedrito acá", o un abrazo, o un beso, pero ya nada de esos gritos que yo les daba; ya con eso se acababa el grito. Así era el sistema. Ya después de eso, lo otro, eran problemas más íntimos de pareja.

M: ¿También le daban tareas en ese aspecto?

J: También, porque yo era muy fría con mi marido, indiferente, y ella me enseñó a ser más coqueta, a arreglarme. Eran como tareas que ella me iba poniendo, y entonces, cuando yo hacía esas tareas, yo tenía que contarle cómo había reaccionado él, cómo me había sentido yo, si me gustaba o no me gustaba. Y conversar con mi pareja, porque yo no conversaba nunca con mi pareja, o sea no dialogábamos cosas íntimas.

M: ¿Y empezaron a hacerlo?

J: Claro, yo empecé a hacerlo. Así, gracias a Dios, estamos bien.

M: ¿Y ahora que la Sra. Josefina no le da tareas?

J: Las he hecho igual, como todo lo que ella me ha dicho y sigo mi vida igual (...). Hace varios meses ya que no voy.

M: Y los cambios, ¿se han podido mantener?

J: Sí, he estado bien; altos y bajos como en todo matrimonio, porque donde hay sólo un sueldo y hay que ir para allá y para acá, pagar agua, luz, gas; cuesta, no es fácil. Pero esos son detalles que yo pienso que en todas las casas pasan.

Como se puede apreciar en el relato presentado en las páginas precedentes, la entrevistada accede al Programa Familia y Comunidad a raíz de un problema muy crítico de su hijo. En forma previa ella había tenido contacto con otras instituciones



asistenciales, experiencia que le permitió desarrollar una posición definida en relación al tipo de tratamiento que desea para él.

Con base en esta experiencia previa, la consultante distingue diferentes aspectos que se destacan en el estilo institucional del Programa Familia y Comunidad. Algunos de éstos son el compromiso o dedicación de los profesionales y el trato recibido. Estos aspectos son vistos por ella como características particulares de la terapeuta, pero también como parte de la modalidad de trabajo de la institución. El compromiso o dedicación de la institución es percibido, por ejemplo, en el hecho que sus profesionales acudan al domicilio de los destinatarios cuando éstos están impedidos de asistir a la sede del programa.

El buen trato, a su vez, es parte de un aspecto más general que también es evaluado positivamente: la relación personal (afectivamente cercana) de los profesionales con los destinatarios del programa.

En relación con el tratamiento recibido resaltan lo relativamente breve del mismo y la conceptualización que Juana hace de él. Para ella, el Programa Familia y Comunidad es fundamentalmente una institución de la que pudo recibir directrices para los problemas de su vida cotidiana (en forma de "tareas" y consejos); en especial, en relación con la crianza de sus hijos y la relación con su marido. Sin embargo, durante la intervención psicológica tuvo que re-significar algunos problemas (por ejemplo, la propia conducta con los hijos) para poder aceptar y aplicar estas directrices. Además, el enfoque sistémico de su terapeuta la instó a re-conceptualizar su motivo de consulta inicial como problema radicado en el sistema familiar (incluida ella misma) y no exclusivamente en el niño.

A través de estas re-conceptualizaciones y re-significaciones y de la aceptación e implementación de las indicaciones conductuales recibidas, Juana logra beneficiarse de la atención psicológica. Además, ésta se constituye en un espacio de expresión, en el cual puede "desahogarse", donde se siente escuchada y aceptada. En consecuencia, su evaluación general de la ayuda psicológica recibida es positiva.

En su caso específico, destaca la autonomía lograda en relación con la ayuda profesional: Ella continúa aplicando los contenidos aprendidos aún sin el contacto con los profesionales. Sin embargo, esto no significa que Juana considere "terminada" su relación con el programa; al contrario, ella aprecia la mantención del contacto, pero no tanto por-

que lo necesite para resolver sus problemas, sino porque -desde su punto de vista- la continuación del vínculo es una muestra de interés mutuo. Este aspecto es relevante, pues un programa de esta naturaleza -inserto en la comunidad-, aunque ofrezca atención psicoterapéutica, necesariamente establece vínculos más permanentes con sus destinatarios que los que se generan en una consulta privada.

Por otra parte, la relación que Juana establece con su terapeuta es cercana, aunque asimétrica. La terapeuta le "enseña" conductas y actitudes que ella aplica en su vida cotidiana. Sin embargo, para que esta modalidad resulte efectiva, Juana debe poder sentir que su terapeuta conoce su vida cotidiana (no hay que olvidar que ambas pertenecen a ámbitos socioculturales diferentes). Para ello, es de relevancia que el programa está situado en la comunidad misma y que tenga apertura frente a ésta (por ejemplo, que los profesionales también acudan a los domicilios de sus consultantes). Esta inserción otorga credibilidad a sus intervenciones y a la vez permite a los terapeutas conocer el ambiente sociocultural de sus destinatarios.

La diferencia cultural, como obstáculo, es algo que sin embargo permanece latente: Es perceptible en la vergüenza que ha sentido Juana en algunas ocasiones, o en el prejuicio que dice que "hay que estar loco" para ir al psicólogo, el cual tuvo que vencer para acudir a pedir ayuda profesional.

Un último aspecto interesante de destacar es que Juana, al estar satisfecha con el tratamiento recibido, actúa como promotora del mismo entre sus amistades. Esta conducta puede ser vista como producto del deseo que la ayuda recibida también se extienda a otros, pero desde una perspectiva más general también constituye una especie de "trabajo de socialización" en que ella actúa como agente que familiariza a su comunidad con la posibilidad de pedir ayuda psicológica. Sin embargo, es evidente que la familiarización con la ayuda psicológica como recurso para la solución de problemas puede constituir un arma de doble filo, en especial, en el caso que el equilibrio entre ayuda externa y autoayuda se rompiera a favor de la primera.

#### **(b) "CENTRO DE INTERVENCION EN SITUACIONES DE CRISIS" (CISC)**

##### **Caracterización:**

El Centro de Intervención en Situaciones de Crisis (CISC) se ubica geográficamente en Wedding, una comuna de la ciudad de Berlín. Esta comuna ha



sido históricamente una comuna obrera, caracterizándose actualmente además por su elevada proporción de extranjeros, en su mayoría provenientes de Turquía.

El tipo de intervención que se realiza en y desde el CISC se orienta teóricamente por el concepto de crisis de Caplan (1964), actualizado por Ulich (1987), a partir del cual se entiende la intervención oportuna en situaciones de crisis como una estrategia de prevención de trastornos psicológicos mayores. A este objetivo general de intervenir en situaciones de crisis se asocia otro específico, cual es la prevención del suicidio, cuya tasa es particularmente alta en esta comuna berlinesa (Handrack, 1988).

### **Historia:**

Los primeros en hacerse cargo de la problemática del suicidio en la comuna Wedding fueron grupos de estudiantes de Psicología del "Programa de Asistencia Psicosocial" ("Projekt Psychosoziale Beratung"), del Instituto Psicológico de la Universidad Libre de Berlín. En colaboración con otras instituciones, estos estudiantes ofrecieron asistencia en situaciones de crisis a la población. De esta experiencia nació la iniciativa de fundar el CISC. El marco que hizo posible su creación fue el "Plan de Atención Psiquiátrica para Berlín", el cual es la continuación de la reforma de la psiquiatría, iniciada en Alemania en 1975 (Bosch & Kuhlentkampff, 1985), y estipula que cada comuna berlinesa debe tener un centro asistencial dedicado a la intervención en situaciones de crisis (intervención ambulatoria o estacionaria).

El CISC nació en 1987, obteniendo financiamiento estatal por dos años en calidad de proyecto piloto del Ministerio para la Juventud, la Familia, las Mujeres y la Salud. A partir de 1989 fue financiado en forma permanente por el Senado de Berlín.

En la etapa de planificación del trabajo del CISC aparecieron dos puntos de conflicto, cuales eran la inclusión o exclusión de médicos y la decisión si los destinatarios del centro debían ser aquellos que sufrían de "crisis psicosociales" o si el trabajo debía dirigirse primordialmente a las crisis de tipo psiquiátrico. En lo que respecta el primer punto conflictivo, se decidió no incluir a médicos en el equipo profesional del CISC, pero sí mantener una estrecha relación con las instituciones de atención psiquiátrica de la región, en especial, con el "Servicio de Psiquiatría Social". En relación al segundo punto de conflicto, se decidió trabajar con ambos tipos de crisis, con lo cual el CISC se

autodefinió como servicio pertinente para la intervención en crisis tanto de tipo psicosocial, como para aquellas relacionadas con trastornos psicóticos (Schürmann, 1992). Además, se tomó la decisión de ofrecer solamente atención ambulatoria, lo cual obligó al CISC a mantener estrechas relaciones de cooperación con otras instituciones asistenciales de tratamiento estacionario.

### **Equipo profesional:**

El equipo del CISC se compone de cuatro psicólogos y dos asistentes sociales. A ellos se suman estudiantes de Psicología que realizan su práctica profesional en el centro.

### **Modalidad de trabajo:**

El horario de atención del CISC abarca desde las 15 a las 24 horas, tanto en días hábiles como durante el fin de semana y en días festivos. Otras características que definen el estilo de trabajo del CISC son la "movilidad" y la garantía de anonimato para los usuarios.

Con el término "movilidad" se alude a la disposición del equipo profesional del CISC a acudir al lugar donde están ocurriendo los problemas. El trabajo profesional ofrecido por el CISC para las situaciones de crisis incluye la atención de personas que acuden hacia el lugar, la intervención "en terreno" (en los hogares, lugares de trabajo, en la calle, en hospitales o servicios de primeros auxilios) y la asesoría telefónica. De estas modalidades, las más frecuentes son las atenciones en el CISC y la asistencia por teléfono (Bergold & Zaumseil, 1989).

Por otra parte, velar por el anonimato de los usuarios implica no llevar actas con los datos personales de éstos y no asumir la obligación de transferir información acerca de los pacientes a otras instituciones.

Ambas características, movilidad y anonimato para los usuarios, sirven a un mismo fin: facilitar el acceso de las personas en crisis al servicio asistencial, a través de la eliminación de posibles barreras.

Otros aspectos más específicos del trabajo asistencial del CISC son los siguientes:

- (a) La atención es de corta duración, es decir, se ofrecen entre una y cinco sesiones por caso.
- (b) Se realizan intervenciones tanto individuales como de pareja y familiares.
- (c) Una tercera característica de la modalidad de trabajo del CISC es la estrecha cooperación y co-



ordinación con otras instituciones asistenciales, la cual es considerada imprescindible.

(d) Se busca también asegurar la continuidad de la atención. Esto significa hacer lo posible por mantener el mismo profesional en atenciones sucesivas de una misma persona y no interrumpir la ayuda después de las cinco sesiones en el CISC, sino derivar a los pacientes a otras instituciones asistenciales en caso de que exista necesidad de continuar el tratamiento después de la intervención en crisis.

(e) El marco teórico para las intervenciones lo constituyen los conceptos de crisis y de intervención en crisis (Caplan, 1964; Ulich, 1987), sin embargo, más allá de éstos, se evita el apego excesivo a alguna teoría psicoterapéutica en particular. El enfoque basado en el concepto de crisis yace sobre el supuesto que cada persona está permanentemente enfrentada con problemas vitales los cuales debe sobrellevar, y que sería el desequilibrio entre la envergadura del problema y los recursos para superarlo, el que llevaría a la situación de crisis (Schürmann, 1992). Para efectos de la intervención, esto implica que los profesionales guíen su atención hacia los eventos desencadenantes y los afectos concomitantes de la situación de crisis, preocupándose simultáneamente por reactivar los recursos (estrategias de solución de problemas) del afectado e incluir y facilitar el apoyo de su red social. El CISC trabaja con el grupo familiar y con las redes sociales de sus usuarios, a fin de fomentar en los destinatarios de su ayuda la utilización de los propios recursos, en la situación actual y en futuras situaciones de crisis. Con el objetivo de fortalecer la atención ambulatoria y la reinserción de los pacientes (en particular, los que presentan trastornos psicóticos) en la comunidad, el CISC también trabaja con la red institucional del sector.

En términos generales, esta orientación significa entender la situación de crisis como un evento limitado en el tiempo, que contiene tanto la posibilidad de una reorientación (positiva) de la persona como también la de un fracaso que conlleva el riesgo de un trastorno psicosocial mayor. La intervención inmediata ante la crisis de tipo psicosocial o psiquiátrico prevendría, entonces, el desarrollo de trastornos mayores, disminuyendo con ello la necesidad de tratamientos prolongados y de hospitalizaciones.

16 Los siguientes extractos de entrevista corresponden a datos cualitativos de la investigación "Efectos de la ayuda psicológica desde la perspectiva de los pacientes" y fueron traducidos del idioma alemán por la autora.

## La perspectiva de los destinatarios 16:

En un estudio cualitativo acerca de la perspectiva de los pacientes sobre distintos tipos de ayuda psicológica, se entrevistó a personas que habían recibido atención profesional en el CISC. Una de estas personas es Francisca, quien describe su percepción de la atención recibida en este centro asistencial.

Francisca fue entrevistada durante 1990, en tres oportunidades. La tres entrevistas se realizaron en su casa, en la ciudad de Berlín. Ella había llegado al CISC en un estado de crisis agudo, con ideas suicidas, desencadenado por la ruptura de su relación de pareja. Asistió a seis sesiones y luego fue derivada a una institución dedicada a la psicoterapia.

Unos meses antes de la crisis, Francisca había comenzado una relación de pareja (con Felipe) paralela a su matrimonio con Miguel. Después de un período de grandes conflictos había decidido separarse. Sin embargo, luego de tomar la decisión y plantearse a su marido, Felipe, es decir su pareja extramarital, termina la relación con ella. Ella intenta volver donde el marido, sin embargo, éste le señala que ya es tarde para una reconciliación. Este hecho gatilla la crisis:

*F: Él (Felipe) me dijo que mi separación siempre le recordaría su propia separación anterior y que no podría seguir conmigo. Eso me hizo trizas. De alguna manera pensé, que mi vida estaba terminada. Ya no podía pensar, me dolía demasiado (...). Esta sensación, que es el hombre que amaba y en el cual había confiado y, de pronto, él ya no me quiere.*

*F: Al día siguiente me encontré con Miguel (el marido) y le dije: "entre Felipe y yo terminé todo" y él me contestó: "ahora tampoco yo te quiero ya", y se fue.*

Francisca busca apoyo donde una amiga, a quien le relata lo sucedido. Luego, esa misma noche, toma alcohol hasta embriagarse y al día siguiente compra sedantes, con el propósito de suicidarse.

*F: Después de embriagarme, por supuesto dormí, pero en la mañana si-*



guiente, era lunes, se me vino todo encima. Desperté y supe lo que había sucedido, y fue como caer en un profundo pozo. Entonces me acordé de una conocida que me había comentado de unos sedantes, que vendían sin receta médica (...). Fui a la farmacia y los compré y esto me tranquilizó un poco, porque pensé: "si llego a sentir que no soporto más, me los puedo tomar". ¿Si acaso realmente me las hubiera tomado? Eso no se puede saber, pero por lo menos en aquel momento pensaba hacerlo.

Sin embargo, ese mismo día, la amiga, quien se había dado cuenta de su estado, la lleva a pedir ayuda profesional a una institución llamada "Pro-Familia", desde la cual es derivada al Centro de Intervención en Crisis (CISC).

F: Llegué allí un día Lunes, y luego fui el Miércoles y después siempre dejamos un espacio de una semana entre sesión y sesión. Sin embargo, si yo lo hubiera necesitado, siempre habría podido llamar, y podría haber ido antes de la sesión planificada.

F: Fui cinco veces. Después ya me sentí estabilizada. Luego hubo un lapso más largo sin atención, después del cual fui una última vez.

F: Las sesiones eran cansadoras. En realidad nunca me di cuenta de eso mientras estaba allí, pero sí después. Después, siempre me sentía completamente agotada. Porque no hablábamos solamente acerca de esta situación con Felipe, sino que desde un comienzo ella [la terapeuta] indagó muy profundamente, llegando hasta situaciones de mi infancia, de tal modo que muchas cosas se me hicieron conscientes y yo comencé a reflexionar en torno a ellas (...).

F: Esto me ayudó a darme cuenta de muchas cosas, a tomar conciencia. Sí, pienso que me fue de gran ayuda.

F: Al principio, las primeras dos veces, con lo del asunto de los sedantes, fue muy impotente que simple

mente hubiera alguien allí dispuesto a escucharme. Y, sobre todo y eso era muy importante para mí que fuera alguien externo a toda la situación, alguien que no me conocía, alguien absolutamente neutral y, bueno, alguien que por su formación de psicóloga pudiera hacerme tomar conciencia de aspectos. Yo misma sólo puedo pensar: "esto podría significar tal cosa", pero yo no lo puedo saber a ciencia cierta. Pero alguien que se dedica profesionalmente a esto, tiene una perspectiva absolutamente distinta, puede explicar las cosas de mucho mejor manera.

F: Y lo otro tiene que ver con todas estas relaciones entre las personas cercanas a mí: están todas conectadas unas con otras. A veces pienso que es como una tela de arañas y cada hilo está en manos de alguno de ellos. Esto se relaciona con que todos vivimos geográficamente tan cerca. Eso lo hace más difícil. Uno a cada rato se encuentra con el otro. También los dos hombres se encontraron alguna vez en la calle.

M: ¿Cuánto tiempo pasó hasta que Ud. se sintió mejor?

F: Bueno, yo pienso que este sentirme muy mal duró -no sé- tres o cuatro semanas. Pero ya después de la segunda sesión, dejé de pensar en matarme, ya entonces comencé a pensar en otras cosas. Me decían: "piense en Ud. misma" y yo partía a comprarme algo o iba al cine o leía algo, cualquier cosa, para dejar de pensar en eso. Y luego me di cuenta, después de cuatro o cinco semanas, que ya me estaba sintiendo mejor, aunque siempre hubieron algunas recaídas, momentos en que estaba totalmente deprimida, pero de algún modo siempre logré salir sola de esas situaciones. Quizás también porque en el fondo sabía que... si no lo logro, si no puedo más... hay alguien allí a quien puedo acudir, con quien puedo hablar.

F: Ahora ya terminé con las sesiones, y quedamos en que, si yo volvía a sen-



*tir la necesidad, podría volver a llamar.*

- F: *Aprendí algo nuevo acerca de mi misma en las sesiones. Creo que - con toda seguridad- cometí muchos errores, errores que tienen que ver, también, con mis padres, porque nunca aprendí a enfrentar los conflictos.*
- F: *También comprendí que había estado insatisfecha con mi matrimonio, que en realidad había querido tener una relación distinta. A través de la atención en el CISC entendí porqué estaba tan insatisfecha y cómo las cosas habían llegado hasta ese punto.*
- F: *Descubrí, además, que mis necesidades eran normales, que no era absurdo lo que yo quería, y que siempre había suprimido mis propios deseos, o que éstos también habían sido aplacados desde fuera.*
- F: *Hay cosas que ahora entiendo mejor. Si ahora continúo con una terapia, seguramente voy a profundizar más sobre ellas.*
- M: *¿Qué opina Ud. del CISC en términos generales, para quiénes es de utilidad?*
- F.: *En realidad existe para aquellos que están pasando un momento en que están realmente muy mal.*

En el caso de Francisca, el CISC cumple la clásica función de intervención en crisis, previniendo un posible intento de suicidio. Una vez superada la situación de peligro, la paciente es derivada a otra institución con el fin de que se someta a una psicoterapia.

La intervención misma es intensiva y breve, adaptándose a las necesidades de la consultante ("si yo lo hubiera necesitado, siempre habría podido llamar, y podría haber ido antes de la sesión planificada"). Se asemeja a otro tipo de intervenciones psicológicas<sup>17</sup>, en tanto ofrece a la paciente un

"espacio" en el cual ella puede expresarse y en cuanto impulsa en ella cambios que se pueden sintetizar como "re-significación" de sus problemas y de su situación vital. En este sentido, el efecto es similar al observado en el relato anterior, de la consultante chilena. Asimismo, ambas experiencias coinciden en su efecto transformador del foco del problema, centrando a las pacientes más fuertemente sobre sí mismas. También en ambas experiencias atencionales se le otorga al terapeuta o consejero el rol de experto (Francisca dice: "*alguien que se dedica profesionalmente a esto, tiene una perspectiva absolutamente distinta, puede explicar las cosas de mucho mejor manera*").

Sin embargo, un aspecto que es exclusivo de la experiencia de Francisca es su valoración positiva del hecho que la profesional del CISC sea alguien ajeno a su red social habitual, porque le da garantía de neutralidad.

Por último, en el relato anterior también se aprecia la evaluación positiva de la consultante sobre la accesibilidad de la ayuda psicológica, es decir, la valoración de la ausencia de barreras institucionales, cuestión que -como se vio previamente en la caracterización de la institución- coincide con la definición que los profesionales del CISC hacen de su modalidad de trabajo.

Sin embargo, el relato de Francisca ejemplifica sólo una de las formas de ayuda psicológica que ofrece el CISC; otra se refiere al apoyo que el centro otorga a consultantes con problemas de carácter crónico, ya sean trastornos psicóticos o alteraciones graves de personalidad. En estos casos, la intervención del CISC previene su desestabilización, evitando con frecuencia la hospitalización. Los siguientes extractos de una entrevista con Paulina, realizada en 1990 en su domicilio en Berlín, ilustran esta modalidad de ayuda:

Desde su tercer año de vida, Paulina presentó síntomas psicológicos y psicosomáticos que se fueron sucediendo unos a otros en una verdadera cadena. Cuando pequeña, vomitaba en forma compulsiva; luego, a los nueve años tuvo un tic nervioso, un cabeceo. A los 12 años comenzó a tartamudear. Posteriormente, durante largo tiempo, mantuvo una obsesión a ser envenenada. A los 18 años sufrió de "dolores cardíacos" y durante el último tiempo (actualmente tiene 23 años) ha tenido depresiones e ideas suicidas.

Su experiencia con la ayuda profesional comienza a los 9 años de edad. Desde entonces, y con sólo una interrupción de dos años (entre los 16 y

<sup>17</sup> Véase el análisis de la perspectiva de los destinatarios del "Programa Familia y Comunidad".

Respecto de los distintos tipos de ayuda profesional, ella señala durante la entrevista lo que busca en el contacto con cada uno de ellos:



los 18), Paulina ha estado permanentemente en contacto con profesionales del área de la salud mental. Se ha sometido a terapias individuales, terapias grupales, tratamientos psiquiátricos ambulatorios, intervenciones en crisis y a una estadía en una clínica psiquiátrica. A veces busca ayuda, adicional en hospitales generales, principalmente en situaciones de crisis. Durante el último tiempo ha estado asistiendo simultáneamente a tres tipos de ayuda profesional: va regularmente al psicólogo, al psiquiatra ya menudo acude al CISC.

*P: Bueno, del psiquiatra principalmente la atención médica, del psicólogo algunas aclaraciones, de cómo hacer las cosas, por ejemplo, para aclarar lo que puedo hacer profesionalmente; y los trabajadores sociales, ellos generalmente están para aclarar la parte financiera.*

Más específicamente en relación con la psicoterapia, Paulina relata cómo ésta es una ayuda permanente en la solución de sus problemas cotidianos:

*P: Allí voy regularmente, siempre una vez por semana. Hablamos sobre cosas actuales (...), sobre mis problemas personales y sobre cómo debiera continuar profesionalmente.*

A los psiquiatras acude para el tratamiento medicamentoso. Ellos, además, coordinan algunas otras formas de tratamiento y se ocupan de otorgarle licencia médica.

El CISC, en cambio, llena vacíos de atención de las otras ofertas asistenciales utilizadas:

*P: Bueno, y si pasa algo en fines de semana o de noche, entonces llamo por teléfono al Centro de Intervención en Crisis (...); existe más para eso; o también, por ejemplo, para cuando mi psicólogo está de viaje o está enfermo o cuando necesito apoyo durante la noche.*

En los relatos de Paulina aparece muy claramente la conexión entre su aislamiento y la ayuda profesional. Para ella, los profesionales son interlocutores que compensan sus escasas relaciones sociales.

*M: ¿Y cuando Ud. llama por teléfono al Centro de Intervención en Crisis, qué tipo de ayuda espera?*

*P: Principalmente, que alguien me apoye, escuchándome; alguien con quien pueda conversar. Aquí no hay nadie con quien conversar, con las paredes no se puede hablar.*

En el caso de Paulina, la función más importante del CISC parece ser la de evitar una hospitalización psiquiátrica de largo plazo. Gracias al apoyo permanente que recibe del centro (y de otras instancias de ayuda psicológica), ella logra mantenerse en el medio ambulatorio. En su caso se conjugan diferentes modalidades de ayuda psicológica, dentro de las cuales la atención del CISC es percibida como un espacio de comunicación y de apoyo emocional. Debido a que la paciente parece requerir de un apoyo institucional permanente, el CISC también garantiza la continuidad de éste, interviniendo cuando se interrumpe la atención otorgada por otras instituciones.

Finalmente, cabe discutir la función de compensación que tiene el CISC frente a las deficiencias de la red social de Paulina. Este aspecto es bastante problemático: Por una parte la intervención oportuna del CISC aparece como necesaria para prevenir situaciones de crisis que pueden culminar con una hospitalización. Por otra, sin embargo, la relación profesional reemplaza relaciones de la vida cotidiana de la paciente, disminuyendo así su motivación -aunque no sea ésta la intención- hacia la búsqueda de relaciones interpersonales fuera de la esfera de la ayuda institucionalizada.

A través de los relatos de las dos pacientes del CISC se puede apreciar que el tipo de intervención que hacen sus profesionales cumple una función preventiva de trastornos mayores, tanto para aquellas personas que se encuentran en una situación de crisis aguda como para las que, dado un estado de labilidad crónica, necesitan de un apoyo permanente para mantenerse en el medio de la atención ambulatoria.

### (C) "CENTRO DE ASISTENCIA A LA COMUNIDAD" (CeAC)

#### **Caracterización:**

El CeAC es una institución argentina, ubicada en una comuna de la ciudad de Rosario, la cual, como lo dice su nombre, brinda asistencia a la comunidad. Su trabajo abarca diversas áreas, entre las que se incluyen: asistencia médica, asesoría legal y atención psicológica en situaciones de crisis. En forma paralela a esta atención, el CeAC ofrece una serie de talleres, que en parte son llevados a cabo por personas de la misma comunidad



y en los cuales se da respuesta a necesidades de niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Una característica especial del CeAC, que lo diferencia sustancialmente de los otros dos programas aquí presentados, es su vínculo con una agrupación de vecinos, la Asociación Cooperadora del Centro de Asistencia a la Comunidad ("Cooperadora del CeAC"), que se creó a partir del trabajo del centro y actualmente participa en forma activa en la planificación e implementación de varias de sus actividades. Esta "Cooperadora" posee su propia estructura jerárquica (elige su presidente, secretario, tesorero, etc.) y tiene derecho a voz y voto en todos los asuntos que conciernen el trabajo del CeAC (lo cual no significa que determine qué se hará en una intervención en crisis particular, porque esto es asunto de los profesionales a cargo, pero sí, por ejemplo, que señale si tales intervenciones responden a una necesidad de la población y, por ende, si deberán seguir implementándose).

### Historia:

El CeAC se creó en 1984, a partir de la iniciativa de un grupo de docentes de la Universidad Nacional de Rosario. Su nacimiento dice relación con el replanteamiento del perfil del psicólogo, con los cambios en el enfoque del curriculum de la carrera y con una re-concepción de la extensión universitaria. Fue conceptualizado originalmente como un proyecto de Atención Primaria en Salud Mental, con un enfoque preventivo y comunitario, convirtiéndose luego en un Centro de Salud Comunitario (CeAC, 1993).

En 1985, la Universidad cedió una vivienda, localizada en un sector heterogéneo desde el punto de vista socio-económico (presentaba tanto sectores de extrema pobreza como otros de nivel social medio). Desde sus comienzos, el CeAC se propuso responder a las necesidades y requerimientos de la comunidad en la cual se insertó, la que tiene una población de aproximadamente 26.000 habitantes. También desde sus inicios existió consenso entre los miembros del equipo profesional en cuanto a aplicar una metodología participativa (CeAC, 1993), que debía ser construida, es decir, para la cual debían generarse mecanismos que permitieran integrar la comunidad a las acciones asistenciales.

Se comenzó, entonces, por planificar la estrategia de inserción en la comunidad. En relación con esto, los profesionales afirman lo siguiente: "Partíamos del reconocimiento de que nuestros interlocutores:

vecinos, organizaciones, instituciones, que conformaban la comunidad a la cual iban a ir dirigidas nuestras acciones, también eran dueños de un poder y un saber" (CeAC, 1993, pág. 3).

Las primeras tareas fueron conocer la zona y darse a conocer. Para tal efecto se recorrió el barrio y se visitaron instituciones (escuelas, comisaría, clubes, biblioteca, etc.). Además se llamó a la comunidad a participar en actividades organizadas por el CeAC, a través de invitaciones que se repartieron casa por casa.

Los servicios que ofreció el CeAC en sus comienzos se clasificaron en "acción comunitaria" y "asistencia en crisis", esto a fin de planificar acciones orientadas a la prevención primaria y a la prevención secundaria (op. cit.).

Luego se incorporaron nuevos profesionales al equipo (aparte de los psicólogos que lo habían iniciado): una abogada, una trabajadora social y un médico. Con su incorporación se amplió el espectro de acción comunitaria del CeAC.

En 1988 la Universidad quiso terminar con el proyecto, lo que llevó a una movilización masiva de defensa del CeAC por parte de la comunidad. Este movimiento logró revertir la medida y se constituyó en una organización de apoyo permanente: la "Cooperadora del CeAC".

A través de la "Cooperadora", el CeAC logró la participación activa y permanente de la comunidad; pero esta ligazón también implicó una serie de cambios, puesto que la "Cooperadora" comenzó a involucrarse también en la toma de decisiones. Para el equipo del CeAC "a partir de ese momento la tarea comunitaria se transforma en un proceso de co-construcción entre el equipo técnico y los vecinos. Se produce el cuestionamiento de las relaciones asimétricas de pasividad y dependencia, con la contrapartida del incremento de la hegemonía técnica de poder y saber. El cuestionamiento y la aparición de alternativas a esa situación constituyen la esencia del concepto de participación" (CeAC, 1993, pág. 3).

En lo interno, se reformuló la estructura basada en un diseño de servicios hacia otra, pensada como gestión e implementación de proyectos. Se comenzó a trabajar más cooperativamente con los vecinos, pasando de "modelos de intervención estratégica" a "modelos de co-evolución".

### Equipo profesional:

El equipo profesional actual del CeAC es un equipo multidisciplinario integrado por ocho psicólo-



gos, dos trabajadores sociales, cuatro estudiantes de trabajo social, dos médicos, una enfermera-observadora, cuatro abogados y una administrativa, además de dos psicólogos recientemente titulados, los cuales realizan una "pasantía".

### Modalidad de trabajo:

El CeAC "es un programa amplio, articulado por proyectos, con planificaciones flexibles, acotadas en el tiempo y programadas alrededor de objetivos claramente explicitados" (CeAC, 1993, pág. 4). Existen tres instancias al interior del CeAC que regulan y coordinan su trabajo: la asamblea, la "reunión de Cooperadora" y la reunión del equipo técnico.

La asamblea del CeAC es una reunión semanal, en la que confluyen vecinos y profesionales. "Funciona como un cuerpo legislativo, decidiendo acerca de las normas institucionales. Otro sentido importante de esta reunión es el tratamiento del funcionamiento del CeAC en su conjunto, abarcando desde las cuestiones de la convivencia hasta los análisis de la coyuntura social, o los contextos específicos" (Fuks, 1993, pág. 1).

La reunión de Cooperadora es realizada por la comisión de vecinos elegidos como representantes del conjunto de los habitantes del sector. Es aquí donde se gestan los planes de inserción comunitaria para el barrio (op. cit.).

Por último, los profesionales y estudiantes que trabajan en la institución mantienen una reunión de equipo técnico, semanal, en la que se fijan los objetivos y estrategias de trabajo. "Esta reunión permite revisar conceptualmente los planes y conformar una visión compartida entre las diferentes perspectivas (teóricas, disciplinarias, y/o personales). Los diferentes proyectos tienen sus propias reuniones de programación, para lo específico de cada tarea" (op. cit.).

Las actividades se pueden diferenciar de acuerdo a la composición del equipo a cargo (equipo de vecinos, equipo de universidad, equipo mixto) o de acuerdo a los destinatarios (la comunidad, los profesionales, la universidad o el conjunto). Los proyectos son coordinados por profesionales y/o vecinos y tienen autonomía para la implementación de sus tareas.

En términos generales, actualmente se pueden distinguir tres áreas de trabajo del CeAC: asistencial, socio-preventiva y docente.

Los proyectos del área asistencial se definen por su característica de atender la demanda de la población del sector. Sus actividades "se encuentran enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria y son en ese sentido un eslabón del proceso preventivo. Estos proyectos intentan crear un marco de interdisciplinariedad a través del trabajo conjunto de los distintos profesionales; los vecinos cumplen una función de agentes de salud y son parte importante en la detección y promoción de la salud" (Fuks, 1993, pág. 3). Entre los proyectos asistenciales están la atención psicológica, en especial la intervención en crisis, la atención médica y la asistencia judicial.

Los proyectos del área socio-preventiva promueven la prevención primaria (en la denominación clásica) y se desarrollan con gran flexibilidad. Existen proyectos coordinados por profesionales (autocuidado de la mujer), coordinados por vecinos (revista del CeAC) o coordinados conjuntamente (talleres, "polideportivo") (CeAC, 1993).

El ámbito docente, el CeAC coopera con los programas curriculares universitarios de pre y postgrado, aportando la experiencia en terreno y "facilitando a los profesionales y estudiantes una revisión de sus concepciones, confrontando distintos paradigmas que hacen a la práctica, a su función social y a su identidad" (CeAC, 1993, pág. 6).

### La perspectiva de los destinatarios 18:

El CeAC tiene diferentes tipos de destinatarios: Los que asisten a terapia o intervención en situaciones de crisis, los que acuden a asesoría legal, los que reciben atención médica, aquellos que participan de talleres y los que participan tanto en actividades organizadas por el CeAC como también en la gestación de las mismas. Estos últimos componen la "Cooperadora" y son los que fueron entrevistados acerca de su visión del programa y de la propia participación en él. A través de la información que ellos aportan es posible analizar uno de los temas más relevantes de la Psicología Comunitaria actual: la participación de la comunidad.

18 Los relatos que se presentan a continuación corresponden a una entrevista grupal con participantes de la "Cooperadora del CeAC", realizada por la autora en la ciudad de Rosario (Argentina) como parte del estudio piloto del proyecto de investigación sobre participación comunitaria, mencionado en el pie de página N° 1.



A continuación se presentan extractos de una entrevista grupal, en la cual los vecinos comienzan relatando sus primeros contactos con el CeAC:

E3: Bueno, yo me integré a la Cooperadora, también de la misma forma que Gabriel. Nos llevaron una invitación, casa por casa, invitando a los vecinos (...) para saber qué es lo que hacía el CeAC, porque nadie sabía como funcionaba el CeAC.

M: Y, ¿quiénes fueron los que repartieron esas invitaciones?

E3: Esas invitaciones las hicieron los profesionales, los del CeAC, digamos, invitando a los vecinos. Bueno, como uno es curioso, se acercó a ver de qué se trataba esa invitación. Y bueno, la primera noche fue de presentación, tardó un poco, los profesionales nos contaron cuáles eran las actividades que ellos estaban realizando y, bueno, nos invitaron a los vecinos a que nos acercáramos, que ayudáramos en proyectos, a ver qué cosas se podían hacer en conjunto, que para ellos era una cosa muy importante. Y bueno, en la segunda o tercera reunión que nos juntamos los vecinos con los profesionales, surgió de formar una Cooperadora. Bueno, y en la cuarta vez ya se realiza la comisión, se elige, bueno, y tuve la suerte, el apoyo de todos los demás vecinos, de que me eligieron presidenta, y bueno, acepté (...).

E3: De ahí empezamos a trabajar, bueno, y Uds. vieron el fruto, algo de lo que se hizo, que fue el consultorio, se trabajó para hacer el consultorio.

E3: Bueno, y seguimos trabajando, hay muchos proyectos lindos para seguir haciendo. Se formaron tallercitos, se hicieron los talleres de costura, de tejido, de cerámica, muchos otros tallercitos que están funcionando ahora, y bueno, estamos muy contentos y satisfechos con lo que se

está haciendo. Lógicamente no se puede hacer todo lo que uno de sea. La prueba Uds. la tienen. La otra noche, en la reunión, Uds. vieron que tenemos muchos inconvenientes todavía para hacer realidad otro proyecto que tenemos y todavía está ahí en la nada, porque hay que seguir peleando para conseguir eso. Bueno, esa es mi historia, bueno, y yo simplemente soy ama de casa, estoy trabajando ahora, cuidando dos sobrinas nietas (risas), bueno, sobrinas, y el tiempo libre que yo tengo, me dedico al CeAC. Esa es mi historia.

M: ¿Qué es lo que más te gusta de este trabajo?

E3: Ver los trabajos terminados (...), que se terminen todos los proyectos. Cuando se hace un proyecto y se termina eso me llena de emoción, y me pone triste no poder terminar de realizar lo que falta por hacer. Y también me gusta el grupo de vecinas que están trabajando, que tengo gran apoyo de todas ellas.

E4: Creo que el granito de arena que yo aportó es muy pequeño, pero me gusta venir porque me gusta escuchar lo que se hace, lo que se adelanta, todo lo que se logra, pero yo en realidad lo que aportó no es nada.

E3: ¿Y cómo te acercaste?

E4: De la misma manera más o menos. Ya no recuerdo cuál fue la persona que me dijo, y vine y me gustó todo lo que se iba a hacer, por eso vengo.

E5: Bueno, yo a pesar de que vivo enfrente, me llamó mucho la atención cuando vi por primera vez aquí el letrado grandote que decía Escuela de Psicología. Yo en ese tiempo trabajaba; trabajaba y estudiaba, así que no tenía mucho tiempo acá. Estaba casi todo el tiempo fuera de mi casa y hacía, a veces, horarios rotativos, pero cuando aquí funcionaba esto que era de tarde, yo tenía horario fijo



de tarde. Invitaciones recibí varias veces, pero la verdad es que desde el trabajo nunca podía llegar, así que nunca me enteraba ni de qué pasaba, ni para qué eran las invitaciones. Me llamaba la atención para qué era la Escuela de Psicología: "que raro, ¿qué harán?", sin saber que era una reunión de vecinos, que estaban con unos proyectos importantísimos. Después me acerqué y vi que acá estaban haciendo como un escenario. Me llamó muchísimo la atención. Entonces crucé -ese día sábado no trabajaba- crucé a ver qué pasaba: "vamos a hacer una fiesta", era...

E2: el asado.

E5: Entonces empecé a pensar ¿"cómo puedo hacer para llegar acá, entonces"? La chica que atendía acá, no nos conocíamos todavía, ella se preocupó de conseguirme una tarjeta y de ahí, en cuanto pude -no siempre podía porque hacía rotativo; habían días que podía venir a las reuniones y días que no- más o menos me fui integrando, y di un poco de ayuda a los vecinos dentro de lo poco que podía. Antes trabajaba, ahora hace dos meses que estoy sin trabajo, así que ahora me puedo dedicar un poco más.

E6: Yo seguiría. Fui de las primeras, fui uno de las primeras que vinimos. Yo iba, invitaba a mi hija, pero me decía que no. Pero a mi me llamaba de venir, había conferencias y yo que ría venir a esas conferencias, a esas charlas, pero no me acompañaba ninguna del barrio, tenían, le tenían un poquito de recelo, entonces yo me quedaba con las ganas de venir. Y un día recibí una invitación y decía "después habrá empanadas" (risas).

E6: Éramos tres, cuatro, ¡si yo fui de las primeras! Y me gustó, nos gustó la charla que hubo, comimos las empanadas, que estaban exquisitas, y seguimos viniendo y ya empezamos a trabajar en una u otra forma y aquí estamos trabajando.

M: ¿Qué tipo de charla era y qué fue lo que te interesó de la charla?

E6: Inicialmente ellos te hablaban sobre la ayuda que querían hacer y tratar de mejorar este lugar y me pareció una idea muy buena y seguimos trabajando con ellos.

E7: A mi, como más joven de todas, me costó mucho venir, porque yo no sabía el significado, nadie me explicaba lo que hacían acá dentro. Entonces, como desgraciadamente en el barrio se tejían distintas versiones: que tenían ideologías que a mi no me gustaban -en mi casa siempre se evitó la política-; entonces, un buen día, estando acá mi consuegra, mi suegra, la hija y mi nuera (risas), nosotros somos las tres familias (risas), tanto insistió Berta "vamos, vamos", "bueno" dije yo, y me gustó. Me gustó el modo que ellos tenían. Me explicaron bien el problema, entonces ya me gustó porque yo sabía que iba a trabajar para otra persona, que yo le podía dar, y a la vez ellos me iban a dar algo a mi. Entonces me puse a trabajar acá. En las oportunidades que yo pueda, estoy presente.

E6: Y lo que más me gustó es que (...) a mi me tocó ir a todos esos lugares en que había una miseria terrible, en todo, y nosotros veíamos las necesidades, ¿no es cierto?, y como usábamos el bien común para ayudar a esta gente. Entonces ahí me enganché.

E2: Hicimos una encuesta, de cómo se vive, quien trabaja, todo eso.

E1: Realizada por nosotros.

E6: Pero estaba bien explicado.

E1: Yo no sé, yo no sé si ustedes entienden eso.

E2: Eso que te enseñó Elba, la primera noche, cuando llegaste, esa hojita que te enseñó, cómo se hacían las encuestas, que cómo trabajábamos.



- E7: *Y es muy lindo, porque aquí salían cuántos eran de cada familia. Eso es lo que averiguábamos, cuántos vivían, de qué se ocupaban. Por lo general, el esposo, como esta es una zona portuaria, el hombre estaba sin trabajo, entonces tenía que salir a trabajar la mujer, y a mi todo eso me gustó para mi, para mi nuevo deber y ya nos enganchamos. Después con Carolina, la doctora, tuvimos que sacar resultados de las encuestas, tuvimos que analizar todas las encuestas, con calma primero. El trabajo era difícil porque tiene mucho, mucho trabajo.*
- E6: *Empezamos yo y Carolina a hacer ese censo, entonces yo la invite a Carmen, aceptó, y por último invitamos a mi hija.*
- E8: *El relevamiento que se había hecho, era una estadística acerca de todos los problemas que tenía la gente marginada, el no saber la gran cantidad, la proporción que había de gente que realmente necesitaba asistencia en todo sentido, eso me motivó a la participación, o sea, había algo latente dentro mío que fui descubriendo fui canalizando esto a través del CeAC. La participación, la colaboración y más que nada la integración del barrio al nivel comunitario. Entonces, con esa inquietud hice una encuesta yo por mi cuenta, en mi cuadra, acerca de qué necesidades había. Como para comunicarle al CeAC y poderlas canalizar. Las necesidades de ese momento, de la gente del barrio, la necesidad que tenía la gente de mi cuadra, era sacar los chicos de la calle, y la necesidad de la gente de Esmeralda hacia el otro lado, era la de crear distintas actividades como para que los chicos hicieran algo, querían hacer algo, para los adultos también. Entonces, uniendo los dos intereses, saqué uno en común, que era la organización de talleres, para darles actividades a los adultos, niños y adolescentes. Entonces pensé, por qué no crear talleres preventivos, socio-preventivos, para sacar a los chicos de la calle, de la droga, de la delincuencia. Al anciano de rehabilitarlo en las necesidades, a lo mejor de tejer, o de aprender cocina o de aprender costura. Y así surgieron todos los talleres, yo vine y lo propuse a Nora, la directora del CeAC, y ella me dijo que era muy buena idea, y que me pusiera a trabajar en el proyecto. Y ahí empecé a buscar los profesores, buscaba gente que realmente fuera responsable y que tuviera un curriculum dedicado a la tarea en la cual iban a enseñar, la actividad que iban a dar, y bueno, así empecé a ubicar la gente.*
- E2: *¿La gente que usted decía, de la villa?*
- E8: *Así me metí en la villa, y hablaba con la gente, veía qué interés tenían. La satisfacción más grande que tuve, es que la misma gente de la villa me decía, qué necesidades tenía y qué era lo que más les interesaba. Y ellos proponían el funcionamiento, por ejemplo, del taller de plástica, claro, porque esa gente tiene una cultura distinta puesto que viene del norte. Entonces son hábiles en el manejo de la arcilla porque en el norte, no sé si sabes, se hacen los hornos de barro. Entonces son muy hábiles en el manejo de alfarería, entonces les interesaba mucho lo del taller de cerámica, y bueno, de donde más flujo de gente viene, es de allá.*
- M: *¿Qué hacen con lo que producen en los talleres?*
- E8: *Bueno, la mayoría de la gente que viene, es la satisfacción personal de tener adornos para su casa, y otros han hecho cositas y lo han vendido, han vendido los productos que hacen: las muñequitas, platitos, las campanitas, tipo souvenir, que se cuelgan.*
- Parece especialmente interesante, en el caso del CeAC, rescatar la forma en que se establece la relación inicial con los vecinos y analizar la participación posterior de éstos en el centro. En un comienzo el equipo profesional hace una importante inversión de tiempo y trabajo para iniciar la par-



ticipación (reparte invitaciones casa por casa, organiza charlas, eventos sociales, comidas, etc.). Este esfuerzo explica que las personas acudan inicialmente a las actividades, pero no es suficiente para entender por qué se comprometen tan activamente y qué los motiva a mantener su participación en el tiempo. Al análisis de este aspecto se dedicarán los siguientes párrafos.

De entre los elementos que se relacionan con la permanencia y la calidad de la participación de los vecinos en el CeAC, destaca su motivación solidaria -brindar ayuda a los (aún) más necesitados- como motor de su participación. Esta motivación se encuentra arraigada en los valores culturales de los participantes y, por ende, existe con anterioridad a la intervención del CeAC, pero éste logra canalizarla adecuadamente. En relación con ello es también de relevancia la percepción que tienen los vecinos y vecinas del compromiso de los propios profesionales; como afirma una de ellas: *"para ellos era una cosa muy importante"*.

Otro elemento relacionado con el compromiso y la mantención de la participación es el hecho que los vecinos asuman responsabilidad sobre ciertas tareas (la encuesta, por ejemplo), tanto en la etapa de planificación, como en la ejecución y evaluación de las mismas. Esto evidentemente es ejemplo de una relación bastante simétrica con los profesionales, una relación que a los vecinos les deja un amplio margen de autonomía y en la cual los profesionales confían en la capacidad de éstos para llevar a cabo acciones con otros sectores de la comunidad. Resulta interesante observar que los vecinos, al implementar sus propias acciones con la comunidad, muestran una actitud hacia ésta que es similar a aquella que los profesionales del CeAC han tenido hacia ellos. Por ejemplo, confían en las capacidades de los habitantes de "la villa", y les resulta motivante responder a sus necesidades. De este modo, el fomento de la participación iniciado a partir del equipo profesional del CeAC tiene un efecto multiplicador, puesto que los vecinos de la Cooperadora lo irradian hacia otros sectores de la comunidad.

En relación con la simetría entre profesionales y vecinos, es de importancia el hecho que la Cooperadora tenga su propia estructura jerárquica. Su organización interna es parte de su esfera de autonomía y puede entenderse como otro elemento facilitador de la participación.

El análisis de la entrevista grupal también permite apreciar que no se "participa por participar", sino que la participación se da en función de un proyecto común que implica metas especificadas y

tareas concretas. Como señala uno de los vecinos: *"Bueno, y seguimos trabajando, hay muchos proyectos lindos para seguir haciendo"*. Es entonces este "hacer" el que da sentido al participar.

Se asocia a lo anterior el hecho que las acciones de los vecinos tengan resultados visibles: Sea la información que aporta una encuesta aplicada, o los utensilios fabricados en los talleres que se han organizado; el trabajo de los vecinos tiene un producto. Por ello, ante la pregunta acerca de lo que más le gusta de su participación en el CeAC, una vecina responde: *"Ver los trabajos terminados (...), que se terminen todos los proyectos"*.

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS EXPERIENCIAS

En la parte final de este trabajo se discuten las experiencias presentadas, en función de sus diferencias y similitudes y en relación a elementos conceptuales de relevancia en Psicología Comunitaria.

Las tres experiencias de intervención comunitaria comparten la característica de considerar e incluir el **contexto** en la implementación y evaluación de sus acciones. Esto es lo que permite definir las como comunitarias (véase las definiciones de Psicología Comunitaria de Kelly, 1992; Rappaport, 1976; Montero, 1981) en la primera parte de este trabajo. Sin embargo, la definición de qué es el contexto y su distinción del "foco" de la intervención será siempre arbitraria. Por ejemplo, si focalizamos al individuo, el contexto inmediato puede ser su grupo familiar, pero éste a su vez se inserta en contextos más amplios, como son la comunidad, la ciudad en que se encuentra la comunidad, etc.

En el caso de las experiencias presentadas, la comunidad se define geográficamente y la unidad destinataria que se focaliza puede ser igual o más pequeña que la comunidad total. Si la unidad destinataria es toda la comunidad (por ejemplo en el caso de algunos programas de prevención primaria) el contexto estará conformado por elementos históricos, geográficos, sociales, económicos y culturales más generales, que definen su inserción en la ciudad o país. Si la unidad focalizada es más pequeña que la comunidad, esta última constituye el contexto de la intervención y será de importancia considerar la población que circunda a la persona o grupo focalizado, es decir, las organizaciones e instituciones existentes en el sector, las redes sociales -personales e institucionales- (Angermeyer & Klusmann, 1989), las características socio-económicas y la idiosincracia particular -es decir la cultura- de la comunidad.

Más allá de esta característica general, existen una



serie de aspectos relevantes en Psicología Comunitaria, en relación a los cuales podemos observar tanto coincidencias como diferencias entre las experiencias de intervención. En primer lugar, los tres programas coinciden en el hecho de **ubicarse geográficamente** en el lugar en que viven sus destinatarios. Esto no es propio de cualquier intervención psicológica (véase, por ejemplo, las consultas privadas), sino que constituye una especificidad de las intervenciones psicológico-comunitarias (Olave y Zambrano, 1992). La inserción geográfica es importante para la ya mencionada inclusión del contexto.

No obstante esta coincidencia, los programas difieren parcialmente en la definición de sus **destinatarios** y mayormente en su **foco de intervención**. Los tres asisten a personas con problemas específicos: conductuales y familiares en el caso del Programa Familia y Comunidad; situaciones de crisis en el caso del CISC y del CeAC. Sin embargo, el foco es más estrecho en el CISC, el cual sólo interviene ante problemas que ya se han suscitado, mientras que en los dos programas latinoamericanos se realizan, además, actividades de prevención primaria (por ejemplo talleres, o campañas informativas). En el CeAC destaca mayormente este aspecto y es donde se ofrece (directamente o a través de la Cooperadora) la mayor cantidad de actividades preventivas (Fuks, 1993).

Lo dicho se relaciona con otro punto de relevancia, cual es la **participación de la comunidad circundante**. En relación a ella será necesario distinguir entre participación directa y participación mediada por otras organizaciones comunitarias (escuelas, iglesias, otros centros asistenciales, organizaciones vecinales, etc.). En cuanto a la inclusión de esta segunda modalidad, se aprecia coincidencia entre los tres programas, puesto que todos ellos trabajan con las demás instituciones de su sector: El Programa Familia y Comunidad se relaciona con escuelas, iglesias y organizaciones vecinales; el CISC, principalmente con instituciones asistenciales, médicas y psicosociales; y el CeAC con escuelas, con instituciones asistenciales y con organizaciones vecinales.

Estas **relaciones de cooperación con otras instituciones comunitarias** cumplen dos funciones: Por una parte, las instituciones son agentes que derivan hacia el programa a personas que presentan los problemas específicos que le competen (Bergold & Zaumseil, 1989), y por otra, son destinatarias de algunas acciones preventivas, como son charlas o seminarios, es decir acciones informativas y pedagógicas cuyo objetivo es "entregar herramientas" a la comunidad para la prevención de ciertos problemas o para la utilización de sus pro-

prios recursos en la resolución de problemas (Llanos, 1993).

En relación con la **participación directa de la comunidad** en las actividades de los programas, encontramos dos modalidades en las experiencias presentadas: (a) la inclusión de habitantes del sector como "monitores" (en el caso del Programa Familia y Comunidad), que hacen de mediadores entre profesionales y destinatarios, asumiendo incluso una parte del trabajo asistencial (por ejemplo, visitas a domicilio), y (b) la inclusión de personas de la comunidad en la implementación de actividades de carácter preventivo, tales como los talleres. Esta última modalidad se aprecia en el caso del CeAC. De este modo, ambos programas difieren en que uno de ellos incluye la participación de agentes comunitarios en el ámbito de la prevención primaria (CeAC), mientras el otro integra a miembros de la comunidad también como apoyo en lo asistencial, es decir en actividades de prevención secundaria.

En cuanto al **enfoque teórico**, los tres programas comparten algunos de los principios generales de la Psicología Comunitaria, tales como el respeto por la idiosincracia de los destinatarios (Marconi, 1973; 1980; Montero, 1981; Olave & Zambrano, 1993), el manejo flexible de la modalidad de trabajo -que permite adaptarse a las necesidades y al modo de vida de los consultantes, y que incluye, asimismo, la movilidad del equipo profesional (Schürmann, 1992)-, la priorización de lo preventivo por sobre lo curativo (cuando ésto es posible) y el fortalecimiento de los recursos propios de personas y grupos sociales (compárese con los conceptos "empowerment" y autoayuda, Rappaport, 1984; Keupp & Rerrich, 1982, entre otros). Sin embargo, las experiencias difieren en cuanto a la inclusión de teorías terapéuticas particulares: El CeAC y el Programa Familia y Comunidad adhieren a un enfoque sistémico (muy compatible con el enfoque contextual de la Psicología Comunitaria), mientras el CISC se limita a los principios de la intervención en crisis, no adhiriendo (al menos no explícitamente) a teorías terapéuticas particulares. Sin embargo, resulta evidente que el concepto de crisis también enfatiza la interacción individuo-ambiente y que por ende resulta tan compatible con una Psicología contextual (Kelly, 1992) como lo es el enfoque sistémico. A nuestro modo de ver, las intervenciones comunitarias requieren taria: la interacción individuo-contexto. Este supuesto no se incluye de igual manera en las diferentes teorías psicológicas. Por ejemplo, aquellas que enfatizan los mecanismos intrapsíquicos o aquellas centradas en lo biológico-individual, resultarán inadecuadas como marco para el trabajo psicológico comunitario.

Los **equipos profesionales** de los tres programas son similares en su **multidisciplinarietà**. Esto es



propio de la Psicología Comunitaria, en la cual se enfatiza la permeabilidad hacia otras disciplinas de las Ciencias Sociales, tales como la Sociología, Antropología, Trabajo Social y otras, algo más lejanas, tales como la Medicina y el Derecho (Keupp, 1982). Lo anterior dice relación con la conceptualización de los problemas psicosociales como productos de la interrelación de múltiples factores (Andrade et al., 1987).

En cuanto a la **prevención**, se aprecia que cada uno de los tres programas realiza tanto actividades de prevención primaria como secundaria; en el caso del CISC en cierto sentido incluso se integra la terciaria. Los énfasis, sin embargo, son un poco diferentes: En el Programa Familia y Comunidad el énfasis está puesto en la prevención primaria de problemas delictuales y en la prevención secundaria (tratamiento) de problemas familiares; en el CISC se prioriza la prevención del suicidio y de la "psiquiatrización" de los pacientes con dificultades crónicas; y en el CeAC se incluye tanto la prevención de trastornos psicológicos (a través de la intervención en situaciones de crisis) como la organización básica de la comunidad y la preocupación por aumentar la calidad de vida de sus habitantes (es decir, la prevención primaria).

En lo que concierne al **cambio social** (Montero, 1980; Sánchez & Wiesenfeld, 1991; Krause Jacob, 1991), existen distintos modos en que los programas de intervención comunitaria lo impulsan. Uno de ellos es la conceptualización de los trastornos psicológicos como productos de la interacción del individuo con el medio social y material circundante (véase, por ejemplo, el concepto de crisis, Caplan, 1964; Ulich, 1987); otro es su compromiso con la disminución (y evitación, dentro de lo posible) de la psiquiatrización de los pacientes (Böhm, et. al., 1992). Ambos conllevan un compromiso activo de muchos psicólogos comunitarios con la transformación de los modelos de atención psicológica y psiquiátrica tradicionales y de los servicios asistenciales existentes (Keupp, 1982), por lo menos en tanto estos prioricen los tratamientos individuales, el uso extenso de psicofármacos, las hospitalizaciones y, en general, en cuanto desarraigan a los pacientes de sus comunidades de origen.

Por otra parte, el énfasis preventivo que tienen los programas comunitarios, en especial cuando se trata de hacer prevención primaria a través del fomento de la participación, de procesos de "empowerment", de la autoayuda o de las redes sociales (Rappaport, 1984; Selbsthilfzentrum München, 1988; Angermeyer & Klusmann, 1989) activa un potencial de cambio social en la población, pues las comunidades comienzan a movilizarse en función de sus necesidades e intereses.

Asimismo se aprecia que la integración de agentes comunitarios a las actividades de los programas (véase los dos programas latinoamericanos) constituye en sí misma un cambio en relación a lo históricamente realizado (Fuks & Schnittman, 1994), en la medida en que reduce la asimetría entre profesionales y destinatarios. Esta también se ve reducida por el hecho que los profesionales se inserten geográficamente en la comunidad y que salgan de sus centros asistenciales para acudir a los domicilios de sus destinatarios, característica que está presente en los tres programas revisados.

Por último, la mayor participación de la comunidad y la consecuente reducción de la asimetría entre profesionales y destinatarios, minimiza el carácter "interventivo" de las acciones con la comunidad, en el sentido de que estas acciones no son determinadas exclusivamente por los profesionales. Esto es especialmente evidente en el caso del CeAC, donde una importante proporción de las acciones es concebida y planificada en una relación de colaboración entre ambas partes involucradas; es decir, las intervenciones se "co-construyen" (CeAC, 1993; Fuks & Schnittman, 1994). Al disminuir el carácter interventivo de las acciones comunitarias también se obvia el problema de "adaptar" a la comunidad destinataria a los valores y actitudes que encarnan los profesionales (Montero, 1980), respetándose mayormente su cultura particular (Marconi, 1973; 1986). De este modo se fundamenta un respeto por la diversidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Angermeyer, M. C. & Klusmann, D. (1989). (Eds.). *Soziales Netzwerk*. Berlín: Springer.
- 2.- Bergold, J. B. (1987). *Thesen zur Gemeindepsychologie*. Münchner Gesprächskreis zur Gemeindepsychologie. Documento interno de la Agrupación de Psicólogos Comunitarios Alemanes.
- 3.- Bergold, J. B. & Zaumseil, M. (1989). *Endbericht über die Arbeit der Krisenambulanz Berlín-Wedding*. Informe de Investigación Evaluativa sobre el Centro de Atención en Situaciones de Crisis Berlín-Wedding. Documento Universidad Libre de Berlín.
- 4.- Bernstein, D. & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mac Graw Hill.
- 5.- Bosch, G. & Kuhlentkamp, C. (1985). (Eds.). *Aktion Psychisch Kranke*, Bd. 11. Köln: Rheinland-Verlag.



- 6.- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, London: Basic Books.
- 7.- CeAC (1993). *Centro de Asistencia a la Comunidad: Un encuentro en solidaridad de la universidad y un barrio*. Ponencia realizada por el equipo profesional del CeAC en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile.
- 8.- Faltermaier, T., Krause Jacob, M., Flick, U. & Böhm, I. (1992). *Gemeindepsychologischen Handeln: Eine Einführung*. En T. Faltermaier, M. Krause Jacob, U. Flick & I. Böhm (Eds.). *Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstatbuch* (pág. 9-44). Freiburg: Lambertus.
- 9.- Freire, P. (1974). *Pedagogía del Oprimido*. México: Siglo Veintiuno.
- 10.- Fals Borda, O. (1959). *Acción comunal en una vereda colombiana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Monografías Sociológicas.
- 11.- Fried Schnitman, D. & Fuks, S. (1994). *Modelo Sistémico y Psicología Comunitaria*. *Psyche*, 3, 65-72.
- 12.- Fuks, S. I. (1993). *Informe Anual de Actividades: 1992, Centro de Asistencia a la Comunidad*. Argentina: Universidad de Rosario, Secretaría de Extensión Universitaria.
- 13.- Gergen, K. J. (1985). *The Social Constructionist Movement in Modern Psychology*. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- 14.- Gergen, K. J. (1994). *Hacia una Psicología postmoderna y postoccidental*. *Psyche*, 3, 105-114. Handrack, A. (1988). *Die Geschichte der Krisenambulanz Wedding*. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad Libre de Berlín.
- 15.- Ifland, S., Michelson, V., Rojo, A. & Marconi, J. (1977). *Evaluación del Rendimiento Terapéutico de un Programa Integral de Neurosis Aplicado a una Consulta Externa*. *Rev. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.
- 16.- Keupp, H. & Rerrich, D. (1982). *Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- 17.- Keupp, H. & Röhrle, B. (1987), (Eds.). *Soziale Netzwerke*. Frankfurt/Main: Campus.
- 18.- Kelly, J. (1992). *Psicología comunitaria. El enfoque ecológico-contextualista*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- 19.- Krause Jacob, M. (1991). *The Practice of Community Psychology in Chile*. *Applied Psychology*, 40, 143-164.
- 20.- Levine, M. & Perkins, D. (1987). *Principles of Community Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- 21.- Llanos, M. T., Chia, E., Muñoz, M., Sinclair, C. (1991). *Comunidad y prevención secundaria en familias de alto riesgo social*. Programa presentado al Servicio Nacional de Menores de Chile.
- 22.- Llanos, M. T., Chia, E., Muñoz, M., Sinclair, C. (1992). *Programa Familia y Comunidad*. Fundación Nacional para la Defensa Ecológica del Menor de Edad: Folleto informativo.
- 23.- Llanos, M. T. (1993). *Programa Familia y Comunidad*. Ponencia en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. 4-9 de Julio, Santiago de Chile.
- 24.- Marconi, J. (1973). *La revolución cultural chilena en programas de salud mental*. *Rev. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19.
- 25.- Marconi, J. (1986). *Política de Salud Mental en América Latina*. *Rev. Chilena de Psicología*, 7.
- 26.- Marín, G. (1980). *Hacia una Psicología social comunitaria*. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 8, 159-188.
- 27.- Minoletti, A., Marconi, J., Ifland, S. & Naser, S. (1972). *Programa Intercomunitario de Neurosis: Un Modelo Tentativo de Prevención Secundaria en Adultos*. *Comunicación Preliminar*. *Rev. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.
- 28.- Montero, M. (1980). *La Psicología Social y el desarrollo de comunidades en América*



- Latina. Revista Latinoamericana de Psicología, 12, 159-170.
- 29.- Montero, M. (1981). La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios y Fundamentos Teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología, 13, 387-400.
- 30.- Olave & Zambrano (1993). (Eds.). Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile. Santiago: Editorial Universidad Diego Portales.
- 31.- Schürmann, I. (1992). Psychosoziale Hilfe in Notfällen und bei Alltagssorgen: Handlungskonzepte in der ambulanten Krisenintervention. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- 32.- Selbsthilfezentrum München (1988). (Eds.). Zurück in die Zukunft. München: Profil.
- 33.- Trojan, A. (Ed.) (1986). Wissen ist Macht. Frankfurt: Fischer.
- 34.- Rappaport, J. (1976). Community Psychology: Values, Research and Action. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 35.- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. En J. Rappaport, C. Swift, &
- 36.- R. Hess (Eds.). Studies in empowerment (pp. 1-7). New York: The Haworth Press.
- 37.- Rozas, G. (1992). Desarrollo, Participación y Psicología Comunitaria, Revista de Psicología, Universidad de Chile, 3, 51-56.
- 38.- Saforcada, E. (1992). Psicología Comunitaria: Introducción. En J. Kelly. Psicología comunitaria. El enfoque ecológico-contextualista (pp. 1-30) Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- 39.- Sánchez, E. & Wiesenfeld, E. (1991). Introduction: The Why, What and How of Community Social Psychology in Latin America. Applied Psychology, 40, 113-117.
- 40.- Ulich, D. (1987). Krise und Entwicklung. München - Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 41.- Weinstein, L. (1975). Salud Mental y Proceso de Cambio. Hacia una Ideología de Trabajo en Prevención Primaria. Buenos Aires: Ecro.
- 42.- Weinstein, L. (1978). Salud y Autogestión. La Antimedicina a Examen. Madrid: Dosbe.



# PRUEBA PARA EVALUAR HABILIDADES RELACIONADAS CON EL DISCURSO ORAL EN ADOLESCENTES (P.E.H.D.): PRESENTACION Y APLICACION EXPERIMENTAL.

Maria Mercedes Pavez\*  
 Mariangela Maggiolo L.\*\*  
 Juana Barrera\*\*  
 Luis Romero \*\*

Esta investigación ha sido financiada por FONDECYT (Proyecto N°1940267, 1994)

## RESUMEN

PRUEBA PARA EVALUAR HABILIDADES RELACIONADAS CON EL DISCURSO ORAL EN ADOLESCENTES (P.E.H.D.): PRESENTACION Y APLICACION EXPERIMENTAL.

Se presenta una prueba para evaluar habilidades relacionadas con el discurso oral en adolescentes, los resultados de su aplicación experimental y un primer análisis en relación a su validez y confiabilidad. Se trabajó con un grupo de 120 adolescentes con rendimiento escolar sin problemas, y con otro de 30 adolescentes (15 con bajo rendimiento escolar y 15 con rendimiento escolar sin problemas). Los resultados evidencian que la prueba es de utilidad clínica y cumple inicialmente con las características de validez y confiabilidad.

## ABSTRACT

A TEST FOR EVALUATING SKILLS RELATED TO ORAL DISCOURSE (TESD) IN ADOLESCENTS: PRESENTATION AND EXPERIMENTAL APPLICATION

A test designed for evaluating some skills related to oral discourse in adolescents is presented, together with the results of its experimental application and a first analysis of its validity and reliability. The study involved a group of 120 adolescents having no problems with their academic achievement, and another group of 30 adolescents, 15 with no academic problems and 15 low achievers. The results show that the TESD is clinically useful and complies with the characteristics of validity and reliability.

## INTRODUCCION

Los estudios del desarrollo del lenguaje se centran mayoritariamente en los niños. Sólo en los últimos años se ha evidenciado un interés creciente por estudiar la evolución del lenguaje en la adolescencia.

El desarrollo lingüístico en los niños es muy rápido y los cambios son evidentes en todas las áreas involucradas; esto es, en los aspectos semánticos (relativos al significado), sintácticos (manejo de estructuras gramaticales), fonológicos (uso de fonemas) y pragmáticos (manejo del lenguaje en

situaciones comunicativas concretas) (1). Así, alrededor de los seis años, el niño ya posee una gramática básica, un nivel léxico acorde a sus necesidades, un desarrollo fonológico similar al del adulto y participa adecuadamente en diversas situaciones comunicativas.

Debido a este rápido desarrollo, las alteraciones del lenguaje en los niños son, con frecuencia, bastante evidentes. En cambio, no ocurre lo mismo en la adolescencia.

\* Prof. de Lingüística, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.  
 Dirección: Av. Independencia 1027, Stgo. FAX: 6786245, Fono: 6786246, 6786181.

\*\* Fonoaudiólogo, miembro del equipo de investigadores acerca del discurso oral en adolescentes (Proyecto FONDECYT N°1940267, 1994).



En los jóvenes, el desarrollo del lenguaje es más lento y los cambios no se advierten con tanta notoriedad. Por lo tanto, las variaciones se evidencian al comparar grupos de jóvenes con un rango amplio de diferencia de edad (1).

La información acerca del desarrollo lingüístico en la adolescencia es relativamente escasa; se conocen sólo algunos datos acerca de las características sintácticas, semánticas y pragmáticas (referidas en especial a adolescentes de habla inglesa) (1).

En el nivel sintáctico, se ha observado un uso mayor y más variado de estructuras subordinadas y de recursos para cohesionar oraciones, especialmente de nexos y conjunciones (2) (por ej. "Tenía mil pesos no más, así que se compró un helado"). Los jóvenes manifiestan, por lo tanto, una mayor complejidad sintáctica que los niños menores (como por ej. se aprecia en oraciones como "Al ver esa película, que era muy violenta, nos pusimos nerviosos").

En el nivel semántico, se ha destacado el desarrollo de la habilidad para inferir significados a partir del contexto. Ello se advierte en el incremento del léxico referido a conceptos abstractos (especialmente de verbos). Así, por ej., además de "decir" se incorporan palabras como "criticar", "definir", "sostener" que permiten diferenciar entre "decir la verdad", "definir la verdad", "sostener la verdad", etc. También se desarrolla el manejo de expresiones figuradas, como modismos ("Lo pararon en seco"), metáforas ("La casa era una caja de fósforos") y proverbios ("Cuando el río suena, piedras trae").

El desarrollo pragmático se refleja en una mejor competencia comunicativa. Es decir, aumenta la habilidad para usar con más eficiencia los sistemas de signos en las interacciones comunicativas. Según Nippold, los cambios pragmáticos en los jóvenes se advierten en el aumento de estrategias de negociación interpersonal y en el uso de expresiones tipo jerga características del lenguaje juvenil (1).

En relación al desarrollo de otros aspectos, como el discurso en los adolescentes, prácticamente no se cuenta con información. Se entiende por discurso o texto a un conjunto coherente de oraciones que comparten un tema y que cumple una función determinada en el contexto en que se produce (por ej. informar, persuadir, etc.) (3). Así, manejar un discurso implica la capacidad de construir un significado global que va más allá de cada oración particular. Ello exige el desarrollo de diversas habilidades.

La escasa información acerca del desarrollo del lenguaje en la adolescencia y la lentitud que lo caracteriza dificultan la identificación de los posibles problemas que los jóvenes puedan presentar. En el ámbito escolar, los profesores manifiestan con frecuencia que los jóvenes tienen una expresión sintáctica simplificada, reiterativa y muchas veces incorrecta; que su léxico es restringido y les es difícil expresar ideas abstractas y complejas a través del lenguaje oral (4). También los adolescentes suelen tener dificultad para organizar coherentemente sus ideas al relatar un hecho, exponer un tema, argumentar, describir una situación, etc. Ello sugeriría problemas justamente en el manejo del discurso (tanto oral como escrito) (5).

Existen algunos trabajos que han abordado el déficit lingüístico en los jóvenes, haciendo mención a un "déficit de habilidades lingüísticas en niños mayores de 9 años" (6). Estos estudios se basan en la experiencia clínica de fonoaudiólogos que atienden a jóvenes derivados a ellos por dificultades en el rendimiento escolar (especialmente en las asignaturas de Castellano, Historia e Idioma extranjero). Al evaluar a estos estudiantes, se advierte un descenso en habilidades lingüísticas tales como manejo de sinónimos y antónimos, abstracción verbal, habilidades para cohesionar oraciones y dificultad para desarrollar un tema, describir una lámina, etc. Es importante destacar que muchos de estos adolescentes no tienen antecedentes de problemas de lenguaje, de aprendizaje o psicológicos que puedan explicar sus dificultades (6). Por otra parte, algunas de las habilidades que los fonoaudiólogos advierten como deficitarias pueden estar relacionadas con el manejo del discurso.

La característica más relevante de un discurso es el poseer una estructura semántica global que trascienda al significado particular de cada oración (dicha estructura corresponde al "tema" del discurso y técnicamente es denominada "macroestructura") (7). La construcción de un significado global de esa naturaleza se relaciona con habilidades como el uso de sinónimos y antónimos, que exige el manejo de signos con significados semejantes u opuestos. También, evidentemente, se requiere la capacidad de identificar la estructura semántica global de un discurso (o su tema). En ello, tiene un rol importante la habilidad para efectuar inferencias a partir de lo dicho en el discurso (usando para eso el conocimiento que se posee y que permite construir un significado no dicho explícitamente).

Las habilidades anteriores se relacionan básicamente con la estructura semántica global del dis-



curso. Pero también son importantes otras habilidades que permiten relacionar formalmente entre sí las diversas oraciones del discurso, esto es, habilidades para establecer cohesión entre las oraciones (por ej. en "Este joven es mi amigo. Tú lo conoces", el uso de "lo" es un procedimiento que relaciona formalmente a la segunda oración con la primera). Un procedimiento de cohesión bastante frecuente es el manejo de nexos que contribuye a cohesionar oraciones ("Vino a la fiesta porque lo invitaron").

Como se señaló antes, el desarrollo del lenguaje continúa en la adolescencia y es probable que algunos jóvenes tengan problemas por un menor desarrollo en las habilidades vinculadas con el discurso. Por esta razón, es necesario conocer cómo manejan dichas habilidades los adolescentes sin problemas y con un desempeño considerado normal. Sólo así, es posible caracterizar con mayor precisión el déficit que presentan los jóvenes en este aspecto.

En primer término, para establecer los criterios de normalidad se necesitan instrumentos diseñados especialmente para evaluar dichas habilidades. Como es conocido, la exactitud y precisión del proceso evaluativo depende en gran parte de la rigurosidad del instrumento de medición que debe ser válido y confiable. Sólo así los resultados reflejarán efectivamente las características de los sujetos evaluados (8) (9). Es importante controlar los factores que pueden afectar la validez y confiabilidad de los instrumentos. Por ello, es necesario evitar la improvisación en la construcción del instrumento, cuidar que sea adecuado a los sujetos a los que se aplicará (esto es que tenga empatía) y cautelar las condiciones de su aplicación (9).

Considerando que en nuestro medio no se cuenta aún con instrumentos para evaluar las habilidades relacionadas con el discurso en adolescentes, se ha elaborado una prueba con dicho objetivo (P.E.H.D.), centrada especialmente en el discurso oral. El propósito del presente artículo es compartir la experiencia lograda con la prueba. Para ello se han planteado los siguientes objetivos: 1) presentar las características y procedimientos de aplicación de la P.E.H.D. y 2) dar cuenta de los resultados de la aplicación experimental de la P.E.H.D. analizando su posible validez y confiabilidad.

## PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS.

### 1. Elaboración y Características De La Prueba Para Evaluar Habilidades Relacionadas con el discurso (P.E.H.D.).

#### 1.1. Antecedentes

La prueba fue creada en la investigación "Estudio del discurso oral en adolescentes de 1º y 3º medio

y su relación con el rendimiento escolar" (Proyecto FONDECYT, N°1940267, 1994). Se basa en una pauta de uso clínico utilizada por fonoaudiólogos con adolescentes derivados a Centros de Diagnóstico por problemas de rendimiento escolar 19.

#### 1.2. Características generales del instrumento.

La P.E.H.D. se centra especialmente en el discurso oral, por ello las instrucciones y los estímulos son presentados oralmente. Se seleccionaron temas relacionados con la realidad escolar y familiar de los jóvenes, procurando que la tarea solicitada fuera motivadora.

La prueba consta de 1 ficha de identificación y de 6 subpruebas. Cada subprueba evalúa una de las siguientes habilidades: 1) manejo de sinónimos (12 ítemes); 2) manejo de antónimos (12 ítemes); 3) manejo de nexos (12 ítemes); 4) habilidad para cohesionar oraciones (12 ítemes); 5) habilidad para hacer inferencias (9 ítemes); y 6) habilidad para identificar macroestructuras (8 ítemes). Se procuró que el número de ítemes fuera similar en cada subprueba y no excesivo, para evitar que resultara una prueba muy larga. Cada subprueba consta de un protocolo de registro con las instrucciones específicas, los estímulos a presentar (ordenados al azar) y un espacio para registrar las respuestas. Además, cada subprueba contiene las instrucciones con ejemplos para asegurar una comprensión adecuada de la tarea por parte del adolescente.

#### 1.3. Elaboración de las subpruebas.

En la subprueba de sinónimos y en la de antónimos, se seleccionaron 12 palabras pertenecientes a cuatro categorías (sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios) de alta, mediana y baja frecuencia de uso. Dichas palabras se distribuyeron al azar, se utilizaron como estímulos en las dos subpruebas y se presentaron en un contexto oracional para darle un sentido discursivo a la tarea.

La subprueba de nexos considera 12 nexos de distinto tipo: 2 temporales (mientras, cuando), 2 adversativos (pero, sin embargo), 1 explicativo (es decir), 2 causales (ya que, porque), 2 consecutivos (por lo tanto, así que), 1 concesivos (por más que) y 2 condicionales (si, siempre que). Los nexos fueron distribuidos al azar en 12 ítemes.

En la subprueba de cohesión de oraciones, se seleccionaron 12 pares de oraciones relacionadas semánticamente y posibles de cohesionar mediante relaciones adversativas, consecutivas, condicionales, causales, concesivas o explicativas (por ej "Los muchachos querían ir al recital", "Los muchachos

19 Esta pauta fue diseñada y aplicada por las Fonoaudiólogas Juana Barrera y Virginia Varela, 1990.



no tenían plata"). La cohesión se puede establecer a través del uso de nexos u otra estrategia de relación ("Los muchachos querían ir al recital pero no tenían plata").

En el caso de la subprueba de inferencias, se crearon 9 textos breves: 3 referidos a objeto, 3 a persona y 3 a situación. Cada uno contiene información esencial para inferir el concepto implícito y oraciones con información no relevante.

Finalmente, la subprueba de macroestructura se configuró con 4 textos adaptados de facsímiles de P.A.A. y de revistas de divulgación científica. Para cada texto se crearon dos títulos, uno correcto con las ideas básicas de la macroestructura y otro incorrecto a modo de distractor.

#### 1.4. Normas de Aplicación.

La P.E.H.D. se aplica en forma individual. Las instrucciones y los estímulos son presentados oralmente en forma clara y precisa. Es recomendable el uso de una grabadora para registrar las respuestas más extensas, en especial en las subpruebas de nexos y cohesión de oraciones.

Las subpruebas se aplican en el siguiente orden: 1) sinónimos, 2) nexos, 3) antónimos, 4) cohesión de oraciones, 5) elaboración de inferencias y 6) identificación de macroestructura. La subprueba de nexos se presenta entre la de sinónimos y antónimos porque en estas últimas se usan las mismas palabras estímulo. Con ello se procura evitar la memorización.

##### 1.4.1. Registro y puntuación de las respuestas.

Cada respuesta se anota en el espacio en blanco correspondiente. En los sinónimos y antónimos, existe frente a cada ítem una lista de las posibles respuestas más comunes para que el examinador registre allí la respuesta del sujeto evaluado.

A cada ítem se le asigna 1 punto por respuesta correcta y 0 punto por respuesta incorrecta (o sin respuesta). El puntaje máximo de la prueba es de 65 puntos y se obtiene a partir de la suma de los puntajes de cada subprueba.

#### 1.5. Pilotaje.

Se realizó un pilotaje con 16 adolescentes sin problemas de rendimiento escolar para determinar la funcionalidad de la prueba, sus posibles modificaciones y el tiempo aproximado de aplicación. De acuerdo a los resultados del pilotaje, se hicieron

las modificaciones necesarias, antes de la aplicación experimental.

## 2. ADMINISTRACION EXPERIMENTAL DE LA P.E.H.D.

Se efectuaron 2 aplicaciones de la prueba como una aproximación a su validez y confiabilidad.

### 2.1. Sujetos.

En la primera aplicación, se trabajó con un grupo de adolescentes sin problemas de rendimiento escolar; en la segunda, con otro grupo más pequeño de jóvenes con y sin déficit en el rendimiento escolar.

#### Sujetos de la primera aplicación.

El grupo estaba constituido por 120 adolescentes, alumnos de Enseñanza Media en liceos municipalizados de la comuna de Providencia. Todos tenían desempeño escolar normal definido según los siguientes parámetros: promedio de notas igual o superior a cuatro en Castellano, Historia e Idioma(s) Extranjero(s), sin antecedentes de repitencia, asistencia regular a clases y sin problemas conductuales. Además, no tenían antecedentes de trastornos de aprendizaje, de habla y de lenguaje. Tampoco presentaban antecedentes de problemas psicológicos o emocionales severos. Todos tenían como lengua materna el español.

Los jóvenes se dividieron en cuatro rangos de edad, cada uno de ellos constituido por 30 adolescentes pareados por sexo (15 hombres y 15 mujeres). Los rangos son los siguientes: 1) De 14 años a 14 años 11 meses (alumnos de 1º medio); 2) De 15 años a 15 años 11 meses (alumnos de 2º medio); 3) De 16 años a 16 años 11 meses (alumnos de 3º medio); y 4) De 17 años a 17 años 11 meses (alumnos de 4º medio).

#### Sujetos de la segunda aplicación.

Esta aplicación se efectuó en un grupo de estudio compuesto por 15 adolescentes derivados al Fonoaudiólogo por problemas de rendimiento escolar y en un grupo control constituido por 15 adolescentes sin problemas de rendimiento escolar.

Los sujetos con problemas de rendimiento escolar cursaban entre 1º y 4º de Enseñanza Media en colegios municipalizados de la comuna de Providencia, tenían bajo desempeño escolar, su rendimiento intelectual era normal (de acuerdo al W.I.S.C.), no presentaban alteraciones emocionales (según evaluación psicológica) ni alteraciones del lenguaje y aprendizaje. Todos pertenecían al nivel socioeconómico medio.



El grupo control estaba constituido por 15 estudiantes sin problemas de rendimiento escolar, pareados en edad (más o menos 3 meses), sexo y nivel socioeconómico con los sujetos del grupo en estudio. Estos sujetos no presentaban antecedentes de trastornos del lenguaje ni del aprendizaje. Tampoco tenían alteraciones emocionales y/o conductuales. Asistían regularmente a clases, su promedio de notas era igual o superior a cuatro en Castellano, Historia e Idioma Extranjero y nunca habían repetido.

## 2.2. Procedimientos de análisis de los datos.

En primer término, se estudió la validez del instrumento, luego su confiabilidad y, por último, se analizó el grado de aceptabilidad de los ítemes.

La validez del instrumento se determinó, primero, considerando el puntaje total (calculado en base a todos los ítemes de la prueba original) y el puntaje por subpruebas. Estos procedimientos se aplicaron en cada rango de edad en los 120 adolescentes sin problemas. Se compararon los promedios de los puntajes a través de un análisis de varianza. Además, se utilizó la prueba "Student-Newman-Keuls" para determinar entre cuáles grupos de edad estaban dadas las diferencias de rendimiento.

En segundo lugar, se compararon los promedios (totales y por subprueba) del grupo de jóvenes con dificultades escolares con los promedios del grupo control (en este caso se aplicaron sólo las cinco primeras subpruebas). La comparación se efectuó aplicando la prueba "t de Student".

El análisis de la confiabilidad del instrumento se realizó aplicando el Coeficiente Alfa-Cronbach a las respuestas del grupo de 120 adolescentes con rendimiento escolar normal. El cálculo de coeficiente de confiabilidad se realizó sobre la base de la varianza de los ítemes (9).

Finalmente, se analizó el grado de aceptabilidad de los ítemes de la P.E.H.D. Para ello, se determinó el porcentaje de aciertos en cada uno y se clasificaron de acuerdo al criterio propuesto por Anastasi (10) quien considera la distribución aceptable entre 15 % y 85 % de aciertos en cada ítem. Luego se estableció el porcentaje de ítemes aceptables en toda la prueba y en cada subprueba.

## RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados relacionados con la validez, luego los relativos a la confiabilidad y, por último, el grado de aceptabilidad de los ítemes de la P.E.H.D.

## 1. Validez de la P.E.H.D.

### 1.1. Aplicación de la P.E.H.D. a 120 adolescentes sin problemas escolares.

Se comparó el promedio de puntajes totales y por subpruebas en cada rango de edad mediante un análisis de varianza. Los resultados se presentan en la Tabla N°1.

**TABLA N° 1**

Según se aprecia en la Tabla N°1(pág.67), existen diferencias significativas en el puntaje total de la prueba al comparar los cuatro grupos. Para establecer entre cuáles grupos se dan las diferencias, se utilizó la prueba "Student-Newman-Keuls". El análisis determinó que el grupo III difiere significativamente del grupo I, II y IV, a favor del grupo III. Es decir, los adolescentes de 16 años rinden significativamente mejor que los de 14, 15 y 17 años. Cabe destacar que entre estos tres últimos grupos no se encontraron diferencias significativas en el rendimiento total de la P.E.H.D.

El rendimiento significativamente más alto sólo de los adolescentes de 16 años no era esperado. Por ello se analizó con más detalle los puntajes totales en este rango de edad. Se advirtió que dos sujetos presentaban un puntaje notoriamente más alto (61 puntos) que incluso eran los mayores puntajes obtenidos por los 120 adolescentes. El puntaje promedio de los jóvenes de 16 años sin considerar a los dos que obtuvieron 61 puntos fue de 49.5 (D.S. 4.8). Al efectuar el análisis de varianza con este promedio, el valor de F sigue siendo significativo ( $F= 5.53$ ;  $p=0.001$ ). Es decir, se mantiene la diferencia entre los cuatro grupos. Según la prueba "Student-Newman-Keuls", los jóvenes de 16 años (grupo III) rinden significativamente mejor que los de 14 años (grupo I) y 15 años (grupo II). Sin embargo, no se diferencian del grupo de 17 años (grupo IV).

Al comparar el promedio de los puntajes obtenidos en cada subprueba, se observa que sólo existen diferencias significativas en las subpruebas de sinónimos y macroestructuras entre los cuatro grupos de adolescentes.

En la subprueba de sinónimos, las diferencias también están dadas por el grupo III. Es decir, los adolescentes de 16 años rinden significativamente mejor en el uso de sinónimos que los jóvenes de 14, 15 y 17 años. Entre estos tres últimos grupos en cambio, no hay diferencias significativas.



En la subprueba de macroestructuras, existen diferencias significativas sólo entre el grupo II y III, a favor de éste último. Es decir, los adolescentes de 16 años rinden significativamente mejor que los de 15 años.

### 1.2. Aplicación de la P.E.H.D. a adolescentes con problemas de rendimiento escolar.

Los resultados obtenidos al comparar el rendimiento de los adolescentes con dificultades escolares y su grupo control (puntaje total de la prueba y subpruebas) se presentan en la Tabla Nº2. La comparación se efectuó con la prueba "t de Student".

**TABLA Nº2**

Como se observa en la Tabla Nº2 (pág.68), los jóvenes con dificultades en el rendimiento escolar obtienen un puntaje total significativamente inferior al de los adolescentes sin problemas escolares. Esto implica que poseen un menor manejo de las habilidades básicas relacionadas con el discurso evaluadas en esta prueba. Al comparar los rendimientos en cada subprueba, se advierte que los jóvenes con dificultades en el rendimiento escolar presentan rendimientos significativamente menores que el grupo control en todas ellas, con excepción de la subprueba de nexos.

### 2. Confiabilidad de la P.E.H.D.

Al aplicar el Coeficiente Alfa-Cronbach al total de respuestas de los 120 sujetos, se obtuvo un valor de **0.72**, lo que indica que la prueba es confiable dado que el índice de correlación obtenido se considera como mediano alto (9) (12).

### 3. Grado de aceptabilidad de los ítemes de la P.E.H.D.

El número de ítemes aceptables en toda la prueba y en cada subprueba (es decir, aquellos que obtuvieron entre un 15% y 85% de aciertos) se presentan en la Tabla Nº 3. Además se agrega el porcentaje que les corresponde al considerar el total de ítemes del instrumento y de la respectiva subprueba.

**TABLA Nº3**

Como se advierte en la Tabla Nº3 (pág.69), en el total de la prueba hay un alto porcentaje de ítemes aceptables. También es importante destacar que en la mayoría de las subpruebas, hay un porcentaje superior al 50 % de ítemes aceptables, con excepción de la subprueba de nexos. Se destaca en es-

pecial el alto porcentaje de ítemes aceptables en las subpruebas de macroestructuras, inferencias y antónimos.

Así, en general, prácticamente todas las subpruebas tienen una mayor proporción de ítemes con un grado de dificultad adecuado.

En la subprueba de nexos, el menor porcentaje de ítemes aceptables se debe a que la mayor parte de ellos fueron muy fáciles para los sujetos. Es decir, presentaron un porcentaje de aciertos por sobre el límite superior del rango de aceptabilidad (esto es, sobre 85 %).

Al analizar cada ítem de la P.E.H.D. en particular, se advirtió que el ítem más difícil fue el antónimo 7 de la subprueba de antónimos (estímulo: "protestar") y los más fáciles el sinónimo 8 de la subprueba de sinónimos (estímulo: "volver") junto al antónimo 4 (estímulo: "rápidamente") de la subprueba de antónimos.

### DISCUSION.

Como se mencionó antes, la información acerca del desarrollo del lenguaje en adolescentes es escasa, especialmente en aspectos como el manejo del discurso. Al respecto, suele reconocerse que los jóvenes evidencian algunos problemas para exponer un tema, narrar o argumentar tanto oralmente como por escrito (5). Sin embargo, no se cuenta con instrumentos de evaluación que permitan caracterizar su manejo del discurso y de las habilidades relacionadas con él.

En tal sentido, la P.E.H.D. constituye un aporte en el ámbito de la evaluación del discurso oral en adolescentes.

Esta prueba reúne las propiedades exigidas a los instrumentos de evaluación para uso clínico: es de fácil aplicación, requiere poco entrenamiento por parte del evaluador, el material es de fácil manejo y de bajo costo y el registro y análisis de las respuestas es simple. Lo anterior hace posible que sea de utilidad clínica en el trabajo con adolescentes (11).

Por otra parte, su aplicación es rápida puesto que dura alrededor de 20 minutos (aunque es un instrumento sin control de tiempo) y, en general, las tareas solicitadas resultan motivadoras para los jóvenes. Estas características permiten que la prueba resulte breve y entretenida, con lo cual se logra el rasgo de "empatía" (9).



En cuanto a la confiabilidad de la prueba, es posible concluir que la P.E.H.D. se encuentra en un rango adecuado de confiabilidad (coeficiente Alfa Cronbach de 0.72, correspondiente a una correlación mediana alta). Al respecto, es importante señalar que los coeficientes de correlación para los instrumentos de evaluación se consideran adecuados entre un 0.65 y 0.85 (12). Desde esta perspectiva, la P.E.H.D. puede aplicarse en diferentes circunstancias con bajo riesgo de que los resultados difieran por factores externos al instrumento.

Respecto a la validez de la prueba, se puede concluir que es válida en cuanto discrimina entre adolescentes con problemas en el rendimiento escolar (derivados al fonoaudiólogo) y aquellos estudiantes sin problemas de rendimiento. La P.E.H.D. es sensible para detectar el déficit observado en los escolares con problemas ya que ellos rinden significativamente menos que sus homólogos normales. Cabe hacer notar que las diferencias significativas se dieron en el puntaje total de la prueba y en todas las subpruebas, excepto en la subprueba que evalúa nexos.

La P.E.H.D., por lo tanto, es sensible para evidenciar dificultades en las habilidades relacionadas con el discurso consideradas globalmente. Además, evidencia dificultades en ciertas habilidades específicas como el manejo de sinónimos y de antónimos, en la capacidad para cohesionar oraciones y realizar inferencias. En cuanto a la habilidad para usar nexos, que resultó similar en ambos grupos de jóvenes, es posible que no existan diferencias dado que la mayoría de los ítemes de esta subprueba resultaron fáciles para los sujetos.

La facilidad de los ítemes de la subprueba de nexos quedó evidenciada en el bajo porcentaje de ítemes aceptables de dicha subprueba (por encontrarse sobre un 85 % de respuestas correctas). Es posible que el procedimiento utilizado para elicitación de las respuestas de los jóvenes facilite la tarea.

Ella consiste en completar una oración terminada en un nexo (por ej., "Los alumnos se escaparon de clases **mientras...**"; "La abuelita le iba a regalar un polerón **si...**"). Este tipo de tarea implica manejar el **significado del nexo** que se le da y conocer la relación semántica que establece (por ej. temporal en "mientras" y condicional en "si"). Sin embargo, también pone en juego el **conocimiento del mundo** por parte del adolescente, puesto que se le da el nexo y para completar la oración necesita saber "cuando se escapan de clases los jóvenes" y "las condiciones que se les suelen solicitar para darles algo".

La confluencia de estos dos factores probablemente facilita la realización adecuada de la tarea y, por ello, la subprueba no discrimina.

En general, sin embargo, la sensibilidad de la P.E.H.D. para discriminar entre los adolescentes con problemas en el rendimiento escolar derivados al fonoaudiólogo y los jóvenes sin dificultades de rendimiento reviste una gran importancia para el trabajo clínico del fonoaudiólogo. La P.E.H.D. constituye un primer instrumento válido para evaluar algunas habilidades relacionadas con el discurso oral en adolescentes.

La validez de la P.E.H.D. para discriminar entre sujetos sin problemas escolares de distinta edad no es tan clara, puesto que existen diferencias estadísticamente significativas sólo en el puntaje total y en dos de las seis subpruebas. Además cuando hay diferencias están dadas en relación a un grupo: los jóvenes de 16 años, que rinden mejor. La interpretación de este hecho no es fácil. Aparentemente son dos jóvenes los que elevan el rendimiento del grupo. Al no considerarlos, el grupo de 16 años rinde de modo similar al de 17 años pero aún mantiene las diferencias con los otros dos grupos.

En términos generales, sin embargo, hay 3 grupos con desempeño similar. Ello permitiría plantear que los adolescentes sin problemas escolares tienden a presentar un rendimiento homogéneo en la mayoría de las habilidades evaluadas en la P.E.H.D. Esto puede implicar que su rendimiento es realmente homogéneo y que la lentitud característica del desarrollo lingüístico en la adolescencia hace que los cambios sean poco evidentes y más claros en rangos de edad más distantes y discontinuos (1).

Por otra parte, es posible que al controlar la variable rendimiento escolar se controle el manejo de discurso y de las habilidades relacionadas con él. En estudios recientes, se ha comprobado la existencia de correlación entre el rendimiento escolar y la comprensión del discurso en un grupo de adolescentes (alumnos de 1º y 3º medio) considerados globalmente.

Sería interesante, por lo tanto, continuar explorando la validez de la prueba aplicándola a otros grupos, escogidos aleatoriamente, donde no se controle el rendimiento escolar. En la actualidad se encuentra en curso una aplicación a otros 120 sujetos con esas características.



Otro aspecto que indirectamente informa acerca de la sensibilidad de la prueba es la aceptabilidad de sus ítemes que mayoritariamente son aceptables, excepto en la subprueba de nexos. En especial, en esta subprueba deberán reformularse los procedimientos para elicitación de las respuestas o analizar la posibilidad de eliminar la subprueba.

En síntesis, los resultados de la primera aplicación de la P.E.H.D. evidencian que tiene utilidad clínica, que es confiable, que la mayoría de sus ítemes son aceptables, y que es válida en primera instancia para detectar adolescentes con problemas en las habilidades relacionadas con el discurso. Sin embargo, es necesario perfeccionarla y continuar con su estudio estadístico para aportar un instrumento que pueda ser utilizado masivamente con adolescentes. Con ello se contribuye a conocer la compleja problemática del manejo del discurso en los jóvenes.



TABLA Nº1

# **PUNTAJES TOTALES Y RENDIMIENTO POR SUBPRUEBAS SEGÚN RANGO DE EDAD**

	GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III		GRUPO IV		F
	14ños	n=30	15 años	n=30	16 años	n=30	17 años	n=30	
	$\bar{X}$	D.S.	$\bar{X}$	D.S.	$\bar{X}$	D.S.	$\bar{X}$	D.S.	
Puntaje Total de la Prueba	45.4	6.3	44.0	5.1	50.3	5.5	47.2	5.4	7.09**
Subprueba Sinónimos	8.8	1.8	8.2	1.3	10.3	1.1	8.6	1.9	9.48**
Subprueba Nexos	10.4	10.1	10.5	1.5	10.2	1.4	10.7	1.1	0.81 N.S.
Subprueba Antónimos	6.7	1.5	6.5	1.7	7.5	1.9	7.3	1.8	2.22 N.S.
Subprueba Cohesión	9.6	1.9	9.0	2.3	10.3	1.6	9.7	2.1	1.91 N.S.
Subprueba Inferencias	4.8	1.6	4.8	1.3	5.7	1.2	5.1	1.1	2.82 N.S.
Subprueba Macroestructuras	5.3	1.1	4.9	1.4	6.1	1.2	5.4	1.7	3.99*

\*p < 0.01; \*\* p < 0.000; N.S.: No Significativo.



TABLA N°2.

**PUNTAJES TOTALES Y POR SUBPRUEBA  
EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS  
DE RENDIMIENTO ESCOLAR  
COMPARADOS CON EL GRUPO CONTROL**

	Adolescentes con problemas de rendimiento escolar		Adolescentes sin problemas de rendimiento escolar		
	(n=15)		(n=15)		t
	$\bar{X}$	D.S.	$\bar{X}$	D.S.	
Puntaje total de la Prueba	36.8	6.8	44.1	5.6	3.21*
Subprueba Sinónimos	7.3	2.6	9.7	1.8	2.85*
Subprueba Nexos	10.0	1.7	10.7	1.4	1.1 N.S.
Subprueba Antónimos	5.7	1.9	7.5	2.1	2.39*
Subprueba Cohesion	9.5	1.8	11.0	1.1	2.54*
Subprueba Inferencias	4.1	1.6	5.1	1.6	1.64*

\*p < 0.001; N.S.: No Significativo.



TABLA N°3

**GRADO DE ACEPTABILIDAD  
DE LOS ÍTEMES DE LA P.E.H.D. SEGÚN EL GRADO  
DE DIFICULTAD**

	Nº DE ÍTEMES	Nº DE ÍTEMES ACEPTABLES	% DE ÍTEMES ACEPTABLES
Total de la Prueba	65	42	64.6
Subprueba de Sinonimos	12	7	58.3
Subprueba de Nexos	12	4	33.3
Subprueba de antonimos	12	9	75.0
Subprueba de Cohesion	12	8	66.6
Subprueba de Inferencias	9	7	77.7
Subprueba de Macroestructura	8	7	87.5



- 1.- Nippold, M.(1993). Clinical Forum: Adolescent Language. Developmental Markers in Adolescent Language: Syntax, Semantics and Pragmatics. Language, Speech and Hearing Services in Schools, 24, 21-28.
- 2.- Nippold, N.; Schwarz, Y.; Undlin, R. (1992). Use and Understanding of Adverbial Conjunctions: A Developmental Study of Adolescents and Young Adults. Journal of Speech and Hearing Research, 35, 108-118.
- 3.- Vega de, M.; Carreira, M.; Gutiérrez-Calvo, M.; Alonso-Quecuty, M. (1990). Lectura y Comprensión. Una Perspectiva Cognitiva, Madrid, De: Alianza.
- 4.- Del Río, M.J.; Bosch, L. (1988). Logopedia y escuela en Peña Casanova, J. Manual de Logopedia, Barcelona, Ed. Masson.
- 5.- Pavez, M.M. y Barrera, J. (1996). Estudiantes de Enseñanza Media: ¿Problemas con el lenguaje oral?. REPSI, 27, 15-18.
- 6.- Barrera, J. y Varela, V. (1990). Déficit lingüístico en niños escolares de 9 años. Presentado en Encuentro Nacional de Centros de Diagnóstico, Santiago, Chile.
- 7.- Dijk Van, T. (1978). La Ciencia del Texto. Barcelona. De. Paidós.
- 8.- Bravo, L. (1994). Prólogo. En Haeussler, M. y Marchant, T. Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años, Santiago, Ed. Universidad Católica de Chile.
- 9.- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación, Ed. McGraw-Hill, México.
- 10.- Anastasi, A. (1976). En Hresko, W.; Reid, K.; Hammill, D. Prueba del Desarrollo Inicial del Lenguaje. Pro-ed, Texas, U.S.A.
- 11.- Kilmon, C.; Barber, N.; Chapman, K. (1991). Instruments for the Screening of Speech/Language Development in Children. Journal of Pediatrics Health Care, 5 (2), 61-70.
- 12.- Cortada, N. (1994). Diseño Estadístico, Buenos Aires, EUDEBA.
- 13.- Pavez, M. M.; Barrera, J. y Coloma, C. J. (1996). Comprensión de discursos orales y rendimiento escolar en estudiantes de Enseñanza Media. Enviado a publicación.



# ADAPTACION Y OBTENCION DE NORMAS DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (SEI-FORMA A)

Alice Thomas S.20  
Marcela Ubilla M.21

## RESUMEN

El presente trabajo pretende adaptar el SEI a la población adolescente que cursa entre séptimo básico y cuarto de enseñanza media del Gran Santiago, y entregar normas para este instrumento. El SEI es un instrumento compuesto de 58 afirmaciones que dan forma a cinco escalas (Hogar, Social, Escolar, General, Mentira). Para este objetivo se tradujeron y agregaron ítemes que fueron luego evaluados por juicio de expertos. Se extrajo una base de datos de una muestra de 3.369 adolescentes de un total de 20 colegios particulares y municipalizados, pertenecientes a cinco comunas del Gran Santiago. Se calcularon los indicadores psicométricos para el instrumento total y para sus escalas (Confiabilidad Test-Retest, Confiabilidad de Consistencia Interna, Validez de Constructo y Concurrente). Una vez eliminados los ítemes correspondientes se obtuvieron, para cada escala, promedios, desviaciones estándar, coeficientes alfa de Cronbach y otros indicadores de consistencia interna. Se obtuvieron índices de confiabilidad test-retest en una segunda aplicación luego de 10 meses para 130 sujetos. También se obtuvieron normas calculando los percentiles y puntajes T, por escala total y subescalas diferenciadas por sexo, curso, tipo de colegio y comuna. Se evaluó la validez de constructo a través de un análisis de factores y componentes, y la validez concurrente mediante una correlación del SEI con el rendimiento escolar con 191 sujetos. Los resultados encontrados fueron favorables en el sentido de que se muestran consistentes con el marco conceptual ideado por Stanley Coopersmith para construir el SEI.

Palabras clave: Coopersmith, Autoestima, Inventario de Autoestima.

## ABSTRACT

The purpose of this research is to adapt the SEI (school form) to adolescents in Middle and Upper School who study in Santiago, Chile; and give normative data. The SEI is a self-esteem inventory composed of 58 statements, measuring five attitudes toward the self in social, academic, personal and family contexts, plus defensive attitudes toward the evaluation of the self. The sample included 3369 adolescents (male and female) who study in 20 schools, both private and public, located in Gran Santiago. Psychometric indicators were processed for each variable (Internal consistency, test-retest consistency, construct and concurrent validity). Items that do not contribute to the internal consistency of the scores were eliminated, and averages, standard deviation, alfa coefficient and other internal consistency coefficients were processed. Also, there are results for test-retest consistency after 10 months between the pre and post evaluations with 130 adolescents. A goodness of fit was performed

before processing T-scores and percentiles. The construct validity was tested through a factor and component analysis, and concurrent validity was tested through a correlation with the total mean of academic grades with 191 adolescents. The results were similar to those reported by Coopersmith in 1967 and his last manual published for 1991.

Key words: Coopersmith, Self-esteem, Self-esteem Inventory.

20 Psicóloga Universidad Diego Portales (1992). Psicóloga clínica en el Centro Comunitario de Salud Mental de la Municipalidad de Santiago.

21 Psicóloga Universidad Diego Portales (1992). Labora en el Colegio San Juan Evangelista.



## 1.- ANTECEDENTES

Es común, en la literatura psicológica, encontrar el uso indistinto de conceptos tales como: "concepto de sí mismo", "autoimagen", "autoconcepto", "sí mismo" y "autoestima" para referirse al mismo fenómeno.

Aún cuando desde la segunda mitad de este siglo aumentó el interés en el estudio del sí mismo, hasta ahora ni teóricos ni investigadores han podido llegar a un acuerdo conceptual de qué se entiende por Autoestima o por Sí mismo. De este modo, para algunos la Autoestima representa un aspecto del Sí mismo, y para otros investigadores tales constructos se superponen o bien son idénticos (Coley, L. y Martin, J., 1984).

Dentro de la corriente del psicoanálisis fueron autores neofreudianos los que más realizaron e investigaron términos tales como autoimagen e ideal del Yo (Wylie, R. 1961). Harry S. Sullivan y Karen Horney, enfocaron el concepto de autoestima como un proceso interpersonal, donde los "otros significativos" contribuyen en el proceso evaluativo y donde se hace imperativa la necesidad de protegerse de aquellos sentimientos que derivan en la desvalorización del sí mismo.

El concepto de sí mismo resultó ser clave dentro de las teorías fenomenológicas y humanistas. En general los autores de esta corriente coinciden en señalar que parte de la naturaleza humana es la capacidad para mirarse a sí mismo y que el individuo por tanto es portador de un valor individual que sólo por él es conocida.

El humanista Carl Rogers no discutió directamente sobre los orígenes de la autoestima, pero sí de aquellas condiciones que la facilitan. Para él, todos desarrollamos una autoimagen o imagen de sí mismo que sirve de guía y mantiene nuestra adaptación y ajuste al mundo externo. Señaló además que durante la infancia, al sentirse distintos y aparte de los demás, los niños desarrollan la necesidad de estimación positiva, reaccionando a la aprobación o desaprobación externa de una acción como si se tratara de aprobación o desaprobación a su ser completo. Aún cuando el individuo, a lo largo de su historia, pueda negar o ignorar estas expresiones evaluadoras, éstas continúan teniendo efecto y produciendo dudas respecto al propio valor y competencia. Dentro de nuestro desarrollo, lo óptimo es que cada uno logre llegar a sus propios valores y aprender a confiar en sí mismo. Esto requiere de padres u otros significativos que acepten a los niños y sean capaces de confiar en ellos también.

Más tarde otros investigadores plantearon que la autoestima sería un indicador válido y sensible de salud mental. Se podría asumir entonces que una desviación de la norma de esta variable podría representar perturbaciones psiquiátricas. (Fitts, W. 1970)

Coopersmith, S. (1981) indica que diversos estudios clínicos han demostrado que la autoestima está estrechamente relacionada con la ansiedad, habilidades sociales, físicas y el desempeño escolar. En relación a este último, es bastante aceptado que se indique a la autoestima como una variable interviniente en la adaptación y conducta escolar (Bulus, R. y Shavelson R. 1982). Se ha encontrado, en general, que el éxito académico está relacionado con una actitud positiva hacia sí mismo y confianza en las propias habilidades (Alvarez, M.I.; Arancibia, V. y Maltés, S., 1990)

En el interés por determinar la naturaleza de la autoestima, los comportamientos relacionados a ella y cómo ésta determina y participa dentro del concepto global de la personalidad, se han desarrollado varias escalas para medirla y conocerla; entre ellas se encuentra el *Inventario de Autoestima de Coopersmith* (Self Esteem Inventory o SEI).

De acuerdo a Peterson, C. y Sewell, T. (1990), el SEI está dentro de los más conocidos y ampliamente utilizados en Estados Unidos. Es un cuestionario confiable, estable y existe bastante información acerca de su validez de constructo.

En Latino América, se han realizado dos estudios de adaptación de este Inventario. El primero de ellos fue el estudio de Prewitt-Díaz (1984), que adaptó el SEI para 296 sujetos entre 15 y 18 años en Puerto Rico. El segundo fue realizado en nuestro país por Brinkman, H., Segure, T. y Solar, M.I. (1989), quienes publican en la *Revista Chilena de Psicología* un estudio de adaptación, estandarización y elaboración de normas del SEI, para jóvenes de primero y segundo medio en la comuna de Concepción.

Al analizar el estudio realizado en Concepción (1989), pudimos constatar que el estudio se basó en la versión ya traducida y adaptada por Prewitt-Díaz. Resultándonos interesante realizar un estudio que utilizara la versión original en inglés de Coopersmith, agregando así pasos en la adaptación, tales como un estudio de transculturización de los ítems, traducción de ítems originales y elaboración de nuevos ítems. Se agrega a esto la relevancia que este concepto ha adquirido en nuestro país en el área educacional y consecuentemente el interés por su medición.



## 2.- EL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Coopersmith se dedicó a explorar la naturaleza de la autoestima y sus condicionantes a través de distintos estudios empíricos con adolescentes y preadolescentes, siendo el instrumento de evaluación *Self Esteem Inventory* uno de los resultados de su acuciosa investigación durante los años 1959 a 1967.

El *Self Esteem Inventory* (SEI), fue construido en base a la escala de Rogers y Dymond (1954), y sobre esta base se adaptó. Desde que el inventario fue construido hasta la fecha, el instrumento no ha sufrido cambios substanciales, realizándose tan sólo cambios en términos de: formato de respuesta, orden de los ítems y el sentido de uno de los ítems (Nº 36: *I'm never unhappy, por, I'm never happy*).

En la actualidad existen tres inventarios de autoestima de Coopersmith. La forma escolar (Forma A) con 58 ítems, utilizada con niños entre ocho y quince años, contiene cuatro subescalas (Pares, Hogar, Escuela, e Intereses Generales o General) y una escala adicional llamada Mentira, que mide defensividad. Existe además una forma B, que es una forma escolar abreviada con tan sólo 25 ítems; y finalmente, se presenta una forma para adultos (16 años y más) que viene a ser una adaptación de la forma escolar.

El Inventario de Autoestima SEI (forma A), es un cuestionario que consta de 58 ítems que se contesta a través de autoreporte, cuyo objetivo es medir la autoestima a través de cuatro escalas, y defensividad a través de una escala adicional:

**Escala Pares:** Refleja los propios sentimientos de adecuación y valoración en la interacción social con sus iguales (consta de ocho ítems);

**Escala Hogar:** Refleja los sentimientos de valoración y aceptación como miembros de un hogar o familia (cuenta con ocho ítems);

**Escala Escolar:** Se refiere al propio sentimiento de valoración respecto al desempeño del sujeto en el ambiente escolar (tiene un total de ocho ítems);

**Escala General:** Refleja la percepción y sentimiento de valor que el sujeto mantiene de manera acostumbrada en relación a sí mismo (cuenta con 26 ítems);

**Escala Mentira:** Se refiere a los sentimientos defensivos del sujeto para mantener una adecuada imagen frente a los demás (cuenta con ocho ítems).

Las puntuaciones se pueden obtener para cada una de

las escalas del SEI. Los puntajes brutos de las respuestas correctas se suman por escala y luego se multiplican por dos, logrando un valor máximo de 100 puntos para la escala total que mide autoestima. En este resultado se excluye la escala de mentira, ya que ésta apunta a medir índices de defensividad, pudiéndose obtener en ésta un puntaje máximo de 16 puntos.

## 2.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Stanley Coopersmith definió el concepto de sí mismo y autoestima integrando diversos aspectos de distintos y variados enfoques teóricos de autores tales como Harry S. Sullivan, Karen Horney, A. Adler y C. Rogers, agregando e integrando a su vez la perspectiva de las actitudes, y entendió al sí mismo o *self* como: "Una abstracción que el individuo desarrolla en relación a sus atributos, capacidades, objetos y las actividades que realiza. Esta abstracción está representada por el símbolo Sí mismo, que es la idea que tiene una persona acerca de sí". 22

El concepto de *Self* se forma en el curso del desarrollo, a través del proceso de abstracción empleado en las distintas áreas de experiencia. La base para las abstracciones del Sí mismo o *Self* son las observaciones que el individuo hace de su propia conducta y del modo en que otros respondan a sus actitudes, apariencia y desempeño. Por lo tanto, las abstracciones del *Self* se forman y elaboran en el transcurso social, en las reacciones privadas para sí mismo, en la maestría en resolver tareas del desarrollo y en la competencia para manejar las situaciones de vida.

El niño en edad temprana estaría limitado en su capacidad de abstraer, por lo que sus abstracciones al principio serían vagas. A medida que el proceso de desarrollo avanza, se favorece esta capacidad. Así, el Sí mismo cubre más atributos y experiencia, pero al mismo tiempo se vuelve más selectivo; es decir, se sobreenfatan algunos atributos considerados como propios y se excluyen otros.

Una vez consolidado el Sí mismo, éste da un sentido de continuidad personal en el espacio y el tiempo, y aún cuando está abierto al cambio, parece ser relativamente resistente a cualquier alteración. El *Self* es un objeto complejo, pues es el objeto que una persona observa y, al mismo tiempo, es el observador.

Por lo tanto, el *Self* o Sí mismo se forma "de distintas experiencias que incluyen diversas y numerosas extensiones, se manifiesta en objetos externos (el cuerpo) como también en los internos, y se basa en distintos niveles y tipos de competencia en el manejo con el ambiente" 23 (Coopersmith, 1967).

Coopersmith visualizó además el concepto de Sí mismo como poseedor de múltiples dimensiones, donde cada

22 Coopersmith, S. The antecedents of Self Esteem. Consulting Psychologists Press, Inc. 1981, 2ª edición. Pág 20.

23 Ibid pp.21



una de estas dimensiones reflejaría la diversidad de atributos, experiencia y capacidades, como también los distintos énfasis en el proceso de abstracción. Y en su trabajo se centró fundamentalmente en la dimensión evaluativa o autoestima.

Definió autoestima, entonces, como: *"la evaluación que hace el sujeto de manera acostumbrada con respecto a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica la extensión en que el individuo sostiene esta actitud acerca de sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo muestra a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos expresivos"* <sup>24</sup>

Dentro de esta definición, Coopersmith aclara los siguientes puntos:

a) Esta definición de autoestima se basa en aquellos aspectos estables y generales del desarrollo del sujeto, y no en aquellos específicos y transitorios.

b) La autoestima variaría a través de las diferentes áreas de la experiencia, y esto dependería del sexo, la edad y otras condiciones de definición del rol que juegan. El sujeto, por lo tanto, se considerará más o menos valioso en las distintas áreas. Y en la apreciación total de su autoestima general, las distintas áreas tendrán diferentes ponderaciones de acuerdo a la importancia subjetiva que tengan para el individuo.

c) Por autoevaluación, Coopersmith se refiere al proceso de enjuiciamiento dentro del cual el sujeto examina su actuar, sus capacidades y sus atributos de acuerdo a estándares y valores personales, que lo llevan a tomar una decisión acerca de su propio valor. Estas actitudes hacia el sí mismo son las que se obtienen a través del procedimiento de un test y pueden ser observadas en la conducta.

Coopersmith aclara que las actitudes que son dirigidas al Sí mismo pueden guardar semejanzas con actitudes hacia otros objetos; sin embargo, se diferencian básicamente en que las actitudes hacia el Sí mismo son sólo observables para la propia persona. Sólo quien formule una abstracción de Sí mismo puede conocer sus límites y contenidos, y por lo tanto está en posición de definir y evaluar sus características.

Ahora bien, frente al dilema que se presenta al intentar medir y comparar el Sí mismo -que es una abstracción única y distinta para cada individuo-, el autor lo resuelve señalando que si bien el obje-

to de consideración (Sí mismo) difiere en cada percepción, la dimensión de evaluación es la misma. Entonces, al centrarse en el producto final del proceso de enjuiciamiento es posible realizar tal comparación. Finalmente, dentro de su marco explicativo, Coopersmith considera que la pérdida del valor de Sí mismo puede generar sentimientos de ansiedad; y, en tal caso, las defensas actúan a modo de mantener una imagen idealizada.

### 3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En esta investigación nos planteamos los siguientes objetivos:

#### Objetivo General:

Adaptar el *Inventario de Autoestima de Coopersmith* para adolescentes escolares que estén entre 7º básico y 4º medio a la realidad social y cultural de nuestro país y generar normas provisorias para el Gran Santiago.

#### Objetivos Específicos:

a) Evaluar a través del método de traducción y retraducción, la adaptación del punto de vista lingüístico a nuestra realidad social y cultural de los ítems del SEI en su forma A.

b) Construir 26 ítems adicionales para el total del instrumento, en base a la definición de autoestima, y someterlos a juicio de expertos a fin de asegurar la validez de constructo.

c) Evaluar la confiabilidad a través del método de consistencia interna para el puntaje total y las escalas.

d) Evaluar la validez de constructo a través de un análisis factorial y la validez orientada por criterio externo por medio del rendimiento.

e) Obtener normas provisorias por curso, sexo, tipos de colegios y comunas si fuese necesario.

### 4.- METODOLOGÍA

El **universo** utilizado en la presente investigación estuvo constituido por adolescentes de séptimo básico a cuarto medio de ambos sexos, pertenecientes al Gran Santiago.

La **muestra** fue obtenida intencionalmente por cuotas, usándose como variables de muestreo:

a) **Sexo:** hombres y mujeres que pertenecen y comparten el mismo curso.

<sup>24</sup> Ibid pp.4.



b) **Comunas agrupadas por nivel socio-económico:** Se definieron estas variables a partir del estudio de la UNICEF (1990) que agrupó las comunas del país según criterio de riesgo biomédico y socioeconómico para medir la vulnerabilidad infantil.

c) **Tipos de colegio:** Este comprende los establecimientos educacionales tanto municipalizados como particulares (dentro de esta categoría se pueden incluir los colegios Particulares Pagados y los Particulares Subvencionados).

d) **Cursos:** Son todos los alumnos que pertenecen a un establecimiento educacional y forman parte de la misma promoción. Los cursos comprendidos en esta investigación fueron de séptimo básico a cuarto medio.

Las Comunas elegidas se agruparon de la siguiente manera:

- Las Condes - Providencia
- Ñuñoa
- Macul - La Florida
- Conchalí
- La Granja - San Ramón

Se eligieron cuatro colegios por comuna, siendo dos del tipo municipalizado y dos del tipo particular (pagado o subvencionado). Para concluir, se eligió aleatoriamente un curso por nivel entre séptimo básico y cuarto medio, en cada uno de los veinte establecimientos educacionales.

En resumen, el Inventario fue aplicado experimentalmente en veinte colegios y liceos del Gran Santiago, siendo 120 cursos los que participaron en la investigación y el N resultante fue de 3369 sujetos.

La **adaptación** del instrumento fue un proceso que implicó una serie de etapas que se describen a continuación.

#### A. Estudio sociocultural de los ítemes:

La finalidad de esta etapa fue lograr que la versión en español del instrumento resultara lo más fiel a la versión en inglés, considerando las diferencias culturales.

Para lograr esto, se realizó una traducción de la versión original del SEI al castellano por un psicólogo traductor. En seguida, un profesor de Castellano afinó la traducción al lenguaje español y, luego, un experto en el idioma inglés tradujo esta ver-

sión a su idioma original nuevamente. Este procedimiento resultó ser muy similar al utilizado por Prewitt-Díaz (1984).

#### B. Construcción de ítemes adicionales:

Aparte de los 58 ítemes originales se construyeron 26 ítemes adicionales, en base a la definición de autoestima y el marco teórico utilizado por Coopersmith. Se agregaron cuatro ítemes por escala, excepto en la escala general que se construyeron diez ítemes adicionales.

#### C. Análisis psicológico de los ítemes:

Un grupo de 10 jueces expertos (psicólogos) clasificaron los 84 ítemes (originales + los elaborados por las autoras) en "predominantemente alta autoestima" y "predominantemente baja autoestima", siendo este método idéntico al realizado por Coopersmith (1967).

Los jueces reportaron entre un 80 y 100 % de acuerdo para cada uno de los ítemes, por lo que se aceptaron todos los ítemes.

#### D. Aplicación Piloto:

Se realizó con una muestra accidental de 75 adolescentes que pertenecían a séptimo y octavo básico, tercero y cuarto medio. El objetivo de esta aplicación fue obtener información respecto a las instrucciones, comprensión de los ítemes y duración de la prueba, entre otros.

### 5. RESULTADOS

#### 5.1.- Análisis de Ítemes

En esta investigación se obvió el método tradicional de análisis de ítemes, eliminando aquellos ítemes que en su ausencia aumentaban el coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach), para cada escala. Este procedimiento fue posible a través de la aplicación a cada una de las escalas del módulo Testat del programa computacional Systat versión 5.0.

Este análisis se realizó para las cinco escalas del SEI y su forma total. De los 26 ítemes eliminados se eliminaron 23 ítemes originales traducidos y 3 creados por las autoras de este artículo.



## 5.2 Confiabilidad:

En esta investigación se utilizaron, como instrumentos de confiabilidad, los métodos de test-retest y de consistencia interna.

## Método test retest:

La estimación de la confiabilidad, calculada entre una y otra medición luego de 10 meses entre la primera y segunda aplicación con una muestra de 130 sujetos que cursaban entre séptimo básico y cuarto medio, fue de un 0.63 para la escala total y se detalla a continuación en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 1: Confiabilidad Test-Retest**

ESCALA	RESULTADOS SEI ADAPTADO
Mentira	0.57
Escolar	0.61
Hogar	0.55
Social	0.52
General	0.58
Total	0.63

## Método de Consistencia Interna: 25

Nuestros resultados de consistencia interna fueron los siguientes:

**Cuadro N° 3: Confiabilidad ( Coeficientes de consistencia interna, promedios y desviaciones estándar)**

*Escala adaptada:*

ESCALAS	COEFICIENTE ALFA	COEFICIENTE PAR-IMP	COEFICIENTE 1º Y 2º MITAD	PROMEDIO	DESVIACIONES STANDARD
Mentira	0.495	0.520	0.462	6.502	3.610
Escolar	0.623	0.641	0.605	9.854	3.850
Hogar	0.833	0.838	0.829	11.328	4.868
Social	0.673	0.695	0.665	11.610	3.744
General	0.815	0.825	0.805	36.144	9.672
Total	0.874	0.879	0.859	68.936	16.534

25 Un coeficiente K.R.20 corresponde a un alfa de Cronbach en ítems bipolares.



### 5.3 VALIDEZ

En relación a este punto, nuestro estudio se centró en el análisis de validez orientada por criterio y la de constructo, obteniéndose los siguientes resultados:

#### **Validez Orientada por Criterio:**

En esta investigación se utilizó, para el cálculo de la validez concurrente, el promedio general de notas obtenidas en todas las asignaturas del plan curricular, durante el año escolar correspondiente a la aplicación.

El promedio de notas perteneció a una submuestra accidental no probabilística de 191 sujetos. Al correlacionar rendimiento con escala total, el resultado fue de 0.232, que resulta bajo. Sin embar-

go, al correlacionarlo con la escala Escolar, esta correlación aumenta a un 0.52.

#### **Validez de Constructo:**

La validez de constructo se puede abordar a través de la obtención de evidencia correlacional; es decir, por medio del Análisis Factorial y el Análisis de Componentes. Aún cuando ambos métodos guardan diferencias teóricas y se basan en modelos matemáticos distintos, ambas pueden ser usadas en la misma base de datos, obteniéndose usualmente resultados similares.

En nuestra investigación, ambos métodos de análisis fueron utilizados para observar el comportamiento del instrumento adaptado. La rotación utilizada en ambos métodos fue VARIMAX.

**Cuadro Nº 6:** Análisis Factorial para la escala adaptada con 50 ítemes (con pesos factoriales cercanos o superiores a 0.40)

Nº ítem	Factores	Escalas a la que pertenece el ítem	carga
71 78 35 24 51 73	FACTOR I Explica un 6.644% de la varianza	General General General General General General	0.404 0.431 0.463 0.482 0.475 0.425
20 82 9 68 29 75 39 16 61	FACTOR II Explica un 7.321% de la varianza	Hogar Hogar Hogar Hogar Hogar Hogar Hogar Hogar Hogar	0.729 0.683 0.681 0.667 0.598 0.548 0.446 0.461 0.451
28 65 5 81 67 8	FACTOR III Explica un 5.752 % de la varianza	Social General Social Social Social Social	0.614 0.583 0.557 0.553 0.503 0.392
70 33 37 63 77	FACTOR IV Explica un 3.509% de la varianza	Escolar Escolar Escolar Escolar Escolar	0.573 0.559 0.409 0.383 0.372

Explican un 23.22% de la varianza



Para esta investigación se obtuvieron normas provisionales que fueron calculadas a partir de una población de 3.369 sujetos. Se realizó una prueba de bondad de ajuste con el fin de analizar si las escalas se distribuían normalmente.

Las normas se diferenciaron por Curso, Tipo de Colegio, Comuna y Sexo, encontrándose diferencias significativas en algunas de sus escalas. Las normas se presentan en percentiles y puntajes T lineales

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos por otras investigaciones:

**Cuadro N°2:** *Confiabilidades Test-Retest pertenecientes a otras investigaciones*

Coopersmith S. (1959)	0.88	cinco semanas (50 niños 5º grado)
Coopersmith S. (1962)	0.56	tres años (56 niños 5º y 6º grado)
Fullerton W.S. (1972)	0.64	12 meses (104 niños de 5º y 6º grado)
Rubin R.A. (1978)	Entre 0.42 y 0.64	tres años (380 niños entre 9 y 15 años)

Por tanto, los datos obtenidos en nuestra investigación dan cuenta de que existen cambios en la estabilidad de las medidas cuando se repite la aplicación en iguales condiciones, lo que nos hace pensar que probablemente existen factores propios de la adolescencia que intervienen en los resultados. En esta etapa se producen importantes cambios a nivel biológico, cognitivo y afectivo que llevan al adolescente a un constante reformular su imagen personal y su autoestima.

Mejorar la autoestima es frecuentemente el objetivo de los programas de intervención, y a menudo se sugiere que los cambios en la autoestima pueden llevar al desarrollo y mejoramiento de otros aspectos, como el rendimiento escolar. Se desprende de lo anterior que la autoestima no puede ser perfectamente estable y aún así pretender responder también a los cambios dramáticos de la vida o las intervenciones sistemáticas.

En relación a la **confiabilidad de consistencia interna**, Sewell T. (1990), señala que existe un número significativo de estudios del *Inventario de Autoestima de Coopersmith* en relación a este in-

Es posible constatar que el instrumento adaptado es distinto del original. En este sentido quisiéramos discutir y comentar nuestros resultados con otras investigaciones.

Respecto a los resultados de **confiabilidad test-retest**, estos resultaron ser inferiores a los obtenidos por Coopersmith, lo que demuestra una menor estabilidad temporal de las medidas del SEI. Sin embargo, los resultados obtenidos son muy similares a las investigaciones llevadas a cabo por otros autores.

dicador psicométrico. Existe una gran cantidad de estudios de confiabilidad, especialmente en relación a su consistencia interna medidos a través de K.R.20 que van desde 0.87 a un 0.92 para la escala total

Otras dos investigaciones reportan confiabilidades por escala: Prewitt Díaz (1984) en Puerto Rico; y en nuestro país, Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M.I. (1989). Nuestros resultados, en comparación, se asemejan más a los publicados por Prewitt - Díaz, que a los presentados por el equipo de Concepción.

Los resultados reportados por el equipo de Concepción se observan superiores a nivel de escalas ya que éstas fueron sometidas a una fórmula de corrección presentada por Guilford J.P. (1984):

$$RNN = \frac{NR}{1 + (N-1) R11}$$

Con esta fórmula, la investigación de Concepción intenta igualar las escalas de ocho ítemes a la escala general de 26 ítemes



**Cuadro N° 4** Confiabilidades reportadas por estudios latinoamericanos

ESCALA	COEF.KUDER Equipo Concepción	COEF.ALFA Prewitt-Díaz
Hogar	0.88	0.688
Social	0.89	0.507
Escolar	0.81	0.472
General	0.83	0.808
Total	0.87	0.862
Mentira	0.82	--

Por lo tanto, los coeficientes reportados son estimaciones y no la confiabilidad real. Al recalcular los índices de confiabilidad reportados por el equipo de Concepción se obtienen indicadores muy similares.

**Cuadro N° 5:** Coeficientes de Confiabilidad reales Equipo Concepción(1989)

ESCALAS	COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARDSON RECALCULADOS
Mentira	0.583
Escolar	0.567
Hogar	0.693
Social	0.713

Como parte de las conclusiones, se puede entender que los coeficientes de confiabilidad por escalas resulten más bajos que los coeficientes de la escala total, debido a que la mayoría de las escalas contienen pocos ítemes (ocho).

Las diferencias en los valores encontrados entre una investigación y otra pueden ser explicados en parte por las diferencias en la variabilidad que las distintas muestras presentan. Se encontró una mayor variabilidad en la presente investigación, pudiéndose comprender esto a partir de factores culturales que pueden estar interviniendo.

Un último factor de influencia puede obedecer a fluctuaciones aleatorias y sesgos propios a la muestra examinada.

Con respecto a la **validez orientada por criterio**, nuestro valor obtenido para la escala total resulta inferior al resto de las investigaciones que han utilizado la variable rendimiento escolar como criterio para la validez concurrente. Coopersmith, S. (1967) reporta un coeficiente 0.30, Simon, W. E. y Simon, M.G. (1975) reportan un coeficiente de 0.33 para 87 niños que cursaban cuarto grado.

Si bien las correlaciones resultan significativas todas cercanas al 0.30- no existen evidencias de correlaciones superiores que hablen de una relación más fuerte entre ambas variables. Por lo tanto, consideramos que se debe ser cuidadoso en la interpretación de los resultados en esta dirección.

Por otro lado, el SEI contiene una escala Escolar, cuyos ítemes apuntan en esencia a qué tan bien el sujeto realiza las tareas propias a la escuela; no resulta sorprendente, entonces, que existan en las investigaciones correlaciones significativas entre el SEI y el rendimiento

En cuanto a la **validez de constructo**, los resultados demuestran que el instrumento adaptado, tanto en el análisis de componentes como en el análisis factorial, se comporta de forma similar a la estructura propuesta por Coopersmith, con cuatro escalas que apuntan a medir autoestima y que se presentan, en su mayoría, ortogonalmente distintas.



En ambos análisis la escala Hogar es la más clara, pura e independiente, seguida por las escalas Social y Escolar. La escala General se presenta como una escala multidimensional, quedando los ítemes distribuidos en distintos factores. En ambos análisis se demuestra una estructura multifactorial que apuntaría a la multidimensionalidad del concepto de autoestima planteado por Coopersmith en 1967, mostrándose, por lo tanto, consistente con el marco conceptual ideado y utilizado por él para la elaboración del SEI.

En relación a la escala de mentira, Coopersmith no incluye esta escala dentro del constructo de autoestima, ya que ésta apunta a medir índices de defensividad. Según el autor, el sujeto debe protegerse de los sentimientos de ansiedad provocados por amenazas que implican una desvalorización del sí mismo.

A partir del análisis realizado para la obtención de **normas**, se observó que la forma de la distribución de los puntajes se presenta como una asimetría negativa. Por lo tanto, se decidió no normalizar la distribución. En interesante destacar que la forma de la distribución obtenida coincide con la encontrada por Coopersmith (asimetría negativa).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anastasi, A. (1982). *Psychological Testing*. MacMillan Publishing Co., Inc. New York, 5ª Edición.
- 2.- Arancibia, V.; Maltés, S. y Alvarez M.I. (1990). *Test de autoconcepto académico*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
- 3.- Araya R. y Astudillo, L. y otros. (1984). *La autoestima de los adolescentes*. Seminario para optar al título de Profesor de Enseñanza Media en Historia, Geografía, U. Católica de Chile.
- 4.- Brinkmann H.; Segure, T. y Solar M. I. (1989). *Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith*. *Revista Chilena de Psicología*, Vol. 10, Nº 1, Pág 63-71.
- 5.- Bolus, R. y Shavelson, R. (1982). *Self Concept: The interplay of theory and methods*. *Journal of Educational Psychology*. Vol. 74, Nº 17, Pág.3-17.
- 6.- Buros, O. (1990). *The ninth mental measurement yearbook*. Highland Park N.J. Gryphon Press: *Discusión del SEI por Peterson C. y Sewell T.* Pág. 395-398.
- 7.- Coley, L.y Martin, J.(1984). *Intercorrelations of some measures of self-concept*. *Educational and Psychological Measurement*, Vol. Nº 44, pág 517-521,
- 8.- Coopersmith, S. (1959). *A method for determining types of Self-Esteem*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Pág. 87-94.
- 9.- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of Self Esteem*. Consulting Psychologist Press. Inc. Palo Alto C.A.. 2ª edición.
- 10.- Coopersmith, S. (1991). *SEI. Self-Esteem Inventories Manual*. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California.
- 11.- Fitts, W. y Wagner, M. (1970). *Three studies of self concept change research*. *Bulletin* Nº6. Nashville Mental Health Center.
- 12.- Fullerton, W.S. (1972). *Self-Disclosure, Self-Esteem and Risk Taking: a study of their convergent and discriminant validity in elementary school children*. Doctoral Dissertation, University of California, Berkeley.
- 13.- Guilford, J. P. y Fruchter, B. (1984). *Estadística aplicada a la psicología y la educación*. McGraw-Hill, Colombia.
- 14.- Mangnuson, D. (1969). *Teoría de los test*. Edit. Trillas. México.
- 15.- Mischell, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. Edit. McGraw-Hill.
- 16.- Nunnally, J. (1970). *Introducción a la medición psicológica*. Edit Paidós. Bs. Aires.
- 17.- Prewitt-Díaz, J. (1984). *A cross-cultural study of the Coopersmith Self Esteem Inventory*. *Educational and Psychological Measurement*. Vol. 44, pág.575-581.
- 18.- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Ediciones Alfa-guara, Barcelona.
- 19.- Rubin, R. A. (1978). *Stability of Self-Esteem ratings and their relation to academic achievement. A longitudinal study*. *Psychology in Schools*. Vol. 15 pág. 430-433.
- 20.- Unicef (1990). *Una propuesta de clasificación de las comunas del país según criterios de riesgo biomédico y socio-económico para medir la vulnerabilidad infantil*. Santiago, Noviembre.
- 21.- Wylie, R. (1961). *The Self Concept*. University of Nebraska Press, Lincoln.



# LA RESONANCIA AFECTIVA DEL TERAPEUTA Y SU IMPORTANCIA PARA EL TRABAJO EN PSICOTERAPIA

Gabriel Reyes  
Blanca Ortiz de Zuñiga E.

## RESUMEN

En este artículo, se intenta destacar la importancia que parece tener la capacidad de resonancia del terapeuta. Se señalan, además de una opinión personal con respecto al tema, las posibles dificultades con que los terapeutas nos podemos encontrar en este empeño, así como diversas estrategias para superarlas y facilitar en nosotros dicha resonancia.

## INTRODUCCION

El título del presente artículo hace referencia a una inquietud que ha estado presente en nuestros intercambios y reflexiones en este último tiempo.

Tanto desde el contexto de la supervisión de nuevos terapeutas, como también desde nuestro accionar personal en la consulta, nos ha surgido la pregunta acerca del rol que la resonancia emocional del terapeuta tendría en el proceso de terapia del cliente y las dificultades que su implementación entraña.

En torno al tema que nos atañe, en general es probable encontrar acuerdo respecto de la necesidad que el terapeuta resuene afectivamente con la experiencia del cliente. Dicha resonancia constituirá un material de referencia importante a partir del cual se puede lograr un aumento de la sensibilidad y comprensión.

Al momento de escribir este artículo surgen diversos ejemplos que avalarían desde la experiencia clínica las afirmaciones recién expuestas.

En una ocasión, una persona se encontraba narrando lo tranquila que se había sentido acompañando a una amiga cuyo padre había fallecido. Al intentar reflejarle una supuesta tristeza, ella aseguraba que más bien se sentía satisfecha por haber logrado acompañar a su amiga sin huir de la situación como antes lo hacía. La conversación continuó sin que nada en el discurso verbal ratificara la presencia de este sentimiento. Sin embargo, y como consecuencia de mirar su rostro, el terapeuta persistentemente sentía esa sensación de tristeza en él mismo. Hacia el final de la sesión el terapeuta le señala que sin desconocer todo lo que ella ha dicho, la nota triste y le sugiere que localice

para chequear. Como consecuencia de este acto de focalización la persona se sintió inundada por una sensación dolorosa, poniéndose a llorar.

En otra ocasión, y en el contexto de una sesión de práctica para la formación de terapeutas, se pudo apreciar la siguiente situación. Uno de los estudiantes, que hacía de cliente, relataba sus recuerdos acerca de su egreso de un instituto armado haciendo una relación con su inminente titulación en su nueva carrera. Su discurso era pausado, sus frecuentes miradas hacia arriba hacían suponer que estaba recordando su vivencia, mientras un marcado tono de nostalgia teñía su discurso. No obstante esto, el terapeuta respondía en un nivel lógico sin que nada en su expresividad diera cuenta que comprendía la amplia gama de sensaciones emociones y sentimientos implicados en esta experiencia. Ante esta situación, quien hacía de supervisor intervino a partir del impacto personal que el relato del cliente produjo en él, apuntando principalmente a los datos sentidos y aspectos no verbalizados de su mensaje. Esta intervención, produjo un impacto emocional en el cliente y fue la vía para abrir los significados sentidos que esta nueva situación de egreso tenía para él.

Los relatos descritos, no son sino una muestra de la importancia que tiene para la terapia, y obviamente para el cliente, el que el terapeuta interactúe no sólo desde su comprensión lógica, sino también atendiendo a su propia resonancia frente al relato del cliente. De esta manera, el terapeuta produce en él una síntesis de los aspectos cognitivos y afectivos de la experiencia del cliente, pudiendo así entregar una respuesta más integrada, viva y globalizante.



Si bien no todos los terapeutas con los que hemos compartido apoyan esta postura, en una revisión sobre el tema, encontramos numerosos autores que mantienen planteamientos similares. A título de ejemplo, podemos citar a Epstein (1977) quien afirma que las reacciones emocionales del terapeuta frente a los sentimientos de su cliente no sólo son inevitables sino también beneficiosas. En efecto, en nuestra opinión, el intercambio con el paciente en el contexto de la psicoterapia es sin duda una forma de interacción que nos afecta, querámoslo o no. Por lo demás, es insoslayable el hecho de nuestra constante interacción con el medio y que todo estímulo que está presente nos repercute de algún modo.

En esta línea de pensamiento, Tansey y Burke (1989) postulan que la psicoterapia incluye la habilidad del terapeuta para utilizar su comprensión conceptual a la vez que su propia respuesta (1980) quien destaca la necesidad de un entendimiento particularmente emocional del paciente.

Desde la investigación empírica, también podemos encontrar antecedentes que apoyan la tesis aquí sostenida. En el año 1987 Robbins y Jolkovski realizaron una investigación con terapeutas en entrenamiento. Concluyen que el proceso intelectual por sí sólo no permite a los terapeutas interactuar con sus pacientes en forma efectiva. Asimismo señalan que la integración madura entre una sensibilidad afectiva, el apoyo teórico y la capacidad de conceptualización, aumentan el compromiso del terapeuta.

Desde la perspectiva de la empatía, variable reconocida por terapeutas de las más diversas líneas teóricas como necesaria para el buen desarrollo del proceso terapéutico (Fiedler, 1950; Raskin, 1974; Hesselz y Pertuze, 1996), también aparece la necesidad de dicha resonancia. En efecto, autores como Reik (1949), Keefe (1976, 1979), Barret y Lennard (1981), Goldstein y Michaels (1985), destacan la resonancia emocional como una de las fases del proceso de empatizar.

Evaluada esta situación desde el contexto de la psicoterapia experiencial, en la que el terapeuta tiene como propósito contactar al cliente con su corriente de sensaciones, parece poco probable el logro de este objetivo desde un interactuar eminentemente cognitivo y racional. En este enfoque, los terapeutas nos esforzamos en lograr este contacto para que el cliente pueda diferenciar los matices de su experiencia y así captar los significados implícitamente sentidos en ella, de esta modo, es claro que una respuesta terapéutica sólo formal y conceptualmente correcta, resultaría ex-

cesivamente plana y desprovista de esta resonancia personal. En estas condiciones es difícil, por no decir casi imposible, una terapia exitosa.

En síntesis, podríamos convenir a la luz de los datos expuestos, que habría un amplio consenso en torno a la necesidad de un trabajo en todo el terapeuta haga uso de todos sus recursos personales en su interactuar con el cliente. No obstante este reconocimiento, donde aparecen las mayores discrepancias es con respecto de la conveniencia o inconveniencia que esta resonancia pueda ser percibida por el cliente.

Más allá de estas opiniones, parece ser una necesidad de los propios clientes el saber que son en alguna medida importantes para sus terapeutas, que no son un número más en una lista de pacientes. Al no ocultar su resonancia personal, el terapeuta acusa el impacto que la experiencia del cliente tiene para él, mostrando de este modo su vinculación. Esta vinculación necesitada y buscada por el cliente, parece contribuir a la creación de una relación sinérgica en donde dos personas se unen para el logro de los objetivos.

Puede ser una experiencia compartida desde el rol de clientes, aquella donde hemos experimentado la impotencia de no poder transmitir con toda la fuerza que tiene para nosotros una situación particular de vida. En estos casos, y a pesar de nuestros esfuerzos expresivos, nada parece indicar que el terapeuta haya percibido con la claridad e intensidad adecuada lo que nosotros estamos experimentando. Observamos una persona inexpresiva, pensando y quizás si planeando lo que va a decirnos. Nos parece que si el terapeuta no resuena, pareciendo no afectarle lo que a nosotros nos sucede, entonces podría darnos la impresión que no está comprendiendo realmente. Y si esto es así, no podrá ayudarnos.

Kohut (1971) explícitamente destaca la importancia de los aspectos afectivos de la empatía para la creación del ambiente terapéutico. Basta sólo imaginar un intento de comprensión sin que esté presente el elemento afectivo para entender que la empatía sería impracticable. Las intervenciones del terapeuta asumirían un fuerte sesgo cognitivo con lo cual sus respuestas perderían la cualidad de compañía que caracteriza a la respuesta empática. La tan necesaria cualidad de compañía de una relación a menudo está basada en el grado de impacto afectivo que el cliente observa en el terapeuta. La neutralidad profesional de este modo es reemplazada por la sensibilidad, humanidad y cercanía en la comprensión.



Recordemos que la percepción del cliente de estar siendo comprendido, ha sido considerada como el mejor predictor de éxito terapéutico por sobre la evaluación de empatía por jueces expertos y la opinión de los propios terapeutas (Barret- Lennard, 1962; Rogers, 1975).

Cabe asimismo recordar que Rogares y Kinget (1971) afirman que para que se dé un proceso terapéutico, se requiere que el cliente perciba las condiciones que se le ofrecen. Además, se reconoce la necesidad de la resonancia afectiva del terapeuta para el logro de una real comprensión. Parece, entonces, derivarse lógicamente la necesidad de haber aparente y sin ocultamientos dicha resonancia.

Por otra parte, no debemos olvidar que la comprensión está al servicio del cliente y que, al menos desde la perspectiva experiencial, no tiene sentido que el terapeuta la busque sólo para él. Es decir, la comprensión empática tiene como función primordial facilitar el proceso de autoexploración y autocomprensión del cliente. Si fuera el propósito realizar un diagnóstico certero, como es el caso de otras formas de psicoterapia, la empatía colabora en este logro. También se reconoce su utilidad para crear las condiciones que hacen sentirse comprendido y acompañado al cliente. Sin embargo, la fuerza del ofrecimiento de empatía en esta psicoterapia radica en que provee de elementos que ayudan a la autocomprensión. Por tanto, lo importante es que, desde esta resonancia, se ofrezca en forma tentativa esta comprensión de manera que el cliente se reconozca y aumente su autoconocimiento. En otras palabras, se requeriría que el terapeuta no sólo comprenda la situación del cliente y la refleje en forma clara, sino que también resuene afectivamente con ello. En este sentido Marcia (1992) plantea que se requiere que el terapeuta refleje, de una manera precisa y emocionalmente inteligible, lo que ha captado.

En resumen, es nuestra opinión que el permitirnos resonar con la experiencia del cliente, nos ayuda a alcanzar mejores niveles de comprensión y a favorecer el autoconocimiento del mismo. También facilitamos el desarrollo de un mayor compromiso, fortaleciendo la cualidad de compañía consolidando el vínculo terapéutico y logrando de este modo una relación sinérgica. Además, parece ser que, cuando el cliente percibe al terapeuta resonando con lo suyo, aumenta su propia resonancia.

Cabe aquí recordar la experiencia vivida con otro cliente quien recordaba como una imagen de su niñez, su aspecto formal vestido de terno y corbata. Su relato, al momento de expresarlo, no parecía más que una simple reseña biográfica. Sin embargo, cuando el cliente observó la emoción

en los ojos del terapeuta, se sintió impactado. El terapeuta le expresó que imaginaba que él había sido un niño que no podía jugar con libertad. A partir de esto, al cliente se le abrió una nueva dimensión del impacto de todo aquello que hasta ese momento no era evidente para él. Pudo relacionar su actual formalidad con la manera en que había sido formado desde niño.

A la vista de todo lo descrito y argumentado, se podría convenir en la importancia de lo planteado, tanto en términos que el terapeuta resuene, como que el cliente pueda percibirlo. Pero no se pueden desconocer las variadas dificultades que implica el logro de todo esto. Así, es posible observar la presencia de algunos factores que interfieren la resonancia del terapeuta y/o su expresión para el cliente.

Vivimos en una cultura en la que se valora lo intelectual por sobre lo afectivo-emocional. Incluso hay una fuerte sanción social a la expresión abierta de una amplia gama de emociones. Como consecuencia, nos vemos obligados a ejercer control sobre éstas, de manera que paulatinamente vamos adormeciendo nuestra capacidad de sentir. Es verdad que podemos escuchar expresiones verbales relativas a cierto tipo de sentimientos. Sin embargo, pocas veces en la relación social cotidiana, estas expresiones están avaladas por un tono de voz, una mirada o gestos que ratifiquen la resonancia de la persona que las expresa. Estos imperativos sociales, especialmente represivos para el hombre, representan sin lugar a dudas una de las grandes dificultades para la resonancia y la expresividad afectiva.

Más específicamente y desde la perspectiva de nuestra formación como terapeutas, uno de los factores intervinientes en esto, es la indicación técnica proveniente del sistema terapéutico en el cual nos hemos formado. En tanto esta indicación restrinja nuestra resonancia, es más probable que ésta, no aparezca y su expresión se haga menos notoria.

Otro factor, ligado con el problema de nuestra formación y que ha puesto de relieve la investigación (Reyes y Benitez, 1989), se refiere a la dificultad de interesarnos por las vivencias de nuestros clientes cuando sus discursos carecen de contenidos problemáticos. Probablemente, esto sucede así porque los terapeutas hemos sido formados en una profesión de ayuda y nos hemos entrenado a ser especialmente sensibles frente a los problemas y al sufrimiento. En la medida que esto no está presente, decae nuestra resonancia e interés por el



tema con la consecuente baja en los niveles de compañía y comprensión.

Otra dificultad que con frecuencia disminuye nuestra resonancia es la tendencia a asociar eventos y reacciones en forma preestablecida. Por ejemplo, esperamos que frente a la muerte las personas se entristezcan, que frente a un éxito se alegren, que si se ha separado de la pareja estén deprimidos, etc. Cuando esta reacción esperada no aparece en el cliente, nos desconcertamos, ponemos en duda lo que éste nos expresa y tenemos dificultades para resonar y comprender.

Asimismo, la lejanía de lo expresado por el cliente puede ser otro factor de interferencia. Es decir, cuando nos relatan experiencias que no forman parte de nuestro propio bagaje y que nos resultan poco comprensibles, se hace especialmente difícil vibrar afectivamente. Una situación que podría ejemplificar este factor de lejanía es lo sucedido cuando una mujer cuenta que su hijo tiene problemas de visión que le impiden tener el carnet de conducir y por ende se le restringen sus posibilidades de pololear. Esta última asociación resultó, en un primer momento, incomprensible para el terapeuta. Sólo cuando el terapeuta logró entender el mundo en que esta persona vivía, pudo empatizar con la preocupación de esta madre. En su mundo, un muchacho tenía muy pocas posibilidades de ser aceptado como pareja, a menos que mostrara un cierto status social, en donde la conducción de un vehículo propio era uno de los símbolos clave.

Las dificultades hasta ahora mencionadas, se centran principalmente en la persona del terapeuta quien de alguna forma se ve influido por su ambiente social y su formación profesional. Ahora bien, existen otro tipo de dificultades que se originan principalmente en el cliente y aluden a restricciones de los recursos discursivos del mismo.

Como observación general, en tanto más habilidad tiene el cliente para utilizar sus recursos expresivos, tanto más factibles será para el terapeuta resonar, acompañar y comprender. En términos más específicos, en la medida que el discurso contenga más matices expresivos respecto de su propia experiencia, más se facilita la labor del terapeuta. Por el contrario, mientras más restringidos sean los recursos expresivos del cliente, mayores dificultades encontrará el terapeuta. (Reyes y Benitez, 1987).

Un discurso planteado en primera persona, en que existen referencias directas a significados y sentimientos personales, con una cualidad de frescura,

como algo descubierto en el momento, con coherencia entre los aspectos verbales y no verbales es, sin lugar a dudas, un mensaje que con facilidad puede ser atendido y con un alto potencial de impacto afectivo. En cambio, un discurso términos estrictamente informativos, sin referencias personales, como dando cuenta de algo gastado y conocido, con pocas modulaciones y escasa coherencia de los aspectos verbales y no verbales, será difícil de atender y tendrá escaso poder de impacto.

De todo lo anterior se desprende que, a menos que los terapeutas dispongamos de estrategias personales para solucionar dichos problemas, no lograremos salvar los escollos que representan las restricciones sociales y de formación, las diferencias de mundos, las reacciones inesperadas, así como las dificultades de expresión personal. Los terapeutas nos encontraremos dependiendo de características y recursos de nuestros clientes y no de los recursos propios. Por ende, la pregunta resolver sería: ¿Qué podemos hacer para sortear las dificultades señaladas a fin de alcanzar una mayor resonancia?

De la experiencia en el quehacer con personas, podemos sugerir algunas estrategias de ayuda que hasta el momento nos han resultado de alta utilidad para el trabajo propio, así como para el entrenamiento de nuevos terapeutas.

Frente a la restricción de las cualidades expresivas del cliente, existen diferentes alternativas de intervención relacionadas con cada uno de los aspectos de la expresión personal empobrecidos.

Ante la discordancia entre los aspectos verbales y no verbales se puede preguntar cómo es que éstos se relacionan. Qué sentido tiene, por ejemplo, esa sonrisa cuando me hablas de una gran pena. Lo que externamente puede parecer desconectado, no forzosamente lo está desde el marco de referencia personal y los significados en él implicados. El conectar a la persona con ese "sentido", no sólo puede ayudarle a entender qué está haciendo con su problema o situación, sino que también ayuda al terapeuta a meterse en el mundo interno de su cliente y encontrarle un sentido, evitando de este modo juicios descalificatorios acerca del modo de funcionamiento del cliente. Este tipo de juicios, es sin lugar a dudas, uno de los grandes obstáculos para resonar y comprender las vivencias de nuestros clientes.



Otra alternativa cuando se observan discrepancias o poca modulación en su expresión personal es imitar esta forma de expresión. Cuando una persona se ve reflejada, tiene la posibilidad de darse cuenta con más facilidad de la manera en que se está expresando y del sentido que esta forma tiene para él.

Ante la carencia de expresiones reveladoras del impacto afectivo y de los significados implicados en la experiencia relatada es posible: a) hacer preguntas que le ayuden a rescatar estas implicaciones; b) promover la focalización en la sensación a la base del relato; c) ayudar a evocar y revivir los aspectos sensoriales de la experiencia concreta a la base del discurso.

Cuando hablamos de hacer preguntas, no nos referimos a las clásicas preguntas cuyo objetivo es el traspaso de información al terapeuta, sino de preguntas que promuevan la autoexploración del cliente. Por ejemplo, si alguien nos está hablando de su conflicto de pareja, preguntarle desde cuándo es que esto sucede, no ayuda a que el cliente se autoexplora. Por el contrario, preguntas acerca de cómo se siente con ello, o cómo interpreta el su situación, dirigen la atención del cliente hacia sus datos sentidos facilitando el avance del proceso.

La idea central de estas tres recomendaciones es ayudar al cliente a contactarse con su sensación sentida (*felt sensed*) para que desde ahí logre rescatar los aspectos aún indiferenciados de su ésta. En este punto cabe recordar, como señala Laura North Rice (1970), que no es el presente o el futuro lo que interesa sino la intensidad actual de la experiencia. Formas de intervención como la focalización experiencial y la respuesta evocativa facilitan este objetivo.

Cuando el cliente no expresa un problema y observamos que nuestra resonancia disminuye, es importante centrarse en las cualidades de la experiencia presente en intentar resaltar los matices afectivos que ésta le genera. No hay que olvidar que en la medida que en la terapia experiencial se pretende ayudar al cliente a contactarse con sus datos sentidos, independientemente de la valencia de la experiencia, un trabajo terapéutico válido es ayudar a focalizar para intensificar la sensación sentida y desde ahí significar la experiencia. Además hay que tener en cuenta que una experiencia no requiere ser problemática ni dolorosa para que sea importante para el cliente. Por último el atender a los aspectos gratos nos amplía la perspectiva que tenemos del cliente. No sólo ayudando a atender las experiencias dolorosas es que podemos

hacer un trabajo terapéutico. También atendiendo las experiencias positivas se ayuda al cliente a un mejor contacto con su corriente experiencial.

Cuando lo narrado por el cliente nos resulta excesivamente lejano y poco comprensible no logrando resonar con ello, resulta útil preguntarnos en qué situación, por muy distinta que sea, nos hemos sentido así. Acudir a la propia experiencia es un potente recurso para comprender la vivencia ajena y en nuestra opinión favorece la entrega de comprensión empática. (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1995).

Otra posibilidad más directa, es pedirle al cliente que nos ayude a llenar el vacío que, producto de nuestra inexperiencia se nos produce. Por ejemplo, en una ocasión uno de los autores de este artículo fue llamado por el equipo de rehabilitación para atender a un joven minusválido que se negaba a seguir su proceso de recuperación. Este, le permitiría abandonar la silla de ruedas y desplazarse en forma autónoma. Ante el desconcierto de esta negativa, hubo que indagar cómo el interpretaba las consecuencias de este proceso. Como resultado de esto, el joven expresó su temor a la pérdida de compañía. Mientras estuviera en silla de ruedas, siempre tendría alguien que lo acompañara. Lo que al principio no resultaba entendible, adquirió así un sentido, que aunque diferente al preestablecido, no por eso era menos comprensible.

Frente a la última de las dificultades señaladas, es importante reiterar que la discordancia entre un evento y una reacción, sólo existe para el observador externo. Todo evento y reacción del cliente, en la medida que se considere desde el marco referencial interno, tiene sentido. De esta forma, lo que puede encontrar el sentido e indagamos con él cuál es el hilo que conecta y da significado a esta reacción, la discordancia desaparece.

Independientemente de la situación que origina nuestra falta de resonancia, hay algunas acciones o recursos que pueden favorecerla. Como una reflexión final, podemos plantear que cuanto más sensorializada es una experiencia más fácilmente resonamos con ella. Por tanto, ante la carencia de estos recursos personales del terapeuta o del cliente podemos buscar formas de compensarla.

Una manera de lograr esto es formar imágenes. Es decir, cuando alguien nos habla de alguna forma, surgen imágenes más o menos claras en relación al relato del cliente. La idea aquí es, que si el relato del cliente es lo suficientemente descriptivo y con matices, nos dejemos llevar por estas imágenes.



nes producto de esta narración. Ahora bien, si el relato es más escueto y carente de datos sensoriales (sonidos, sensaciones, olores, etc.), el trabajo es ayudar al cliente a revivirlos y con esta nueva información dejarnos guiar por nuestra resonancia. Es decir, dependiendo de la calidad del discurso, podemos simplemente dejarnos guiar por el relato, para que estas surjan y potencien nuestra capacidad de resonar. En caso contrario, y como ya se indicó, ayudar al cliente a enriquecer los detalles de su experiencia de tal manera que favorezcan nuestra producción de imágenes en torno al relato y en consecuencia nuestra resonancia y comprensión. Lo que se destaca aquí es la ayuda que representan las imágenes en el proceso de resonancia emocional.

Esta recomendación descansa, no sólo en nuestra experiencia como terapeutas sino en datos aportados por las investigaciones sobre el tema. En efecto, pareciera que la imagen tiene una gran capacidad de evocar reacciones emocionales más intensamente que cualquier otro tipo de representación de la realidad. Espinosa, Ringler y Winkler (1976) lo explican por su cercanía con el fenómeno de la percepción. Al respecto, los autores coinciden en considerar a la imaginación como una "variación" de la percepción. Es decir, al imaginar se activarían al menos parcialmente algunas de las estructuras fisiológicas involucradas en el percibir, lo que a su vez determinaría la vividez de la imágenes (Segal y Glickman, 1967; Hebb, 1968; Marks, 1972; Sheehan, 1972). Por último cabe recordar que esta capacidad de la imagen para evocar respuestas emocionales ha sido verificada en laboratorio, a través de mediciones consideradas como buenos indicadores de respuesta emocional, entre las que se pueden citar la respuesta dermogalvánica, el ritmo respiratorio y la frecuencia cardíaca (Singer, 1974).

Es posible también, hacer uso de recursos kinestésicos como: imitación de posturas corporales, ritmos respiratorios y expresiones faciales. Al respecto, existe una amplia evidencia que apoya la hipótesis que la sólo construcción de claves no verbales de una emoción tendería a reproducir la emoción. En esta línea, la investigación realizada por Bloch y Santibáñez (1972) trató de inducir ciertas emociones a través de la reproducción de las expresiones faciales, postura corporal y patrón respiratorio. Los autores concluyeron que el patrón respiratorio-muscular es el elemento que más claramente diferencia una expresión emocional de otra. Como además, la musculatura esquelética puede ser controlada a voluntad, se plantearon la posibilidad de entrenar estos mode-

los con personas. Esta práctica, en su opinión, parece ser de interés para el entrenamiento de actores y para su uso en el contexto de la psicoterapia. Por su parte, Ekman, Lavenson y Friesen (1983) encontraron que la sólo activación de la expresión facial de ciertas emociones, denominada "posturing", bastaría para producir ciertas reacciones autonómicas. En base a esta estrecha relación entre respuesta emocional y expresión no verbal, son diversos los autores postulan a las claves no verbales como un componente de la emoción (Leventhal, 1979).

Por último, otra forma de acercarnos a la experiencia del cliente, es a través de las cualidades sonoras y de temporalidad del discurso. La reproducción interna de la cadencias y ritmos, frecuencias e intensidades de los mensajes emitidos, pueden ayudarnos a captar, no sólo los sentimientos sino también los significados implicados. Esto puede quedarnos claro si consideramos los efectos que la música produce como consecuencia de la imitación y repetición. Se produce una especie de contagio emocional y/o involucramiento, recurso este claramente utilizado en las canciones de trabajo, en la música gregoriana, en los espirituales negros y rituales africanos.

Como puede desprenderse, si se considera que la resonancia personal es importante, ésta no puede depender sólo de los recursos del cliente. La mayor parte de ellos, presentan carencias precisamente en sus cualidades discursivas, ante lo cual el terapeuta requiere de estrategias que le permitan traspasar dichos obstáculos. Este artículo pretende proveer de algunas formas de intervención que ayuden a compensarlas.

A pesar que podría ponerse en duda todo lo anterior, nuestro planteamiento es que necesitamos atender el modo en que estamos siendo afectados por el cliente para, sobre esa base de datos sentidos, favorecer nuestra función de comprensión.

Como es claro, la intención de este artículo ha sido promover la reflexión en torno a este tema, así como proponer estrategias para que los estudiantes de psicología y terapeutas que compartiendo nuestra opinión, se vean circunstancialmente dificultados en su capacidad de resonancia en la relación con sus clientes.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barret L. (1962). Dimensiones of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 2, Nº completo.
- 2.- Barret L. (1981). The Empathy cycle: Refinement of nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91- 100
- 3.- Bloch S.; Santibañez G. (1972). Entrenamiento de la afección emocional y significado de su retroalimentación en humanos. Revista editada por el Simposio Latino Americano de Psicología del Aprendizaje. V. 4, Nº 7, 170 - 185
- 4.- Ekman P.; Levenson R.; y Friessen W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208 - 1210
- 5.- Epstein L. (1977). On the growing interest in countertransference as therapeutic instrument. *Contemporary psychoanalysis*, 13, 399 - 406
- 6.- Espinoza, V.; Ringler F.; Winkler M.I (1976). Imaginaria y Psicoterapia. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Católica de Chile.
- 7.- Fiedler, F.E. (1950). Concept of an ideal Therapeutic Relationship. *Journal of Consulting Psychology*, 14. 436 - 445
- 8.- Goldstein, A.; Michaels, G. (1985). Empathy. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. London.
- 9.- Hebb, D. O. (1968). Concerning imagery. *Psychological Review*, 75.
- 10.- Hersedenz, M.; Pertuze, P. (1996). Modo de conceptualizar la empatía, importancia y funciones asignadas a la misma como posibles variables de incidencia en el rendimiento en agudeza empática de un grupo de terapeutas evaluados a través de la escala de psicología. Universidad Central - Chile.
- 11.- Keefe, T. (1976). Empathy: The critical skill. *Journal of Education for Social Work*. Vol. 21, 10 - 14
- 12.- Keefe, T. (1979). The development of empathic skill. *Journal of Education for Social Work*. Vol. 15, 30-37
- 13.- Kohut, H. (1971). The analysis of the self. International Universities Press. New York.
- 14.- Leventhal, H. (1979). A perceptual motor processing model of emotion. En Pliner, P., Blankstein, K.R., Spigel, M. (eds) *Advances in the study communication and affect*, Vol. 5 Perception of emotion in self and other. Plenum. New York.
- 15.- Marcia, J. (1992). Empatía y psicoterapia. En Eisenberg, N. y Strayer, J. (eds). *La empatía y su desarrollo*. Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao.
- 16.- Marks, D. (1972). Individual differences in the vividness of visual imagery and their effect on function. En Sheehan, P. (de) *The Function and Nature of Imagery*. Academic Press, New York.
- 17.- North Rice, L. (1970). The Evocative Function of the Therapist. En Wexler, D. y North Rice, L. *New Directions in Client Centered Therapy*. Wiley-Interscience Publication. New York. Capítulo 10
- 18.- Raskin, M. (1974). Studies on psychotherapeutic orientation: ideology in practice. AAP Psychotherapy Res Monograf. Orlando, Florida Amer. Acad. of Sciences.
- 19.- Reik, T. (1949). *Listening with the third Ear*. Farrar, Straus and Co., New York
- 20.- Reyes, G.; Benitez, D. (1987). Algunos factores asociados a la capacidad de expresión verbal de la comprensión empática. *Revista de terapia psicológica*, año VI, 9, 26 - 32
- 21.- Reyes, G.; Benitez, D. (1989). Incidencia de las formas de presentación y contenido de los mensajes en el rendimiento en agudeza empática. *Investigaciones 2*, Depto. de Psicología, U, de Chile.
- 22.- Reyes, G.; Ortiz de Zuñiga, B. (1995). La experiencia personal; una forma de ofrecer comprensión y psicoterapia. *Revista Chilena de Psicología*. V.16 Nº 1, 3 - 7.
- 23.- Rogers, C.R. (1975). Empathy. An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*. Vol.5, 2 - 10.
- 24.- Rogers, C.; Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas* Ed. Alfaguara, Madrid
- 25.- Segal y Glikman (1967). *Relaxation and the Perky Effect: the influence of Body Position and judgement of imagery*. *American Journal of Psychology*. 60
- 26.- Sheehan, P.W. (1972). The function and nature of imagery. Academic Press. N. York.
- 27.- Singer, J. (1974). Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification. Academic Press New York
- 28.- Tansey, D.C.; Burke, W.F. (1989). Understanding countertransference from projective identification to empathy. Hillsdale, N. J. The Analytic Press.
- 29.- Thonson, P. (1980). On the receptive function of the analyst. *International Review of Psycho- Analysis*, 7; 183 - 205



## PROCESO Y DIALOGO EN PSICOTERAPIA GESTALTICA

Gary Yontef, 1996.  
Ediciones Cuatro Vientos.  
Santiago, 518 pp.

Este libro viene a llenar un espacio que, en la literatura de la terapia gestáltica, ha estado vacío por mucho tiempo. Es el espacio que le corresponde a la renovación o, más preciso, a la sistematización de la misma. Porque, en realidad, nada nuevo hay bajo el sol. Lo que hay son variedad de oportunidades, de situaciones y percepción amplia o estrecha. Gary Yontef sistematiza al reunir y pulir una serie de sus artículos y presentaciones cubriendo un período que parte en 1969 y que finaliza ya entrada esta década. A esto se le agrega una completa bibliografía y un excelente índice analítico aportado por la editorial.

La literatura sobre terapia gestáltica, hasta el momento, ha consistido en tres variantes típicas:

1.- La que, sin rivales, llena la publicación original de Perls, Hefferline, Goodman (*Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, 1951) y en que sientan las bases y se hacen los principales aportes teóricos del enfoque. Posteriormente, en 1973, aparece otro texto, de Joel Latner (*Fundamentos de la Gestalt*, Cuatro Vientos, 1994), que cumple con la función de ofrecer una versión más amable del texto fundamental, para el gusto de la época y más acorde con los, por ese entonces, lineamientos recientes del indiscutible pontífice, Fritz Perls.

2.- La variante de los textos introductorios, típicamente reiterativos en su contenido y variando en estilos o ciertos énfasis. Cabe destacar, en esta variante *Gestalt Therapy Now* (70), de Fagan y Shepherd, que aporta la riqueza del compendio, y *La Vieja y Novísima Gestalt* (91), de C. Naranjo, de publicación realmente post scriptum y que muestra una muy buena ordenación de las técnicas y una profunda comprensión de la filosofía del ahora, en el marco de la amplia cultura de su autor y expresado en una elegante prosa.

3.- Y la variante de los combinados, en que los autores intentan remozar o enriquecer el legado

gestáltico con alguna elección particular que es tomada de alguna parte del orientalismo o de los tratamientos corporales o de variedades de disidencias psicoanalítica. Es el modelo de "terapia gestalt y ..." (Jung, Zen, Feldenkrais, Rolfing, Eneagrama, etc.)

En estricto sentido, el texto que examinamos tiene de las tres variantes, quizás más de la primera y tercera. De la primera, tiene su permanente señalar la prioridad indiscutible e ineludible del darse cuenta como la primera y principal tarea y espacio en el que debe moverse la terapia y el terapeuta gestáltico. Del mismo modo, también rescata el valor del aquí y ahora y, en conjunto, el darse cuenta en el setting del yo-tú-aquí-ahora.

De la tercera variante, incorpora elementos del psicoanálisis norteamericano moderno, esto es, principalmente Kohut y algo de Kernberg. También incorpora elementos propios de la práctica clínica clásica como es el diagnóstico. Pero todo esto es filtrado, o más rigurosamente gestáltico, sacado del ambiente, masticado y asimilado hasta transformarlo en materia armónica con el todo de la terapia gestáltica. Es decir, después de ejecutar un examen crítico del aporte, despojarlo de lo no nutritivo, y de asimilar los aspectos realmente aportativos, por ejemplo, el autor insiste en el valor de los aspectos transferenciales como parte de la relación terapéutica, pero indica un tratamiento fenomenológico de los mismos, en la relación, reconociéndolos y no incentivándolos o prohibiéndolos. Del mismo modo, destaca los aspectos históricos del cliente.

Quizás más relevante, se trata de una publicación correspondiente al espíritu de la Gestalt de la Costa Este (a pesar de la confesada discrepancia del autor respecto de estas denominaciones geográficas) que, para los lectores de este país y de este continente, no constituía más que una figura teórica, desconocida y repetidamente vilipendiada por exponentes de la otra costa o sus sucesores o partidarios. Es una Gestalt sin flores, sin incienso, sin



insolencia, ordenada, muy profesional, respetuosa y rigurosa. Como corolario, es una Gestalt donde los gestaltistas han colgado el gorro de mago y el látigo y donde se ha producido una nivelación de respeto entre cliente y tratante.

Lo más importante de esto, y que resulta paradójico en cierto sentido, es que no constituye genuina novedad puesto que muchos terapeutas gestálticos ya se encuentran en ese modo desde hace tiempo. Y muchos han llegado a eso en un lento caminar de reflexión y honradez profesional. Es decir, Yontef no trae un nuevo continente, desconocido y misterioso. Lo que trae es un enorme empeño y responsabilidad profesional, amen de experiencia (clínica y formativa) y un indiscutible talento productivo para plasmar en publicaciones sus pensamientos y observaciones.

A través del libro, mantiene firme la columna vertebral de la gestalt, el darse cuenta, y destaca aspectos que son fundamentales, la relación terapéutica o método dialogal, es decir, la dimensión del

espacio y momento con el cliente o campo fenomenológico, y la importancia del sustento teórico proporcionado por la teoría de campo. Este último aspecto puede sorprender a muchos. Se extiende en los modelos físicos y biológicos y hace discriminaciones epistemológicas.

A esto agrega aspectos sorprendentes para la visión tradicional de la terapia gestáltica, la marcada preocupación por la diagnóstico o, dicho de otra manera, por la indicación de la terapia gestáltica y, en este sentido, se refiere con frecuencia a los casos de mayor alteración psicológica (comparados con los ubicados en talleres formativos o de desarrollo personal), esto es, cuadros limítrofes y narcisistas. Los capítulos 13 y 14 son dedicados a este tema. Sin duda, esto es producto de su interés por prolongar la vida de un enfoque que le resulta válido y predilecto en un ambiente progresivamente más exigente, tanto desde una perspectiva académica como de políticas de salud pública.

Héctor Calás M.

## FORMACION HUMANA Y CAPACITACION

Humberto Maturana R., Sima Misses de Rezepka.  
Ed. Dolmen, Mundo Abierto, Unicef  
Chile, Noviembre 1995.

En este libro de 90 páginas, sus autores entregan un interesante Taller de 7 sesiones, cada uno con una breve introducción, su propósito, ejercicios y reflexión final donde se aporta a que toda Educación y Capacitación conlleva la Formación.

Las temáticas "El respeto por sí mismo y la Autonomía Social", "Emoción y Acción", "Corrección del hacer y no del hacer", "Generación de mundos", "Biología del amor", "Cuerpo y alma", "ética y Espiritualidad", se enmarcan en la visión de Maturana H., de invitación a una co-deriva en el amor, tanto en la Formación como en la Capacitación.

Trae una proposición reflexiva en torno a la tarea educativa, diferenciando los términos principales: Formación y Capacitación.

Formación es visto como factibilidad del desarrollo de la persona para que sea capaz de cocrear con otros en un espacio humano de convivencia deseable. Capacitación es vista como la adquisición de habilidades y capacidades de acción en el mundo como recursos operacionales que la per-

sona tiene para realizar lo que quiera vivir.

Al inicio del libro sus autores reflexionan sobre el Educar para el Siglo XXI, la crisis de la Educación, lo finalizan con el Origen de lo Humano de Maturana H. y Verden Göller G., donde revisan, desde su particular óptica, los comienzos de la Humanidad, la neotinia, lo Humano, lo Humano y el Lenguaje, Biología de la intimidad, Ética, Nuestro Presente, la Relación Materno - Infantil, El Patriarcado, la Educación, la Ruptura de la intimidad, Amor y ética y un breve Epílogo.

Aparece como un libro de aporte para el operar del Psicólogo en general y de quienes se desempeñen en la Educación en particular, dado que sirve para trabajarlo directamente y/o criticarlo y/o enriquecerlo, pero siempre permite ampliar nuestra visión y espectro posible del quehacer del Psicólogo desde una visión Humanista o, al decir de Maturana, desde la Biología del amor.

Isabel Margarita Fontecilla S.



Cristián Araya Molina.

Editado por la Mutual de Seguridad hemos recibido la última edición del libro Psicología de la emergencia de nuestro colega Cristián Araya Molina.

Esta edición la consideramos un valioso aporte a un tema que cada día está cobrando mayores significados e importancia.

Si bien es cierto, comentamos en 1993 la edición primera, creemos que vale la pena comentar esta última.

Recomendamos la lectura a todos los estudiosos del tema.

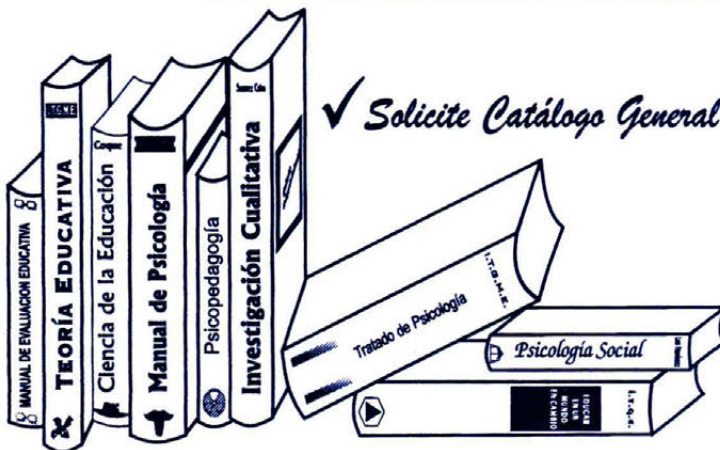
Se trata de una edición totalmente renovada, donde se recogieron casi todas nuestras sugerencias.

Ps. Carlos Corvalán

Ahora es un libro nuevo, completo, cuidado, sin varios de los ripios anteriores, y manteniendo las virtudes pedagógicas de la edición anterior.

## la máxima información en un solo lugar

**Librería Especializada Olejnik**



- ✓ **Psicología**
- ✓ **Psicoanálisis**
- ✓ **Salud Mental**

Merced 820 - Local 18  
Fonos: (02) 638 7363 - (02) 638 7364  
Fax: (02) 632 0981 - Santiago

Baquedaño 482 - Local 24  
Fono: (55) 28 31 57 - Fax: (55) 28 31 73  
Antofagasta

1 Oriente 1069 - Local 5  
FonoFax: (71) 23 76 45  
Talca



Los trabajos deben ser inéditos y se enviarán al Director de la revista, se deberá entregar disquette (Microsoft Word Versión 6.0) 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 de los autores con un asterisco para indicar al pie de la página la dirección de aquél 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 numeradas 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 alfabético de autores 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.

Biaggio, A.M.B. (1984). *Pesquisas em Psicologia do desenvolvimento e da personalidade*, Porto Alegre, Edunil - Sul

González, C.; Urbina, C.; Vargas, C.; (1990). *Relación entre el desarrollo cognitivo y la cognición social de los niños respecto de los adultos: un estudio en sectores rurales y urbanos. Tesis de grado*. Temuco, Chile.

Kohlberg, L. (1984). *Essay on moral development: the psychology of moral development*.

No se devolverán los originales ni se considerarán los artículos que no cumplan con las normas precedentes. La aceptación de un trabajo queda sujeta 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.

---

Los trabajos deben enviarse a: Director de la Revista Chilena de Psicología, Colegio de Psicólogos, A.G. Bustamante 250 - H, Teléfonos: 6353269 - Fax: 6353464 - Santiago de Chile.  
E-Mail: colpsico@reuna.cl.

---

#### Suscripción Anual (2 números)

Chile	\$ 10.000.-
Extranjero	US\$ 25 Correo Aéreo Extranjero
	US\$ 35 Correo Aéreo Certificado

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.



# EL LENGUAJE EN PREESCOLARES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO. EXPLORACION DE SUS CARACTERISTICAS\*

93

María Isabel Lira L.\*\*  
Soledad Rodríguez S.

\*\* CEDEP (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial)  
Román Díaz 26, Of. 63, Santiago de Chile

## RESUMEN

El objetivo general de este estudio fue evaluar la asociación existente entre el rendimiento en lenguaje y la inteligencia del niño. En base a información recogida en un estudio anterior sobre el déficit de los niños en comprensión, vocabulario y gramática, se conformó grupos que fueron evaluados en su desarrollo cognitivo con pruebas no verbales (WPPSI-R y Raven).

El C.I. promedio de los niños y la distribución en ambas pruebas estuvo dentro de rangos normales, lo que es inesperado de acuerdo a información anterior. Los datos recogidos no respaldan la hipótesis de trabajo en el sentido que el mal rendimiento en lenguaje reflejaría un déficit cognitivo.

Se discuten los resultados y se enuncian algunos planteamientos relevantes para las intervenciones pedagógicas que se realizan en sectores pobres.

## ABSTRACT

The main purpose of this study was to assess, among low socioeconomic preschoolers, the association between language performance and I.Q. Using information from a previous study, groups with delay on comprehension, vocabulary and grammar were assessed with non-verbal intelligence tests (WPPSI-R and Raven).

On both tests, the average I.Q. and the distribution were close to normal, which is unexpected according to previous information. The results do not support the hypothesis that language difficulties are associated with low cognitive development.

The results are discussed in terms of teaching approaches to preschool children from low socioeconomic backgrounds.

---

\* Esta investigación contó con el financiamiento de Fondecyt, Proyecto 196 0231.

Colaboraron en la recolección de los datos: Javiera Bañados L., Francisca Barranco S.

Nicole Eisenberg S. y Bernardita Pascal R.

Las autoras agradecen las facilidades otorgadas por el Sr. Jorge Sanhueza, Director de Estudios y Programas de la Fundación Integra, que hicieron posible la evaluación de los niños.



## EL LENGUAJE EN PREESCOLARES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO. EXPLORACION DE SUS CARACTERISTICAS

En Chile se ha observado que en los menores de 2 a 5 años que crecen en sectores pobres, aproximadamente un 40% tiene coeficientes de desarrollo subnormales: 9% de retraso y 31% de riesgo (1).

Algunos han sugerido que esto podría ocurrir por un efecto acumulativo de experiencias deprivadoras o que podría ser un hecho atribuible a la función del lenguaje, que aparece después de los 2 años.

Varios estudios realizados en el país muestran que es en el área del lenguaje donde se observa un mayor desfase entre el nivel de desarrollo y la edad cronológica. En una investigación realizada en la Región Metropolitana con 800 familias representativas de sectores pobres, se observó que en niños entre 2 y 5 años, 50% tenía déficit en lenguaje en tanto que sólo 30% lo tenía en el área de la coordinación y 17% en motricidad gruesa (1).

Una evaluación de 920 preescolares asistentes a Centros Abiertos de la Fundación Integra (muestra representativa de esos establecimientos en la VIII y IX regiones) mostró un 28,5% de subnormalidad en el área de la motricidad, 37% en coordinación y 52% en lenguaje (2). Un estudio similar al anterior, realizado en una muestra nacional de 4.010 niños (submuestras representativas de Centros Abiertos de las regiones) mostró que el rendimiento subnormal ascendía a 26,2% en motricidad, 33,4% en coordinación y 50,2% en lenguaje (3).

El retraso del lenguaje constituye una desventaja no sólo para el aprendizaje de la lecto-escritura sino para el rendimiento escolar en general.

Si bien es posible afirmar que el área del lenguaje parece ser una de las más afectadas en los preescolares de sectores pobres, el tipo de pruebas aplicadas no ha permitido hacer un análisis más específico del problema.

En base a lo anteriormente señalado, el objetivo general de este estudio fue avanzar en el conocimiento de los problemas de lenguaje que presentan los preescolares que crecen en sectores pobres, con el objeto de poder entregar información relevante para las intervenciones pedagógicas que se realicen con ellos. Interesaba especialmente evaluar el grado de asociación existente entre los rendimientos observados y la inteligencia del niño.

### ANTECEDENTES TEORICOS

El lenguaje hace dos contribuciones fundamentales a la condición humana: permite la comunicación interpersonal y la comunicación intra-personal (4). Se han distinguido en él tres componentes: fonológico (la unión de sonidos para formar una palabra), semántico (significados asociados a las palabras) y sintáctico (reglas para juntar las palabras formando oraciones o frases).

Resulta sorprendente la aparente facilidad con que niños muy pequeños adquieren, sin instrucción sistemática, el lenguaje. Esta tremenda facilidad para la adquisición de un idioma lleno de complejidades, ha llevado a muchos psicólogos de orientación innatista a proponer que los niños están dotados de una capacidad biológica para el lenguaje, que tienen un mecanismo innato de generación de éste. Los niños sólo deberían aprender las peculiaridades del idioma de su grupo pero no la estructura básica del lenguaje. El planteamiento de bases biológicas para la adquisición del lenguaje ha recibido apoyo de muchos psicolingüistas (Chomsky) (5).

En oposición a los planteamientos innatistas se ubican los ambientalistas, uno de cuyos líderes, Skinner, sostenía que el lenguaje se adquiere de la misma manera que cualquier comportamiento humano; es decir, básicamente a través de procesos de aprendizaje (6).

La evolución de la investigación ha ido mostrando que, al igual que otros aspectos del psiquismo, la adquisición del lenguaje no puede entenderse examinando aisladamente los factores genéticos o los ambientales. Más productivo que intentar determinar cuál es el factor más importante, ha resultado conocer los procesos por los cuales estos factores interactúan dinámicamente.



También ha habido posiciones antagónicas en lo referente a la relación entre lenguaje y pensamiento. Simplificando las cosas, algunos han planteado que pensamiento y lenguaje son idénticos (J.B. Watson); posiciones tan extremas tienen en la actualidad pocos adeptos. Otros han sugerido que el pensamiento es independiente del lenguaje, y que el lenguaje es sólo el vehículo de un pensamiento ya existente (Chomsky y otros psicolingüistas). Una tercera posición plantea que pensamiento y lenguaje surgen como funciones separadas; serían como dos círculos que no se tocan: uno de ellos representaría el pensamiento no verbal y el otro el lenguaje no conceptual. A medida que el niño crece, los círculos comenzarían a encontrarse y superponerse, siendo esta área la que representaría el pensamiento verbal (conceptos que tienen denominaciones verbales). Ambos círculos no llegarían nunca a una superposición total (Vygotsky). La coordinación entre pensamiento y lenguaje es sin duda un proceso altamente complejo (7).

Muchos estudios han mostrado que los niños de nivel socioeconómico bajo obtienen menores puntajes que los de nivel alto en las pruebas de lenguaje (1,2,3,8). Esto ha conducido a una línea de investigación que ha acumulado evidencia muy significativa sobre la asociación entre desarrollo lingüístico y clase social (9). Los resultados que reportan el efecto negativo de los ambientes de pobreza sobre el área del lenguaje no son fáciles de interpretar. Algunos destacan por ejemplo, que los niños de sectores populares, al ser evaluados en su propio medio, manifestarían todas las habilidades verbales esenciales, no carecerían del vocabulario usado por sus iguales de clase media, ni diferirían en la comprensión del sistema de reglas lingüísticas; la diferencia radicaría más bien en el tipo de códigos utilizados. En los sectores populares predominaría la utilización de códigos restringidos, por sobre el uso de códigos elaborados. El código restringido se caracterizaría «por ser estereotipado, limitado, condensado y carente de la especificidad y exactitud necesarias para una conceptualización y diferenciación precisas. Esto limitaría el rango y detalle de los conceptos e información utilizados.(...) El código elaborado sería más diferenciado y preciso y permitiría la expresión de un rango de pensamiento más amplio y complejo.» (10, 11).

Por su extensión y complejidad, no resulta posible resumir, ni siquiera reseñar la bibliografía publicada en las últimas décadas sobre los tres aspectos enunciados y que dicen relación con este estudio: factores que determinan el desarrollo del lenguaje, relación cognición-lenguaje y relación pobreza-lenguaje. No pretende por lo demás este trabajo, contrastar hipótesis en relación a las teorías a que se ha hecho referencia.

Se enmarca este estudio en un planteamiento que acepta la participación del ambiente como uno entre otros factores presentes en el desarrollo del lenguaje; que considera una relación y no una identidad entre pensamiento y lenguaje y que busca aportar antecedentes para una mejor interpretación de los resultados acumulados acerca del desarrollo del lenguaje en los preescolares de sectores pobres en Chile.

Especial interés tiene poner como tema de reflexión en la comunidad académica y entre las autoridades educacionales preescolares la relación entre cognición y lenguaje, tomando como punto de referencia evidencia empírica nacional.

En la mayoría de los estudios nacionales reseñados en la sección anterior, los retrasos de lenguaje se detectaron con el test TEPSI (12). Si se revisa con detención el contenido de los 24 ítemes que componen la subprueba de lenguaje se observa que 10 ítemes requieren para ser respondidos exitosamente, que se haya adquirido nociones de tamaño, cantidad, longitud, peso, posición, tiempo, capacidad para establecer analogías, etc. Es decir, además del conocimiento del lenguaje, la generación de las respuestas requiere la participación de procesos cognitivos.

La presente investigación surge de un estudio en el cual se evaluó aproximadamente a 1.000 niños entre 4 y 7 años de sectores pobres de la Región Metropolitana (13). En él se exploró la comprensión del lenguaje hablado (preguntas sobre cuentos de complejidad creciente), aspectos semánticos (significado de palabras) y aspectos sintácticos del lenguaje, con el propósito de caracterizar con más detalle al alto porcentaje de niños que ha mostrado rendimiento deficiente en lenguaje. A partir de los resultados se estimó necesario evaluar si todos (o la mayoría) son niños que presentan simultáneamente retrasos en distintos aspectos del lenguaje o si más bien, hay varios subgrupos de niños con dificultades diferentes que sumados ascienden a un porcentaje significativo, cercano al 50%.

A las consideraciones anteriores se agregó la siguiente hipótesis de trabajo: entre los preescolares que logran bajo rendimiento en lenguaje existe un grupo significativo de niños que tiene más bien un retraso cognitivo que se expresa entre otras cosas, en la dificultad para rendir en ciertas pruebas de lenguaje.



## OBJETIVOS

La presente investigación se centró en niños preescolares (5-7 años) de sectores pobres y tuvo los siguientes objetivos específicos:

1. Definir, a partir de datos recogidos en un estudio anterior, conjuntos significativos de niños, en base a su rendimiento en tres pruebas verbales: comprensión, vocabulario y gramática.
2. Evaluar en los niños seleccionados para conformar dichos grupos, su rendimiento en pruebas cognitivas, con el objeto de establecer la proporción de niños con rendimiento subnormal (CI entre 70 y 85) y con retardo (CI < 70), controlando las dificultades atribuibles a la naturaleza verbal de muchas pruebas cognitivas.
3. Evaluar la asociación entre déficit en lenguaje y rendimiento cognitivo en niños de sectores pobres.
4. Definir lineamientos que puedan iluminar la orientación curricular preescolar en sectores pobres.

## METODOLOGIA

En el estudio precedente se evaluó en preescolares de sectores pobres (537 niños de prekinder), el rendimiento en tres pruebas de lenguaje: subtest de Vocabulario del WPPSI (14), Prueba de Comprensión de Historias del Test de Tamizaje de del Río (15) y Screening Test of Spanish Grammar (16).

El presente estudio se inició analizando el rendimiento obtenido por esos niños para determinar la presencia de grupos significativos.

En primer lugar se pudo apreciar que el porcentaje de retrasos (2 desviaciones estándar o más bajo el promedio) era bajo y que el problema más significativo estaba en la categoría de puntajes entre una y dos desviaciones bajo el promedio, que se ha denominado frecuentemente «riesgo», tal como puede apreciarse en la tabla siguiente.

TABLA 1  
PORCENTAJE DE RETRASOS Y RIESGOS OBSERVADO EN CADA PRUEBA

PRUEBA	RETRASO		RIESGO	
	n	%	n	%
Comprensión de Historias	15	2,7	109	20,3
Vocabulario	6	1,1	37	6,9
Gramática			136	25,3

Los porcentajes de las tres pruebas no pueden sumarse para obtener una cifra global de déficit de lenguaje ya que hay sobreposición entre ellas. Así, la proporción de niños que presenta déficit en lenguaje está constituida, como era de esperar, por niños que presentan déficit en sólo una prueba o simultáneamente en dos o incluso en las tres pruebas; a veces presentan retraso en una prueba y riesgo en otra. A partir del bajo porcentaje de retrasos señalado se decidió considerar conjuntamente riesgos y retrasos. La tabla y gráfico que se presenta a continuación informan las cifras al respecto.



TABLA 2  
DEFICIT EN LENGUAJE: DISTRIBUCION SEGUN LAS PRUEBAS APLICADAS

DEFICIT EN	n	%
Vocabulario, Comprensión y Gramática	14	6,6
Vocabulario y Comprensión	6	2,8
Vocabulario y Gramática	8	3,8
Comprensión y Gramática	50	23,7
Vocabulario	15	7,1
Comprensión	54	25,6
Gramática	64	30,3
Total de niños con déficit	211	100,0

Como se puede apreciar, si se consideran retraso y riesgo en las tres pruebas conjuntamente, 211 niños de un total de 537, tiene déficit en algún área; esto equivale a un 39%; esta cifra es algo inferior a la reportada en los estudios mencionados anteriormente, pero sigue siendo alta. Los datos de la tabla se ilustran en el gráfico siguiente.

<sup>1</sup> \_ El porcentaje de niños con retraso en la prueba de Gramática no es estrictamente comparable con el de las otras pruebas ya que las normas están en estandares, cuyos límites no coinciden exactamente con la desviación estándar.

GRAFICO 1  
PORCENTAJE DE DEFICIT EN TRES PRUEBAS DE LENGUAJE

V: Prueba de Vocabulario  
C: Prueba de Comprensión  
G: Prueba de Gramática

#### Muestra

El grupo de donde fueron tomados estos niños, estaba constituido por un 50% de mujeres y un 50% de hombres; no obstante, entre los 211 niños que presentaron déficit en lenguaje se observó que un 52% correspondía a varones y un 48%, a mujeres.

A partir de la distribución presentada anteriormente se decidió que era interesante, dados los objetivos de este estudio, constituir una muestra en la que estuvieran representados los niños que tuvieran déficit solamente en Vocabulario o Gramática o Comprensión de Historias, considerando que lo evaluado en estas pruebas puede tener distinto grado de asociación a aspectos cognitivos. Se incluyó además un grupo que tuviera déficit simultáneamente en dos pruebas y un grupo de niños sin déficit como grupo control. Como en la categoría de deficit «Sólo en Vocabulario» se disponía de 15 sujetos solamente, se amplió la búsqueda hacia niños del estudio anterior que tenían esa característica y que pertenecían al grupo de kinder.

De esta manera la muestra quedó constituida por 100 niños que tenían entre 5 y 7 años, distribuidos como sigue.



TABLA 3  
MUESTRA ESTRATIFICADA POR SEXO Y GRUPO MUESTRAL

DEFICIT EN LAS PRUEBAS	SEXO		
	H	M	n
Sólo en Vocabulario	12	8	20
Sólo en Comprensión	9	11	20
Sólo en Gramática	13	7	20
En dos pruebas	11	9	20
En ninguna prueba	10	10	20
TOTAL	55	45	100

En cada grupo hubo niños de 5, 6 y 7 años y el porcentaje de hombres fue levemente superior al de mujeres.

#### Instrumentos de evaluación

Para evaluar la asociación entre los déficit de lenguaje observados y el rendimiento cognitivo de los niños se requería utilizar pruebas que evaluaran el rendimiento cognitivo, eliminando o disminuyendo las dificultades atribuibles a la naturaleza verbal de algunas pruebas. Se seleccionó dos tests: la Escala no-verbal del WPPSI-R (17) y las Matrices Progresivas de Raven en su versión a color para niños entre 5 y 11 años(18), por ser pruebas que tienen suficientes méritos psicométricos y han sido utilizadas internacionalmente.

#### Procedimiento

Los evaluadores fueron una psicóloga titulada y tres alumnas avanzadas de la carrera de psicología. Todas ellas recibieron capacitación teórica y práctica específica acerca de ambos tests. Todas las pruebas fueron revisadas en su corrección y puntuación por las investigadoras. Los niños fueron evaluados en sus establecimientos entre agosto y noviembre de 1996.

#### RESULTADOS

##### Escolaridad de los padres

Antes de presentar los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los niños con retardo del lenguaje, se informa el nivel educacional y ocupacional de sus padres.

Si los niños de nivel socioeconómico bajo tienen problemas de lenguaje en mayor porcentaje que los de niveles medios y altos, podría pensarse que esto está asociado al nivel educacional de los padres. Este estudio no se presta especialmente para estudiar la asociación porque la muestra es bastante homogénea, ya que todos los niños son de sectores pobres; además, el número de niños por grupo muestral es pequeño y el estudio no fue diseñado con ese fin; pero, no obstante lo anterior, los datos permiten hacer algunos comentarios.

En primer lugar, si se comparan los años de escolaridad promedio de los distintos grupos muestrales, incluyendo al grupo sin problemas de lenguaje, se observa que estos son muy similares y el test de Scheffé indica que no hay diferencias significativas entre ninguno de los grupos. La escolaridad paterna promedio fluctúa entre 9 y 10 años y medio. La distribución de la escolaridad paterna en los niños normales es también muy similar a la de los grupos con déficit. A partir de estos datos no es posible asociar a la escolaridad paterna a ninguno de los retardos observados en distintas áreas del lenguaje.

En relación a la escolaridad materna las diferencias entre los promedios de los distintos grupos tampoco son significativas (Test de Scheffé). La distribución de la escolaridad materna es similar en los distintos grupos estudiados; sólo en el grupo de niños que tiene dificultad en dos aspectos del lenguaje, la proporción de madres con menos de 4 años de escolaridad es mayor.



En el grupo sin problemas de lenguaje, los padres tienen un nivel ocupacional que no los distingue claramente de los otros grupos. La condición ocupacional más deficitaria se da en los padres de los niños con retardo en dos aspectos del lenguaje.

En relación a la ocupación materna se observa que las madres de los niños que mostraron un desarrollo normal del lenguaje, tienen un nivel ocupacional relativamente mejor: prácticamente un 50% tiene ocupaciones del nivel 2, 3 y 4. El grupo que tiene peor nivel ocupacional es aquél en que los niños tuvieron retraso en dos aspectos del lenguaje, simultáneamente.

#### Coeficiente intelectual y lenguaje

La hipótesis de trabajo de este estudio fue que entre los preescolares que tienen bajo rendimiento en lenguaje existe un grupo significativo de niños que tiene más bien un retraso cognitivo que se expresa entre otras cosas, en la dificultad para rendir en ciertas pruebas de lenguaje. La información que se presenta a continuación busca establecer si el Coeficiente Intelectual de los niños está asociado a su rendimiento en distintos aspectos del lenguaje.

En primer lugar, se calculó la correlación entre los puntajes totales de las dos pruebas aplicadas (WPPSI-R y Matrices de Raven a Color), para cada grupo muestral, obteniéndose correlaciones entre 0,94 y 0,98, todas significativas.

Estos resultados validan en cierta forma la información que se ha recogido en términos del desempeño intelectual no verbal de los niños. A continuación, se presentan los resultados en ambas pruebas, por separado; en primer lugar se entrega la información correspondiente al WPPSI-R y posteriormente los datos obtenidos con el Raven.

#### RESULTADOS EN LA PRUEBA WPPSI-R

La tabla siguiente reporta el C.I. no-verbal promedio de cada grupo muestral; el promedio teórico en esta prueba es 100 y la D.E. es 15.

TABLA 4  
 C.I. MANUAL EN EL WPPSI-R  
 COMPARACION DE PROMEDIOS SEGUN GRUPO MUESTRAL

GRUPO CON DEFICIT EN	PROMEDIO	D.E.
Vocabulario	93,5	13,81
Comprensión	93,0	11,93
Gramática	95,5	14,65
2 pruebas	94,7	8,47
Normales	99,6	12,67

Como puede observarse, todos los promedios están en el rango normal; el promedio más alto corresponde al grupo de niños normales, pero la diferencia con los otros no alcanza significación estadística (Test de Scheffé).



En la tabla y gráfico siguientes se presenta la distribución del C.I. Manual en cada grupo muestral.

TABLA 5  
C.I. MANUAL EN EL WPPSI-R  
DISTRIBUCION EN CATEGORIAS POR GRUPO MUESTRAL

GRUPO CON	COEFICIENTE INTELECTUAL				
DEFICIT EN	Retraso	Riesgo	Normal	Superior	n
	< 70	70 -84	85 -115	> 115	
Vocabulario	5,0	20,0	70,0	5,0	20
Comprensión	0,0	25,0	75,0	0,0	20
Gramática	0,0	20,0	70,0	10,0	20
2 pruebas	0,0	5,0	95,0	0,0	20
Normales	0,0	10,0	85,0	5,0	20

GRAFICO 2

La barra inferior del gráfico se ha incluido como un criterio de referencia; en ella se ha colocado lo que se espera en la distribución normal. El gráfico muestra que en los grupos que tuvieron rendimiento deficiente en las pruebas de Gramática, de Comprensión o de Vocabulario hay un mayor porcentaje de niños con C.I. subnormal a lo esperado en la distribución normal y a lo observado en los grupos Normal y con retraso en 2 pruebas. La peor distribución de los C.I. se da en los niños que tuvieron mal rendimiento en la prueba de Vocabulario.

A continuación se presenta el promedio y la D.E. de cada uno de los subtests del WPPSI aplicados.

TABLA 6  
PROMEDIOS Y D.E. DE LOS GRUPOS MUESTRALES  
EN LOS SUBTESTS DE LA ESCALA MANUAL DEL WPPSI-R

GRUPO	SUBTESTS DEL WPPSI-R		
MUESTRALES			
	Ensamblaje	Dibujos	Cubos
	X	D.S.	X
Normales	8,3	3,0	10,3
Retraso en 2 Prueb.	7,9	2,0	10,4
Gramática	9,5	3,3	9,2
Comprensión	8,3	3,4	10,8
Vocabulario	8,1	3,3	11,2

Se compararon los promedios en cada subtest observándose que las diferencias entre los grupos muestrales cual el promedio del grupo de niños normales es superior al de los niños con déficit en la prueba de Vocabulario.



Se calculó la distribución de los puntajes en cada grupo muestral con el objeto de conocer si el promedio encubría distribuciones distintas y si el porcentaje de déficit era mayor en los niños con problemas de lenguaje que en los niños sin problema en esa área (grupo «normales»). La información para cada subtest, según grupo muestral se presenta en la tabla siguiente.

TABLA 7  
PORCENTAJE DE DEFICIT SEGUN GRUPO MUESTRAL  
EN LOS SUBTESTS DE LA ESCALA MANUAL DEL WPPSI-R

GRUPOS MUESTRALES	n	SUBTESTS DEL WPPSI-R	
		Ensambl.	Dibujos
		%	%
Normales	20	15	0
Retraso en 2 pruebas	20	30	0
Gramática	20	10	10
Comprensión	20	20	0
Vocabulario	20	35	0

En los subtests de Dibujos, Cubos y Laberintos los porcentajes de déficit son, en todos los grupos muestrales, semejantes o inferiores a los esperables en la distribución normal; debe tenerse en cuenta que dado el tamaño de los grupos, uno o dos casos se traducen en cambios grandes en los porcentajes. Con todo, en la prueba de Ensamblaje los grupos muestrales «Retraso en dos pruebas» y «Vocabulario» tienen mayor porcentaje de déficit cognitivo que los normales; en Completación esto ocurre en los grupos muestrales «Comprensión» y «Vocabulario».

#### RESULTADOS EN LAS MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

El rendimiento en esta prueba está expresado en percentiles. En primer lugar se presenta información sobre el rendimiento promedio de cada grupo muestral.

TABLA 8  
RAVEN: COMPARACION DE PROMEDIOS SEGUN GRUPO MUESTRAL

GRUPO CON DEFICIT EN	PERCENTIL PROMEDIO	D.E.
Vocabulario	52,9	22,0
Comprensión	55,3	17,0
Gramática	52,1	23,5
2 pruebas	56,9	27,8
Normales	63,9	15,4

Al igual que con los puntajes totales del WPPSI-R, el promedio más alto corresponde al grupo de niños normales, aunque la diferencia con los otros no alcanza significación estadística ( $\alpha = 0,05$ ).

Se analizó la distribución del C.I. obtenido en cada uno de los grupos muestrales, observándose que el porcentaje de déficit era muy bajo en todos los grupos muestrales.



TABLA 9  
RAVEN: PORCENTAJE DE DEFICIT SEGUN GRUPO MUESTRAL

GRUPO CON DEFICIT EN	n	Déficit Percentil _ 15
		%
Vocabulario	20	5,0
Comprensión	20	5,0
Gramática	20	5,0
2 pruebas	20	5,0
Normales	20	0,0

## DISCUSION

La discusión de los resultados presentados se hará en relación a los objetivos de este trabajo.

El primer objetivo decía relación con estudiar perfiles de rendimiento en niños provenientes de sectores pobres, cuando se les aplicaban pruebas de lenguaje que evaluaran distintos aspectos de éste. Información anterior reflejaba que el déficit en lenguaje ( $> 1$  D.E. bajo el promedio), en niños de nivel socioeconómico bajo, de acuerdo al rendimiento observado en el TEPSI, ascendía aproximadamente a un 50%.

Este trabajo se inició analizando datos de un estudio anterior que había recogido información sobre el rendimiento de preescolares en tres áreas del lenguaje: comprensión, vocabulario y gramática. Lo primero que llama la atención es que para la muestra total sólo el 39% tenía déficit en una o más áreas. Si se analiza el rendimiento en las pruebas por separado, el porcentaje de déficit fluctúa entre 8% en la prueba de Vocabulario y 25,3% en la prueba de Gramática (Tabla 1).

Dado que los resultados reportados se refieren a ambas poblaciones pobres de la misma edad, la diferencia pone de manifiesto que el lenguaje es una función compleja y que las pruebas aplicadas pueden hacer variar enormemente los resultados que se obtienen. El 50% de déficit reportado al usar el TEPSI parece estar reflejando una sumatoria de dificultades asociada al rendimiento verbal; es decir, esta cifra indicaría que la mitad de los niños de sectores pobres estaría afectada por alguno de varios déficits asociados al lenguaje.

De los datos analizados en este estudio, la prueba en la que se observó menor porcentaje de déficit es la subprueba de Vocabulario del test de Wechsler. En ella se solicita al niño que entregue una definición verbal ante palabras presentadas oralmente. Ej.: ¿Qué es un zapato?, «¿Qué es un cuchillo?», etc. Para contestar exitosamente, el niño no sólo debe reconocer la palabra que escucha sino que tiene que intentar dar una definición, ubicar la categoría a la que pertenece el objeto, pensar en algo similar o en un uso posible. De las tres pruebas aplicadas, ésta es la que probablemente compromete en mayor medida procesos cognitivos; de hecho, es parte de un test de inteligencia. En esta prueba el porcentaje de retrasos es de 1,1% y el de riesgo es de 6,9%.

La prueba de Comprensión utilizada evalúa principalmente memoria para retener información presentada verbalmente y comprensión de lo escuchado; los requisitos en términos de lenguaje expresivo (lo que el niño contesta) son mínimos. La prueba consiste en 5 relatos de largo y complejidad crecientes, que se leen al niño. Por ejemplo: «La mamá fue al almacén a comprar galletas». Acerca de ese relato se le hacen preguntas: «¿Dónde fue la mamá?», «¿Qué compró?». El tipo de preguntas («dónde», «para qué», «cuando», «cómo») requiere por parte del niño un nivel de desarrollo del lenguaje que va más allá del puro reconocimiento de palabras aisladas, pero no tiene grandes demandas cognitivas. Si bien la respuesta tiene que ser verbal (lenguaje expresivo), no hay requerimientos de pronunciación o gramaticales en ella. En este estudio los puntajes bajos no se deben tanto a que los niños no contesten, lo que podría interpretarse como inhibición, sino a que los niños no recuerdan el contenido del texto narrado o lo comprenden equivocadamente. En esta prueba el porcentaje de retrasos es de 2,7% y el de riesgo es de 20,3%.



La prueba de Gramática intenta la evaluación del desarrollo de la sintaxis en el niño. Consta de 23 oraciones ilustradas en dibujos y que incorporan el uso de elementos sintácticos como: negación, preposición, pronombres (personal, indefinido, posesivo, demostrativo, reflexivo e interrogativo) y tiempos (presente, pretérito y futuro). Por ejemplo, la primera lámina tiene dos ilustraciones que se muestran, al tiempo que se le dice: «La puerta está cerrada», «La puerta no está cerrada»; luego se le pregunta por cada una, diciendo: «¿Cuál es éste?» Como las frases van acompañadas de imágenes, los requerimientos de memoria son menores; no hay exigencias de vocabulario ni de pronunciación. De los niños evaluados un 25,3% presentó déficit.

A partir de los resultados reseñados, y en relación al primer objetivo, se podría señalar que el rendimiento deficitario en lenguaje observado en diversos estudios en niños de sectores pobres, refleja problemas de distinta naturaleza y permite configurar perfiles diferentes. En este estudio, de los niños que presentaron problemas, algunos tenían déficit sólo en un aspecto del lenguaje; otros en dos áreas y un pequeño porcentaje, presentó déficit en las tres áreas evaluadas.

Si se comparan las tres pruebas aplicadas, los porcentajes de déficit más bajos se dan en la prueba de Vocabulario del test de Wechsler, que es la que compromete mayormente procesos cognitivos.

El segundo y tercer objetivos buscaban describir si los niños que habían presentado déficit en algunas áreas de lenguaje, tenían bajo rendimiento intelectual y evaluar la asociación entre estas dos áreas. En relación a esto, lo primero que llama la atención, tratándose de niños provenientes de sectores pobres y dado que se usó la norma de los Estados Unidos, es que al ser evaluados con el test de WPPSI todos los grupos obtienen un C.I. (no verbal) promedio dentro de lo normal; y lo segundo que llama la atención es que, aunque el C.I. de los niños sin problemas de lenguaje es superior al de los grupos con déficit en esa área, las diferencias no son estadísticamente significativas. Buscando si el promedio encubría la presencia de un porcentaje de déficits, se analizó la distribución de los puntajes, observándose que en relación al C.I. Total, entre los cien niños estudiados sólo uno presentaba retardo intelectual (C.I. <70), proporción que es incluso inferior a lo esperable en la distribución normal.

Al analizar por separado el rendimiento en los cinco subtests del WPPSI, nuevamente se observa que los promedios de los grupos muestrales son normales en todos los subtests y no difieren significativamente entre ellos, con la sola excepción de la prueba de Laberintos en la cuál el grupo sin problemas de lenguaje está significativamente mejor que el grupo con déficit en Vocabulario. No obstante esta diferencia no se debe a que los niños del grupo «Vocabulario» tengan mal rendimiento en la prueba de Laberintos sino a que en este grupo hay una menor proporción de niños con C.I. superior (mayor a 115).

Si se analizan las distribuciones en los subtests del WPPSI se observa que en todos los subtests, el grupo sin problema de lenguaje (grupo muestral «Normal») tiene la distribución esperable en la población normal; a pesar de tratarse en este caso de una población proveniente de sectores pobres y de estar siendo comparados con las normas de Estados Unidos.

Más aún, en las pruebas de Dibujos, Cubos y Laberintos, la distribución de los puntajes es en todos los grupos muestrales, muy similar a la distribución normal. Es decir, el hecho de tener problemas de lenguaje no se asocia a un bajo rendimiento en estas pruebas de inteligencia.

Las pruebas de Ensamblaje y de Completación son las únicas en las cuales los niños con problemas de lenguaje tienden a tener mayores dificultades, observándose un porcentaje de déficit algo mayor.

Los resultados obtenidos en el test de Raven son concordantes con los obtenidos en el WPPSI. Los promedios y las distribuciones de todos los grupos muestrales están dentro de lo normal. Es interesante que los datos del Raven sean consistentes con los del WPPSI, ya que en el Raven no hay lugar para diferencias en la administración (registro de tiempos, número de ensayos, etc.) o puntuación, atribuibles a los evaluadores; las que, en todo caso, se trató de minimizar.

En síntesis, la evaluación del C.I., con pruebas no verbales, de niños con problemas de lenguaje, no permite aceptar la hipótesis de que a la base del mal rendimiento en lenguaje habría un problema de rendimiento intelectual. Esto no se observó ni en el CI no verbal del WPPSI-R ni en la prueba de Raven.



Tampoco se podría seguir manteniendo, sin calificaciones, la afirmación de que un alto porcentaje de niños de sectores pobres presenta retardo intelectual. La muestra de este estudio es una muestra sesgada hacia los problemas de lenguaje, de manera que de ella no puede extraerse conclusiones acerca de la población en general; pero los datos sugieren que la inteligencia no-verbal podría no estar afectada en niños de sectores pobres.

Un próximo estudio debiera evaluar en una población representativa el rendimiento intelectual de niños pobres y no-pobres, en pruebas de rendimiento intelectual verbales y no verbales.

Si la diferencia entre pobres y no-pobres se mantiene, significa que subsiste un problema de equidad, aunque el rendimiento aparezca normal de acuerdo a las normas norteamericanas.

Si la diferencia se diera sólo en el C.I. verbal (y la información presentada sugiere que así podría ser), lo positivo sería poder afirmar que los niños de sectores pobres mantienen indemne su capacidad de pensar si el proceso se da en un nivel concreto. A pesar de las dificultades verbales, tendrían capacidad para analizar información, compararla, clasificarla; identificar semejanzas, diferencias, igualdades, detalles o aspectos relevantes; inferir, deducir, etc. Lo negativo de la situación descrita sería que el pensamiento ligado a la acción tiene limitaciones y que el aprendizaje escolar es fundamentalmente verbal.

El cuarto objetivo formulado en este proyecto se refería a definir lineamientos que pudieran iluminar la orientación curricular preescolar en sectores pobres. Al respecto, lo observado en este estudio sugiere lo siguiente.

- Una proporción importante de los niños que crecen en sectores pobres presenta problemas de lenguaje. La cifra global fluctúa entre el 40 y el 50% e incluye déficits en distintos aspectos, los que requerirían apoyos diferenciales.
- Una de las pruebas en las que un mayor porcentaje de niños tiene mal rendimiento es una prueba de comprensión que no tiene grandes demandas cognitivas; requiere del niño que preste atención a información verbal relativamente simple y muestre que ha comprendido mediante respuestas breves. Esta dificultad puede resultar muy limitante para el niño ya que en la situación preescolar y escolar gran parte de la actividad docente está mediada por indicaciones verbales a las que el niño debe atender, comprender y responder. Esto sugiere que los educadores debieran estar muy concientes de atraer y mantener la atención de sus alumnos, ayudarles a desarrollar la capacidad de atención, confirmar que comprenden las indicaciones verbales que les dan, evaluar dónde radica la dificultad para comprender, valorar sus respuestas en función de lo solicitado ayudándoles a producir lenguaje significativo.
- Se conozca o no para la población general déficits a nivel del C.I. verbal, siempre es posible en grupos más pequeños, incluso a nivel de un curso explorar el tipo de dificultades cognitivas de los niños. Puede ocurrir que un grupo de niños tenga C.I. no-verbal normal y C.I. verbal deficitario. La tarea del docente sería ayudar a los niños a pasar del procesamiento de la información ligado a lo concreto al pensamiento abstracto ligado a lo verbal: hablar sobre la solución encontrada, comentar el procedimiento utilizado, informar verbalmente opciones posibles, entre otras alternativas.
- Existe una fuerte tendencia entre los educadores a atribuir las dificultades de aprendizaje de los niños al medio social en que viven y en especial a la educación de los padres. Esta atribución es muy negativa por tratarse de una variable que queda fuera de la influencia del profesor y que baja la motivación del educador por obtener mayores logros del alumno. En este estudio, al igual que en otros realizados recientemente (19) la educación paterna y materna explica poco las diferencias observadas en los niños; esta observación es relevante para el quehacer pedagógico y debiera ser conocida y considerada por los profesores.



1. Seguel X, Bralic S y Edwards M (1989) Más allá de la sobrevivencia. Santiago de Chile: Publicación UNICEF-CEDEP.
2. De Amesti A, Edwards M y Seguel X (1993) Evaluación del proyecto educativo de INTEGRA en la VIII y IX Región. Santiago de Chile: Documento de CEDEP.
3. Seguel X y otros (1993) Resultados de la evaluación nacional efectuada a niños de centros abiertos de INTEGRA. Santiago de Chile: Documento de CEDEP.
4. Vander Zanden JW (1978) Human Development. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
5. Chomsky N (1975) Reflections on Language. New York: Pantheon.
6. Skinner BF (1957) Verbal behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.
7. Thomas RM (1979) Comparing theories of child development. California: Wadsworth Publishing Company, Inc.
8. Munsinger H (1975) Fundamentals of child development. New York: Holt, Rinehart and Winston.
9. Bernstein B (1975) Langage et classes sociales. Paris: Les Editions de Minuit.
10. Tizard B, Hughes M, Carmichael H y Pinkerton G (1983) Language and social class: Is verbal deprivation a myth? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24.
11. Kotliarenco MA, Fuentes A y Cabello AM (1989) Comunicación, lenguaje y pobreza: una experiencia llevada a cabo en Santiago (Chile) en hogares y jardines infantiles de sectores populares. Rev. Chilena de Psicología, 10 (2), 15-27.
12. Haeussler IM y Marchant T (1988) TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
13. Seguel, X y otros (1996) Efectividad de distintas modalidades de educación preescolar. Estudio Focalizado. Santiago de Chile: Documento CEDEP.
14. Wechsler D (1991) Test de Inteligencia para preescolares (WPPSI). Buenos Aires: Paidós.
15. Toronto, AS y Leverman, D Del Rio Language Screening Test. Austin, Texas: National Educational Laboratory Publishers Inc., 1975.
16. Pavez, MM Aplicación del S.T.S.G a una muestra de niños chilenos. Seminario para optar al Título de Fonoaudiólogo en la Universidad de Chile. Santiago de Chile, 1980.
17. Wechsler, D Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised. Orlando, Florida: Harcourt Brace & Company, International, 1989.
18. Raven, JC, Court, JH y Raven, C (1995) Coloured Progressive Matrices. Oxford Psychologists Press.
19. Seguel, X y otros (1996) Evaluación del impacto de la educación preescolar sobre los niños. Estudio longitudinal, Informe de la segunda evaluación de los niños. Santiago de Chile: Documento CEDEP.



EDITORIAL .....	1
<b>ARTÍCULOS</b>	
Psicología, Literatura y Cosmovisión. Ps. Jorge Gissi B. ....	4
Cáncer en Familiares de Detenidos-desaparecidos. Flora Cepeda A., Sandra Galdames M., Joselinne Labarthe S., Valeska Vega M. ....	7
La Psiconeuroinmunología y su importancia para la psicología. Pablo Vera V., Sandra Alarcón R. ....	17
Circularidad y Reflexividad en la construcción de narrativas en Terapia Sistémica. Guido Demicheli M. ....	25
Intervenciones en Psicología Comunitaria: Un análisis comparativo Transcultural. Mariane Krause.....	33
Prueba para evaluar habilidades relacionadas con el discurso oral en adolescentes (P.E.H.D): Presentación y aplicación experimental. María Mercedes Pavez; Magdalena Maggiolo; Juana Barrera; Luis Romero .....	60
Adaptación y obtención de normas del inventario de autoestima de Coopersmith (SEI - FORMA A). Alice Thomas S.; Marcela Ubilla M. ....	72
La resonancia afectiva del terapeuta y su importancia para el trabajo en psicoterapia. Gabriel Reyes; Blanca Ortiz de Zuñiga E. ....	82
<b>COMENTARIO DE LIBROS Y REVISTAS</b>	
Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica. Gary Yontef, 1996. Ediciones Cuatro Vientos, Santiago.....	89
Formación Humana y Capacitación. Humberto Maturana R., Sima Misses de Rezepka. Ediciones Dolmen, Mundo Abierto, Unicef, Chile, Noviembre 1995. ....	90
Psicología de la Emergencia. Cristian Araya Molina. ....	92
El Lenguaje en Preescolares de nivel socioeconómico bajo. Exploración de sus características. María Isabel Lira L; Soledad Rodríguez S. ....	93



## REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA

### DIRECTORIO DEL COLEGIO

Presidente  
Vice Presidente  
Secretario  
Tesorero  
Directores

Ps. Carlos Urrutia Sch.  
Ps. Isabel Margarita Fontecilla S.  
Ps. Margarita Loubat O.  
Ps. Hernán Villegas H.  
Ps. Ana María Alderete K.  
Ps. Esteban Rodríguez S.  
Ps. Adriana Massardo B.  
Ps. Marta Mendes D.  
Ps. Sonia Salas B.  
Ps. Carlos Venegas D.

### COMITE EDITORIAL

Director de la Revista  
Secretaria de Redacción

Ps. Carlos Corvalán R.  
Ps. Oriana Vilches A.  
Ps. Myriam George L.  
Ps. Carmen Contreras O.

### CONSULTORES

Ps. Beatriz Aramburú  
Ps. Verónica Bagladi  
Ps. Carmen Contreras  
Ps. Jorge Gissi  
Ps. Marta Hermosilla  
Ps. Guy Santibañez  
Ps. Alejandro Celis

Ps. Jorge Luzoro  
Ps. Eduardo Llanos  
Ps. Irene Magaña  
Ps. Elisa Neumann  
Ps. Claudio Pizarro  
Ps. Leonardo Villarroel



COLEGIO  
DE PSICOLOGOS  
DE CHILE