



“30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro”

Editores:

Dra. Mayra Brea de Cabral

Dr. Enerio Rodríguez Arias

Licda. Marcelina Alonso de Tapia

Noviembre, 1998





Número 8
Colección Veracruz

“30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro”

Editores:

Dra. Mayra Brea de Cabral
Dr. Enerio Rodríguez Arias
Licda. Marcelina Alonso de Tapia

Noviembre, 1998





Depósito Legal:

ISBN:

Depósito Legal:

Ediciones de la Fundació Càtedra Iberoamericana
Cra de Valldemossa, Km 7.5
07122 Palma de Mallorca

© de la edició: Fundació Càtedra Iberoamericana





PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO

Vol. DCCCXCV

Colección: SALUD Y SOCIEDAD # 29

CONGRESO

"30 AÑOS DE PSICOLOGÍA DOMINICANA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO"

(Ponencias seleccionadas)

Editores:

Dra. Mayra Brea de Cabral

Dr. Enerio Rodríguez Arias

Licda. Marcelina Alonso de Tapia

Facultad de Humanidades

Edición co-auspiciada por el

Departamento de Psicología, Rectoría UASD

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES

©1998

EDITORA UNIVERSITARIA-UASD

Apartado postal N° 1355

Ciudad Universitaria

☎ (809) 685-5260

☎ (809) 686-2134

☎ (809) 685-0009

Santo Domingo, República Dominicana

Diagramación e infografía: Suany Rosario.

Impreso en los talleres gráficos de la

Editores Universitaria de la Universidad Autónoma

de Santo Domingo en el mes de noviembre de 1998,

Con una tirada de 1,000 ejemplares.



Comité Organizador del Congreso

Licda. Amelia Salas de Deláncer (UASD)

Licda. Marcelina Alonso de Tapia (UNPHU)

Dra. Mayra Brea de Cabral (UASD)

Licda. Clara Benedicto (UASD)

Licda. Irene López Severino (UASD)

Licda. Ángela Caba (UASD)

Licda. Germania Morales (UTE)

Lic. Julio Valeirón (INTEC)

Licda. Ana Teresa Van Der Horst (UNPHU)

*Santo Domingo,
República Dominicana*

ÍNDICE

Presentación

A cargo de la Dra. Mayra Brea de Cabral9

Discursos Noche Inaugural de Apertura del Congreso

"30 Años de Psicología Dominicana"

- Palabras de Bienvenida de la Licda. Marcelina Alonso de Tapia, del Depto. de Psicología de la UNPHU 12

- Palabras de Salutación del Dr. Edylberto Cabral Ramírez, Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).....13

- Palabras de Salutación del Dr. Rafael Ortiz O, Vicerrector de Desarrollo Académico de la UNPHU 14

- Palabras de Despedida de la Sesión Inaugural de la Licda. Ameli Salas de Deláncer, Directora del Dpto. de Psicología de IUASD.....15

Conferencias Inaugurales

- Pasado, Presente y Futuro de la Psicología Dominicana. Dr. Tirso Mejía-Ricart 16

- Casuística del Surgimiento Paralelo de Una de las Dos Escuelas Psicológicas: 1967-1997. Lic. José Reynaldo Cruz..... 32

Historia e Investigación Transcultural

- La Construcción de la Historia de la Psicología en el Caribe Isleño. Dra. Ana Isabel Álvarez.....35



- Dimensiones Culturales y Comportamiento, Etnopsicología y Psicología Transcultural de Cara al Siglo XXI. Dr. Rogelio Díaz-Guerrero.....	50
- Depresión y Género: Resultados Iniciales de un Estudio Colaborativo en el Caribe sobre los Estados de Ánimo. Guillermo Berna, Nelson Varas, Janet Bonilla, Axel Santos, Mildred Maldonado.....	72
El Psicólogo y su Formación	
- Propuestas Curriculares. Lic. Miguel Fincheira.....	92
Psicología del Desarrollo Humano	
- Prevención de Déficit en el Desarrollo Infantil e Intervención Temprana. Licda. María Díaz Solís.....	98
Psicología Social	
- Disonancia Cognoscitiva: Una " Nueva Mirada" o lo Central del Autoconcepto. Lic. Carlos Ruiz Matuk.....	112
- Aborto Obtenido y Denegado: Perspectivas Psicosociales. Dr. Henry P. David.....	118
- Toxicomanías y Narcotráfico: Una Perspectiva Realista. Dr. Tirso Mejía-Ricart.....	129
La Psicología Educativa de Hoy	
- Reflexiones sobre el Papel del Psicólogo Educativo en el Proceso Educativo de Cara al Nuevo Siglo. Licda. Pura Sánchez.....	143
- Conocimiento, Aprendizaje y Enseñanza. Temas Relevantes en la Reforma Educativa. Licda. Minerva Vincent.....	157
Alternativas Psicoterapéuticas e Intervención	
- Psicoterapia Breve Multidimensional. Lic. Jorge Corsi.....	164
- El Uso de la Visualización como Herramienta Terapéutica. Licda. María Elena Asuad.....	174
- Una Perspectiva Bio-Desarrollista Sistémica en el Tratamiento de Niños con Conducta Opositorista-Desafiante. Dr. C. Wayne Jones	183
- Aproximándonos a un Modelo de Prevención de Crisis en la Pareja. Dra. Vanja Beatriz Abreu Montero.....	200
- La Terapia Familiar como una Estrategia para el Desarrollo Social. Licda. Zelided Alma de Ruiz.....	215
Neurociencias, Psicología y Rehabilitación	
- Importancia de la Evaluación Neuropsicológica del Niño con Trastornos en el Aprendizaje: Modelo Conceptual y Estudio de Casos.	



Dr. Jorge A. Herrera Pino.....224

Psicología, Orientación y Psiquiatría

- El Equipo de Salud Mental en la República Dominicana.

Dr. José Ángel Saviñón.....254

Alternativas Psicológicas Actuales para la Prevención y Atención del SIDA

- Aprender es Vivir: Validación de un Currículum de Educación Popular para la Prevención del SIDA en Adolescentes y Jóvenes.

E. Antonio de Moya; Ureña, D. Abel, A; Castellanos, C.....258

- Perfil de Respuesta Psicológica al Duelo en Pacientes VIH Positivo.

César E. Castellanos; M. Raquel Jérez G.....263

Psicología y Jurisprudencia

- Panorama de la Psicología Forense en la República Dominicana.

Lic. Wilfredo Mora.....279

Conferencia Magistral de Cierre

- 30 Años de Psicología Dominicana: "Reflexiones Metapsicológicas"

Dr. Enerio Rodríguez Arias.....284



PRESENTACIÓN

Dra. Mayra Brea de Cabral

A continuación presentamos un conjunto de ponencias del Congreso "30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro", celebrado en la ciudad de Santo Domingo, los días 28, 29 Y 30 de noviembre de 1997, bajo los auspicios de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

En vista de que la cantidad de documentos que se produjo fue muy voluminosa, decidimos organizarlos en dos tomos, de los cuales se pone este primero a la disposición de los interesados.

Por considerarlo de interés incluimos los discursos de los actos de inauguración a cargo de las siguientes personalidades: Por la UASD, el Dr. Edylberto Cabral Ramírez, su Rector Magnífico, por la UNPHU, en representación del Rector, el Dr. Rafael Ortiz Quezada, Vicerrector de Desarrollo. Igualmente, las palabras de las respectivas Directoras de los Departamentos de Psicología de ambas Universidades, Marcelina Alonso de Tapia, MS y Amelia Salas de Deláncer, MS.

Se incluyen también las Conferencias Magistrales de los Presidentes de Honor del Congreso, Dr. Tirso Mejía-Ricart y José R. Cruz, MA, las cuales revelan antecedentes históricos y procesos inherentes al posterior desarrollo de la psicología dominicana.

Destacados psicólogos internacionales hicieron valiosos aportes. Entre ellos, el Dr. Rogelio Díaz-Guerrero, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien dentro del marco de la Psicología de los Pueblos ofreció datos de sus investigaciones intra y transculturales que tratan hipótesis sobre las creencias, las necesidades, los valores y personalidad de los individuos, enfatizando el uso de los métodos inductivos y cuantitativos de variables psicodinámicas, de aprendizaje y socioeconómicas participantes, que contribuyen de alguna manera para la formulación de "una teoría de la cultura universalmente satisfactoria". El Dr. Díaz-Guerrero promovió la necesidad de crear una Etnopsicología propia.

Dentro de esa misma temática, la Dra. Ana Isabel Álvarez, de la Universidad de Puerto Rico, construyó una panorámica de la Psicología Caribeña, señalando características comunes y particularidades históricas de su desarrollo en algunas islas de la región. La autora muestra oposición a la acostumbrada "dependencia intelectual de los países desarrollados" como alternativas de búsqueda de solución a nuestros problemas psicosociales, propugnando a la vez por la solidaridad y concertación a través de proyectos colaborativos multinacionales, trans y multidisciplinares autóctonos, que adecuadamente favorezcan nuestra potencialización científica.

En el área metodológica y del Psicodiagnóstico Clínico con aplicación psicosocial y diferencial, el Dr. Guillermo Bernal y sus colegas de la Universidad de Puerto Rico, refieren datos de las investigaciones realizadas en Cuba, Puerto Rico y República Dominicana acerca de la validación de instrumentos psicométricos para evaluar y considerar los modelos de tratamiento de la depresión en jóvenes de ambos géneros. Sus hallazgos contribuyen extraordinariamente para la planificación de proyectos nacionales preventivos y de intervención en salud mental en la zona del Caribe.

En Intervención Clínica, el Lic. Jorge Corsi, psicoterapeuta argentino, de la Universidad de Buenos Aires (UBA), tuvo una destacada participación, presentando técnicas mundialmente muy utilizadas en la actualidad como la Psicoterapia Breve. Mostró su epistemología multidimensional constructiva: determinismo recíproco, teoría ecosistémica y el modelo ecológico con sustento en la práctica profesional. Criticó los enfoques unidireccionales y reduccionistas de aquellos que de igual manera, pretenden explicar el comportamiento humano.

Otras técnicas de uso psicoterapéutico que pudimos apreciar lo fueron la visualización o la fantasía dirigida, la terapia familiar sistémica, muy aplicable a los problemas maritales, disciplinarios, conductuales, de abuso doméstico, de



adicción a drogas y otros tantos que constituyen problemáticas relacionadas a la salud mental de la población. Asimismo, la Dra. Vanja Beatriz Abreu, del Centro de Instrucción Padres de Hoy y psicoterapeuta en la Florida, planteó un interesante modelo de prevención de crisis de la pareja, denominado "Aprendiendo Juntos", el cual promueve el enriquecimiento de los niveles de comunicación, afecto y expresión. El Dr. Wayne Jones, del Centro de Atención Infantil del Hospital de Filadelfia en Estados Unidos, absorbió la atención de una nutrida audiencia, planteando sus consideraciones acerca de las perspectivas de tratamiento de las conductas oposicionistas desafiantes o "conductas perturbadoras" frecuentes en niños, empleando el modelo denominado Bio-Desarrollo Sistémico.

En temas de contenido social fue tratado el aborto; el Dr. Henry P. David, del Instituto Transnacional de la Familia de los Estados Unidos, analizó y comparó situaciones de tres países, en los cuales el aborto es inducido y denegado: Estados Unidos, Checoslovaquia y República Dominicana. El Dr. David destacó su racionalismo científico frente a las controversias y promovió la idea de estimular el comportamiento reproductivo responsable.

El fenómeno de las drogas como era de esperarse, ocupó un espacio en la discusión, siendo abordado no sólo por sus efectos perjudiciales a la salud e integridad físico-mental humana, sino también por sus implicaciones sociales subyacentes de las redes del narcotráfico. Como medida de control se hizo énfasis más bien en el aspecto preventivo que en el represivo (método preferido que ha resultado ser hasta ahora ineficiente). Se conoció además variadas alternativas psicológicas y educativas de prevención y atención al SIDA, como otro de los temas de repercusión psicosocial en la actualidad.

En el campo de las neurociencias, el notable neuropsicólogo del Instituto Neuroconductual de Miami, EUA, Dr. Jorge A. Herrera Pino, presentó la importancia de los procesos de evaluación neuropsicológicos, tanto para establecer el diagnóstico como para el tratamiento de los trastornos relacionados al aprendizaje humano. Mostró algunos casos específicos de intervención neuroconductual.

En el marco del evento se consideraron también exposiciones de alto valor como las de los procesos de la enseñanza-aprendizaje y el nuevo currículum escolar; la formación del psicólogo dominicano, los 30 años de la psicología y el planteamiento de reflexiones metapsicológicas basadas en nuestra propia historia psicológica y el producto de experiencias acumuladas de académicos dedicados a enseñar la profesión.

La participación de los profesionales dominicanos en las diferentes áreas de la psicología fue también muy relevante. Entre ellos se destacaron los profesores, maestros de generaciones Dr. Tirso Mejía-Ricart, Dr. Enerio Rodríguez Arias, Dr. José Ángel Saviñón, José R. Cruz, MA, Lic. Miguel Fincheira, Licda. Zelided Alma de Ruiz, sin desestimar las intervenciones de otros muchos, que aunque son más jóvenes en el ejercicio, han estado reflexionando sobre diferentes temáticas.

Los Comités Científico y de Organización del celebrado Congreso reconocen los méritos y valoran los aportes de todos los expositores, así como la participación de los asistentes que muchas veces obligó a enriquecer y ampliar las ideas. El objetivo que se perseguía: **REMEMORAR NUESTRA HISTORIA Y MOSTRAR LOS AVANCES DE LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA Y CARRERA PROFESIONAL** se logró satisfactoriamente. Sólo nos resta esperar que esta publicación les sea igualmente de mucha utilidad.

Dra. Mayra Brea de Cabral
Editora, Miembro del Comité Científico
y de la Organización General del Congreso.

Noviembre, 1998.



DISCURSOS NOCHE INAUGURAL DE APERTURA DEL CONGRESO “30 AÑOS DE LA PSICOLOGÍA DOMINICANA”

Palabras de Bienvenida de la Licda. Marcelina Alonso de Tapia, Directora del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

Compartimos con ustedes esta noche la celebración de los treinta años de la fundación de los Departamentos de Psicología y Orientación de las Universidades Autónoma de Santo Domingo (UASD) y Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Este Congreso "30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro", se propone ofrecer una panorámica actualizada de la Psicología y las ciencias relacionadas con el área de la salud mental.

Del pasado veremos cómo un tímido proyecto, que surgió hace tres décadas en la mente de dos distinguidos profesores, para capacitar profesionales en salud mental, constituye treinta años después, un vigoroso movimiento con incidencia prestante en el área de la salud, de la educación, de la industria, de la banca y de otros sectores de nuestra vida pública. Me refiero al Dr. Tirso Mejía-Ricart y al Lic. José Reynaldo Cruz.

Este pasado, que ha formado miles de profesionales, los presenta hoy en este congreso como exponentes de los modelos y técnicas que ya han experimentado a las generaciones presentes y futuras que se nutrirán de sus conocimientos.

Del presente revisaremos las técnicas más actualizadas y nos pondremos al día con los temas de mayor importancia en la psicología moderna: depresión y suicidio, aspectos psicológicos del Sida, implicaciones bio-psico-sociales del aborto intencional, psicología de la pareja, modelos en terapia familiar, violencia intrafamiliar y dependencia química para mencionar algunos temas que serán debatidos.

Al tocar aspectos acerca del ejercicio profesional compartido con otros profesionales del área de la salud mental, así como al tratar aspectos críticos acerca de la formación del psicólogo, elaboraremos propuestas para la revisión curricular y para la reglamentación del ejercicio profesional, y nos colocaremos de cara a las necesidades de una sociedad dominicana cambiante, enfocada hacia el futuro y a la proximidad de un nuevo siglo.

Para el futuro, nuestros objetivos se centrarán en proponer una integración dirigida hacia la creación de una psicología caribeña, enriquecida y fundamentada en investigaciones nuestras y basada en la idiosincrasia y cultura de nuestros pueblos.

A nuestros distinguidos profesionales extranjeros que nos honran hoy con su presencia y con el aporte de sus valiosos conocimientos queremos darles nuestras gracias por su solidaridad y apoyo. De igual modo a nuestros reconocidos profesionales dominicanos, quienes hacen significativa y destacada participación en la celebración de este evento.

En estos treinta años hemos recorrido un pasado que nos ha hecho mantener el firme propósito de rectificar nuestros errores, de revisarnos en la marcha del presente y de trabajar en pos de nuestro futuro con el desarrollo de una psicología dominicana acorde a las necesidades nuestras y con la capacidad para trascender nuestros límites geográficos y de proyectarnos hacia el mundo y hacia el futuro.

Palabras de Salutación del Dr. Edylberto Cabral Ramírez, Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).



-
- Señores Presidentes de Honor: Dr. Tirso Mejía-Ricart y Lic. José Cruz y demás integrantes de la mesa directiva.
 - Distinguidos psicólogos visitantes de países amigos.
 - Profesores y estudiantes de las universidades dominicanas
 - Miembros del Comité Organizador
 - Público en general

Nos complace dar apertura, con el Dr. Rafael Ortiz Quezada, Vicerrector de Desarrollo de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, al Congreso "30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro", porque entendemos que actividades de este género favorecen el quehacer de un área profesional.

Pero, para que actividades como éstas se organicen, es necesario que haya personas dispuestas a trabajar por la producción y difusión del conocimiento. En este sentido, nuestro reconocimiento al equipo de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, que en una buena muestra de coordinación institucional, asumió la responsabilidad de conducir la planificación y desarrollo de este evento.

Esperamos que los dos días de trabajo que siguen sean de un ejercicio intelectual altamente valioso y permitan recoger información relevante para el área. Estamos conscientes de que la Psicología ayuda a las personas a comprender mejor su problemática y la de los demás, por tanto, contribuye a su felicidad. Por eso, apoyamos y saludamos esta iniciativa y como sabemos, por lo que se nos ha informado de la alta calidad de los exponentes, auguramos los mejores éxitos.

Palabras de Salutación del Dr. Rafael Ortiz D., Vicerrector de Desarrollo Académico de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Damas y Caballeros:

En mi condición de Rector electo de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, siento una profunda satisfacción y ¿por qué no decirlo? un orgullo muy humano, al darle la bienvenida a este grupo de profesionales de la Psicología, que hoy se reúne en este Congreso conmemorativo de los 30 años de ejercicio, de lo que ya podría llamarse la Psicología Dominicana.

No debe escapar al conocimiento de los dominicanos, que durante esos 30 años, la ciencia médica nacional se ha visto ensanchada en la diversidad de los especialismos, con la presencia de aquellos médicos que escogieron la cura de las enfermedades de la conducta humana en sus muy variadas manifestaciones. De aquellos médicos que han aprendido a sondear el alma o psiquis del ser humano, para hallar las causas que provocan los trastornos de conducta y los síndromes propios de las enfermedades de la mente.

En fin, que más que regocijarnos por los 30 años que celebramos hoy, del ejercicio de una psicología netamente dominicana, debemos sentirnos orgullosos de que ese ejercicio, en gran medida, haya estado en manos de estos profesionales aquí reunidos.

Valgan, pues, los aplausos que con mucho mérito se han ganado.

Muchas gracias.

Palabras de Despedida de la Sesión Inaugural, de la Licda. Amelia Salas de Deláncer, Directora del Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma De Santo Domingo (UASD)



Dr. Edylberto Cabral Ramírez
Rector Magnífico de la UASD

Dr. Rafael Ortiz Q.
Vice-Rector de Desarrollo de la UNPHU

Lic. Emigdio Sosa
Sub-Secretario de Estado de la Presidencia

Dr. José Mieses
Director de la Dirección de Salud Mental de la SESPAS

Dr. Tirso Mejía-Ricart
Lic. José Cruz
Presidentes de Honor

Licda. Marcelina Alonso
Directora Depto. de Psicología de la UNPHU

Llegamos al final del primer hito de un gran esfuerzo interinstitucional e interpersonal.

Las universidades comprometidas con este magno evento, la Subsecretaría Administrativa de la Presidencia de la República, así como el Plan Social de la Presidencia, la Prensa Nacional, unidos todos a un laborioso equipo de profesores y estudiantes, tenemos esta noche un primer respiro después de un largo trabajo.

Todos unidos a los distinguidos expositores nacionales e internacionales merecemos una felicitación. El Congreso es un hecho a partir de esta hermosa noche.

Sólo nos resta exhortar a esta distinguida concurrencia a mantener el entusiasmo, a colaborar con una asistencia puntual y masiva y a participar con avidez en los debates que se originen en este singular espacio de interacción científica para el bien de la psicología dominicana, antillana y mundial, muchas gracias y hasta mañana.

CONFERENCIAS INAUGURALES

Pasado, Presente y Futuro de la Psicología Dominicana

Dr. Tirso Mejía-Ricart

Fundador del Depto. de Psicología de la UASD.

Psicología Dominicana de Ayer, de Hoy y de Mañana

Quiero en primer lugar reconocer la feliz iniciativa que tuvieron los directivos de los Departamentos de Psicología de las Universidades Autónoma de Santo Domingo y Nacional Pedro Henríquez Ureña, de conmemorar el trigésimo aniversario de los inicios de la psicología profesional en el país, fortaleciendo su tradición académica al celebrar un congreso científico que permite proyectar los extraordinarios avances experimentados en esta aún joven disciplina durante los últimos años.



También deseo reconocer aquí los ingentes trabajos realizados por su Comité Organizador, para hacer posible la realización del Congreso, y agradecer su gesto de dedicarlo a José Cruz y a mí en nuestras calidades de fundadores y primeros directores de esas escuelas en el ya lejano año del 1967.

Creo sinceramente que la celebración de este evento y los miles de egresados de las aulas universitarias que ofrecen sus conocimientos al país, recompensa con creces los esfuerzos realizados para hacer realidad las metas que nos trazamos entonces.

A fin de arrojar algunas luces acerca de la evolución de la psicología en el país y contextualizarla con su desarrollo futuro previsible, me permitiré tocar aquí tres temas: los antecedentes históricos, los 30 años de la psicología dominicana y el futuro de la psicología en general y en nuestra nación en particular.

Los Antecedentes Históricos

Resulta para mí conmovedor evocar en esta ocasión memorable, los eventos y circunstancias que precedieron y rodearon el desarrollo inicial de la psicología profesional en el país. Ello así, porque de diferentes formas muchos de esos eventos y circunstancias se vinculan con mi trayectoria vital, académica y social.

El año de 1879, punto de partida aceptado de la psicología científica a nivel mundial con la fundación del primer laboratorio de psicología experimental por Wilhelm Wundt, en la Universidad de Leipzig, en Alemania, coincidió con un momento estelar de la historia dominicana, como fue el triunfo de la Revolución Liberal encabezada por el benemérito patriota Gregorio Luperón, lo que significó para el país un extraordinario resurgimiento en los órdenes político, económico y cultural, luego de más de un siglo de vicisitudes, luchas por la libertad y oscurantismo que hicieron desaparecer primero la Universidad Santiago de la Paz, en 1767 al compás de la expulsión de los jesuitas de España y sus colonias y luego de la Universidad de Santo Domingo, Primada de América una y otra vez en 1801 Y 1822, bajo el impacto de la emigración de las órdenes religiosas y de las élites coloniales tras las invasiones haitianas de esos años y el reclutamiento para el servicio militar obligatorio de sus profesores y estudiantes.

Producto de la coyuntura favorable antes mencionada, resurgió en el país la educación superior con la fundación del Instituto Profesional. Pero eran entonces tiempos de auge del positivismo, que negaba la filosofía y por lo tanto, a falta de su progenitora natural, la psicología no figuraba entonces en el horizonte cultural de los intelectuales dominicanos, aún cuando bajo la influencia de Eugenio María de Hostos se comenzó a enseñar sociología en la Escuela Normal y en la Escuela de Bachilleres de Santo Domingo.

Sin duda algunos autores habían tratado desde los inicios de la República de caracterizar la conducta de los dominicanos, pero de manera más bien anecdótica o a partir de premisas sociológicas sin base en estudios sistemáticos.

Entre estos autores, quizás el más antiguo fue Pedro Francisco Bonó, considerado el primer sociólogo dominicano, quien escribió propiamente la primera novela dominicana: "El Montero" publicada en 1848 y en otros escritos posteriores, hizo una descripción de la personalidad de ese poblador de los montes casi vírgenes dominicanos, así como de otros tipos humanos de la época. Medio siglo más tarde, el periodista y literato José Ramón López, en su libro "La Alimentación y las Razas" (1896), a quien seguirían otros destacados intelectuales de la primera mitad del siglo XX, como el abogado y publicista Américo Lugo (El Estado Dominicano ante el Derecho Público) y el médico y novelista Francisco Moscoso Puello (Cartas a Evelina), que pretendieron explicar ciertos rasgos de comportamiento de los dominicanos, como las deficiencias en su desarrollo intelectual y las fallas de su comportamiento cívico de la época, en factores biológicos tales como la mala alimentación, la mezcla racial y el clima tropical, afín al darwinismo social y al positivismo predominantes a fines del pasado siglo, apenas matizada en el país por la influencia más democrática del puertorriqueño Eugenio María de Hostos y del antropólogo cubano Fernando Ortiz.

Ya en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, las descripciones que se publicaron acerca de la personalidad de los dominicanos fueron vinculadas más bien a su cultura, aún cuando se vivía bajo el peso de la dictadura trujillista. A esa etapa corresponden los artículos del tema publicados en la prensa y publicados en forma de



libro en 1945 por el profesor y escritor español exiliado en Santo Domingo, Fernando Sainz. Sus juicios fueron en general muy favorables. En 1950 el profesor dominicano Enrique Patín Veloz, doctor en Derecho y Filosofía y profesor de Historia de la Psicología, publicó un libro con dos breves ensayos sobre la personalidad del dominicano, uno acerca de los prejuicios generalizados entre los dominicanos y otro acerca del habitante del arrabal de la ciudad de Santo Domingo: "las cuarterías del patio", donde se juntan los sujetos procedentes de los pueblos y de los campos y acumulan un conjunto de hábitos dañinos y lacras morales, fruto de las limitaciones materiales y culturales que padecen en ese medio.

Sin embargo, ya hacia los finales de la tiranía trujillista comenzaron a aparecer desde dentro y fuera del país, interpretaciones sobre la conducta típica de los dominicanos que negaban tanto el racismo como las derivadas de expresiones culturales anecdóticas positivas o negativas.

Dentro de esa corriente pueden inscribirse el ensayo publicado en 1955 por el médico y escritor Guido Despradel Batista, quien luego de adherirse a la tesis de la bondad de la mezcla racial, en un trabajo publicado sobre el país, hace una evaluación positiva y optimista de los dominicanos de las diferentes clases y colores. Por su parte el publicista y político Ramón Marrero Aristy, en 1958, en el tomo de su obra: "La República Dominicana", poco antes de caer víctima de la tiranía a la que servía no sin guardar distancias con ésta, critica a fondo al determinismo biológico y las interpretaciones acerca de nuestro carácter nacional que había hecho la élite intelectual, llena de prejuicios y limitaciones, que había dominado el quehacer intelectual desde fines del pasado siglo, asumiendo que la educación y mejores condiciones de vida habían cambiado las supuestas lacras, según él ya superadas definitivamente.

En 1959 el ilustre político y cuentista Juan Bosch, entonces exiliado en Venezuela, en su libro: "Trujillo: Causas de una Tiranía sin Ejemplo", y después en su obra: "Composición Social Dominicana" hizo agudas observaciones para interpretar el psiquismo de los dominicanos en sus diferentes estratos, en base a las circunstancias políticas, económicas y sociales de su evolución histórica, destacando los prejuicios de la oligarquía tradicional. Por su parte el eterno rival político y émulo intelectual de éste, el distinguido médico y brillante político y sociólogo Juan Isidro Jimenes-Grullón, analiza dentro de parecidas coordenadas a los dominicanos en sus obras de historia social publicadas en 1942 y 1965, el último más dentro de la ortodoxia marxista.

Pero todos estos retratos psicológicos de los dominicanos en general y de su comportamiento cívico en particular, sirven más bien para hacer patente la inquietud que existió desde los inicios de la República entre los intelectuales del país, por caracterizar y comprender la conducta de sus coterráneos, aunque sin tener aún conciencia de la necesidad de su estudio científico.

Cuando en 1915 el Dr. Ramón Báez Lavastida, Rector del Instituto Profesional aprovechó su breve paso por la Presidencia de la República para restablecer a partir de esa institución la Universidad de Santo Domingo, ello significó un momentáneo renacimiento de las ciencias, las letras y la filosofía, pero su nueva Facultad de Filosofía fue clausurada poco después por el gobierno norteamericano de intervención, establecido aquí a partir de 1916, por no ajustarse a los criterios utilitarios de ese régimen de ocupación militar.

Fue sólo a partir del 1940, al restablecerse la Facultad de Filosofía y renovarse los estudios de medicina en la Universidad de Santo Domingo, cuando comenzaron a aparecer en los planes de estudios la psicología y la psiquiatría respectivamente como disciplinas independientes. Las asignaturas de Psicología General y Psicología Anormal fueron introducidas para el nivel de grado y la de Historia de la Psicología para el Doctorado en Filosofía y Letras.

Después de la Segunda Guerra Mundial comienzan a establecerse también cursos de psicología en la enseñanza secundaria y en las escuelas normales. Desde principios de los años cincuenta se estableció el Instituto de Investigaciones Psicopedagógicas dentro de la Secretaría de Estado de Educación, a cargo del pedagogo español Malaquías Gil, y llegaron al país los primeros médicos psiquiatras graduados: los doctores Patxot, Morillo, Guillén, Pannochía, Zaglul y Baquero.

Pero lo que puede considerarse la partida de nacimiento de la Psicología Científica en el país fue la celebración en la entonces Ciudad Trujillo del Primer Congreso Interamericano de Psicología del 10 a 20 de diciembre del año 1953, como culminación del proceso organizativo de la entonces flamante Sociedad Interamericana de Psicología, cuyo



presidente lo era el filósofo y psicólogo mexicano Oswaldo Robles, quien obtuvo los auspicios del Gobierno Dominicano a través del filósofo Andrés Avelino, en el curso de un Congreso Latinoamericano de Filosofía celebrado en Argentina el año anterior.

Desde el año 1956, al convertirse la Facultad de Filosofía y Letras en Facultad de Filosofía y Educación, introduciendo en ésta la formación de profesores para la enseñanza secundaria, se añadieron a sus estudios otras asignaturas, tales como la Psicología de la Adolescencia, la Psicología de la Educación, la Psicometría y la Psicología Aplicada.

Para la época no había en el país ningún psicólogo graduado. Su presidente fue el filósofo dominicano Andrés Avelino y los delegados dominicanos fueron filósofos, educadores, médicos y abogados como mi padre: Gustavo Adolfo Mejía-Ricart, intelectual positivista, admirador de Freud, Lombroso y Jiménez de Azua, quien presentó en éste un trabajo sobre Psicología Criminal. En dicho congreso llevaron la voz cantante el mexicano Oswaldo Robles, el peruano Alberto Seguí, los norteamericanos Bachrach y Werner Wolf y el canadiense Blackburn.

Para mí, que asistí a las sesiones del Primer Congreso Interamericano de Psicología siendo estudiante de primer año de Medicina, y que desde entonces me dediqué a devorar virtualmente los libros escasos de psicología que pasaban por las librerías y bibliotecas dominicanas de psicólogos clásicos y contemporáneos; y que desde 1954 tomé los cursos de Psicología General, Psicología Anormal y Psicología Aplicada como alumno paralelo de la Facultad de Filosofía y Letras, con los recordados profesores Salvador Iglesias, Fabio Mota y Malaquías Gil, mi bautismo de fuego con esa disciplina tuvo lugar en julio del 1957, cuando tuve la osadía de participar en los concursos científicos estudiantiles que organizaba cada año la Universidad de Santo Domingo en las diferentes Facultades. En la Facultad de Filosofía y Educación presenté un ensayo bajo el título de "Ensayo sobre el Amor" y en la Facultad de Medicina otro titulado "Proceso Psicológico de los Actos Violentos".

En el primer ensayo hice una revisión de las descripciones literarias sociológicas y psicológicas del amor que conocía, para concluir, siguiendo los enfoques de MacDougall, Freud, Mead y Stern, que ese sentimiento no era mucho más que el ropaje idealizado que cada cultura le da a sus naturales instintos de supervivencia e impulsos sexuales, para hacerlos compatibles con las normas de convivencia social establecida. En una Facultad como la de entonces, donde la mayoría de sus profesores y muchos de sus estudiantes eran sacerdotes y monjas de mentalidad muy conservadora, aquel trabajo parecía poco menos que una herejía. El trabajo ganador versó sobre "Fray Alonso de Cabrera", original del entonces estudiante y acucioso investigador histórico, el Padre Vicente Rubio, en tanto yo me quedé satisfecho con mi insurgencia intelectual.

El segundo trabajo corrió con mayor suerte, ya que mereció del Jurado el Premio "Doctor Báez", que se otorgaba al ganador, trabajo que fue motivado por un serio altercado que sostuve meses atrás con un teniente del Ejército, franqueador motorizado de la comitiva del Dictador Rafael Trujillo Molina.

En este ensayo se plantearon los factores racionales y biológicos, emocionales, culturales y situacionales capaces de generar acciones violentas en el individuo. También se describieron los diferentes síndromes psicopatológicos conocidos que pueden producirlas.

Lo simpático del trabajo en cuestión es que después de un análisis pormenorizado, fundamentado en citas aparentemente irrefutables del origen diverso y multifactorial de las acciones violentas que negaban validez a las teorías de los temperamentos como explicatorias de la personalidad de los individuos, terminó apoyándose en Kretschmer y sobre todo en la tipología de CG. Jung al tratar de explicar la conducta violenta, cuando explica las diferencias en los mecanismos psíquicos de la extroversión y la introversión que llevaron a la automutilación a dos de los patriarcas de la Iglesia Cristiana: Orígenes y Tertuliano, asumiendo internamente que el violento oficial iniciador del altercado era extrovertido y que yo quien respondí con inesperada virulencia, era introvertido.

Este trabajo, editado en el número 81-84 de los anales de la entonces Universidad de Santo Domingo del año 1957, no obstante sus limitaciones, tiene quizás la virtud de ser una publicación pionera de la psicología científica en la República Dominicana.

Sin duda ese éxito inicial, el incidente narrado del que salí bien librado, aunque pudo costarme la vida, dados los



tiempos que se vivían, ya que el oficial terminó mal herido dentro de una vitrina de la concurrida calle del Conde, con sus implicaciones políticas y emocionales, junto a otras vivencias tales como mi asistencia durante varios meses en el tratamiento y vigilancia de un amigo cercano que padeció un episodio esquizofrénico y el deseo de explicarme y controlar mejor un déficit personal de la atención que aún me causa preocupación; fueron decisivas en la definición de mi vocación hacia el estudio de la conducta humana.

De todas maneras, mi entusiasmo por tales estudios se concretizó durante el año académico 1957-58 con el estudio a fondo del voluminoso Manual de Psiquiatría del español Vallejo-Nájera, explicado en la Cátedra por el médico-filósofo Fabio Mota, visitas al Hospital Psiquiátrico Padre Billini que dirigía entonces el inolvidable amigo y colega Antonio Zaglul y discusiones con el también amigo y compañero de conspiración antitrujillista, el Dr. Luís Manuel Baquero, todos fallecidos.

El siguiente año académico de 1958-59, el último de mis carreras de Medicina y de Filosofía y Letras, estuvo pletórico de turbulencias políticas y de luchas contra la tiranía trujillista, estimuladas por los sucesivos triunfos contra otras dictaduras en América Latina: de Perón en Argentina, de Rojas Pinilla en Colombia, de Pérez Jiménez en Venezuela y sobre todo de Batista en Cuba. Luchas éstas en las que estuve involucrado junto a toda mi familia, por lo que fui expulsado primero de la Universidad, cuando ya estaba en los exámenes finales de las carreras y más tarde fui perseguido a muerte por los esbirros de la tiranía, de la que logré escapar a duras penas, saliendo clandestinamente del país en septiembre del año 1960.

Mis preocupaciones y actividades sociopolíticas del exilio antitrujillista de esa época se conjugaron en mi tiempo libre con las referentes a la psicología, ya que para entonces escogí el tema de mi tesis profesional y comencé a elaborarla en la mejor tradición del proceso de cambio que ha recorrido la psicología académica en cuanto a su temática, que fue de tránsito del énfasis de la Psicología Clínica a la Psicología Social, por la vía del estudio de la personalidad.

Así, cuando por fin regresé al país en 1961 tras la muerte de Trujillo, pasé mis exámenes finales, presenté mi tesis sobre “Teoría de la Personalidad y su Organización Dinámica” y partí poco después hacia Alemania, donde armonicé mis estudios de Residencia en Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica y Neurológica con los de Psicología en la Universidad de Bonn, entonces bajo la dirección del destacado psicólogo Hans Thomae, siempre con la intención de fundar la carrera de psicología a mi retorno a la República Dominicana.

Los Treinta Años de Psicología Profesional

Cuando se produce en 1966 el triunfo del Movimiento Renovador de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, con sus consignas de: democratización, departamentalización, diversificación y descentralización, yo estaba de regreso al país y me convertí rápidamente en Secretario General y principal artífice de las reformas académicas que habían de producirse en ese centro académico.

De hecho, fue en mi casa del centro de la ciudad de Santo Domingo, recién llegado yo de Europa, donde un grupo de intelectuales que diseñaba las estrategias políticas del movimiento constitucionalista y se preparaban los documentos para la negociación con que terminó esa revolución democrática del año 1965, abortada por la intervención norteamericana, que se organizó dicho movimiento universitario como secuela y única conquista real que permaneció de la anterior, con la participación de los profesores Andrés María Aybar, Hugo Tolentino Dipp y Marcelino Vélez Santana, entre otros. De manera que tras el triunfo de ese movimiento, el camino quedó abierto para la realización de mis planes con referencia a la Psicología.

En la UASD renovada de entonces, las prioridades pasaron de la terminación del año académico interrumpido por la Guerra de Abril, a la aprobación de un nuevo Estatuto Orgánico y de ésta a la reorganización de las diez carreras entonces existentes.

Solo después de esa etapa cumplida en el año 1966, que incluyó el establecimiento de la docencia por semestres y créditos, se procedió entre 1967 y 1969 a la organización de toda la Universidad por Departamentos y al establecimiento de nuevas carreras.



La Facultad de Humanidades, como se rebautizó a la antigua Facultad de Filosofía y Educación que ofrecía las carreras de Filosofía y de Educación, además de las nuevas escuelas anexas de Ciencias de la Información y de Sociología y de una escuela informal de inglés de nivel no universitario, tenía muy pocos alumnos y como muchos de sus profesores y estudiantes eran sacerdotes, ex-curas y monjas, en una universidad y país en plena efervescencia política anti-norteamericana y revolucionaria, se le había puesto de apodo: "El Vaticano".

El Decano de dicha Facultad entre los años 1965 y 1970 lo fue Andrés Avelino hijo, filósofo como su padre y hombre de ideas progresistas en el ámbito socio político, aunque no tanto en el orden académico, por lo que no veía con buenos ojos la organización de los estudios en semestres y créditos, así como tampoco la departamentalización que proponíamos para esa entidad, que reflejaba todavía, no obstante su diversidad, la falta de organismos especializados propios de la organización medieval de la Universidad.

De todas maneras, la reforma se impuso y el 14 de julio del año 1967 salieron a la luz los Departamentos de Pedagogía, Psicología, Letras, Historia y Antropología, Comunicación y Lenguas Modernas, muchos de los cuales como el de Psicología iniciaron de inmediato nuevas carreras bajo su tutela, además de administrar las asignaturas de su especialidad en el resto de la Universidad. Poco tiempo después se organizó también en esa Facultad con mis auspicios, el Departamento y carreras de Artes.

El Plan de Estudios establecido por nosotros para la Licenciatura en Psicología constaba de cuatro años divididos en semestres, de los cuales los dos primeros eran de estudios básicos organizados aparte en el desaparecido Colegio Universitario, y otros seis con créditos obligatorios de materias comunes de psicología, créditos complementarios ofrecidos por otros departamentos y créditos optativos en las áreas de Psicología Clínica, Industrial, Social y Educativa, para optar a otras tantas menciones dentro de la licenciatura.

En la redacción de ese pensum se tuvo en cuenta planes existentes para entonces en Alemania, Francia, Estados Unidos, México, Puerto Rico, Cuba y Venezuela, pero siempre privilegiando el carácter liberal, diversificado y por créditos que aún se mantiene. También consultamos a distintos profesores extranjeros y dominicanos conocidos que tuvieran algo que aportar, incluyendo a Enerio Rodríguez, a quien conocí mientras estudiaba la carrera en México, pero que ya había sido profesor provisional de Introducción a la Psicología y Psicología Social en la Escuela de Sociología de la UASD, luego de realizar estudios de Filosofía en el Seminario Conciliar y completarlos en la Universidad.

De los primeros alumnos de la carrera, unos veinticinco en total, un núcleo importante eran ya egresados de otras carreras, particularmente de Educación, sin que faltaran abogados y médicos, parte de los cuales habían hecho meses atrás un Curso de Orientación Profesional a cargo del Psicólogo español Pío Rodríguez, bajo los auspicios de la UNESCO; y otra parte, provenía del curso propedéutico de la UASD, el desaparecido Colegio Universitario. En general eran sujetos muy motivados y con buena cultura general, aunque algunos de los ya profesionales tenían deficiencias en su formación científica básica, que le dificultó su aprendizaje inicial. La mayor parte de los egresados de los primeros años han jugado un papel extraordinario en el ulterior desarrollo de la Psicología en el país.

A su vez la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) organizó dentro de su Facultad de Educación un Departamento de Psicología y Orientación en octubre del 1967 a iniciativa del profesor Malaquías Gil, cuyo primer Director fue el licenciado José Cruz, entonces sacerdote jesuita, el cual ofreció originalmente una carrera de nivel técnico en Psicometría y desde 1968 Licenciatura en Psicología Educativa, Psicología Clínica y Psicología Industrial.

La UNPHU, organizada apenas en el año 1966 con los profesores que se retiraron de la UASD por razones políticas, había realizado un esfuerzo extraordinario hacia la conformación de una universidad moderna, diversificada y disciplinada, de manera que poder ofrecer cursos profesionales de Psicología apenas en el segundo año de su fundación constituyó una verdadera proeza académica.

La orientación inicial de la carrera de Psicología en la UNPHU fue la psicometría y la orientación profesional; y luego, con la llegada del psicólogo Ruben Farray y de los psiquiatras Máximo Beras Goico y Ernesto Cabrera se reforzó el área clínica de dicha carrera, cuyo plan de estudios fue modificado con la participación de Salvador Iglesias.



En la UASD yo asumí la dirección del Departamento desde su fundación hasta el año 1970, en realidad porque no encontré a un profesional dominicano de la psicología apto para entregársela, ya que desempeñaba simultáneamente las funciones de Secretario General en sus inicios y de planificador académico en la Comisión para el Desarrollo y Reforma Universitaria después, en un período muy dinámico de nuestra academia. Mis servicios en esa posición como en la docencia de diversas asignaturas las realizaba a costa de un gran esfuerzo y en forma totalmente gratuita, ya que estaba contratado a tiempo completo por las otras funciones. Por eso el Departamento encontró su guía natural cuando Enerio Rodríguez fue elegido como Director con el apoyo de todos desde el año 1970 hasta el 1981, y aún proyecta su benéfica influencia hasta el presente. Durante su gestión se introdujeron en la carrera los estudios sistemáticos del condicionamiento operante y de los procesos cognoscitivos, se fortaleció el estudio de la metodología, y se eliminaron las menciones dentro de la licenciatura, a fin de cumplir mejor con la formación profesional, teniendo en cuenta las grandes limitaciones económicas y de personal docente que existían. Este proceso continuó con la discusión de un nuevo Plan de Estudio, con la participación del profesorado durante alrededor de ocho años, donde se introdujeron de nuevo las menciones, se añadieron nuevas asignaturas y se fortaleció particularmente el área de la Psicología Social y del Desarrollo Humano en el Curriculum.

La carencia de profesionales criollos fue suplida durante la primera década con profesores extranjeros que fueron contratados por la UASD para impartir la docencia especializada como fueron los casos del norteamericano-alemán Michael Collins, los brasileños Eloisa Núñez y Rodolfo Carbonari, las uruguayas Dora Sarasola y Mirtha Caamaño, el cubano Jorge Herrera por breve tiempo y los mexicanos Jorge Peralta, Jorge Molina y Francisco Cabrera en materias propias de la carrera. Los psiquiatras dominicanos Porfirio Gallardo y Pereyra Ariza impartieron por un tiempo Psicología Anormal y Entrevista Psicológica y el biólogo chileno Fidel Jeldes ofreció hasta su sentida muerte cursos de Conducta Animal, en tanto que el neurocirujano José Joaquín Puello ofreció cursos de Psicofisiología, luego de hacer estudios especializados en esa materia en Inglaterra.

Todo ello habla bien del respaldo que le dio la UASD a esa nueva carrera hasta que sus propios egresados fueron tomando esas responsabilidades docentes y luego de la propia dirección, tanto de nuestro Departamento como en los de varias universidades del país que han organizado carreras de Psicología, como han sido los casos de la propia UNPHU, INTEC, UTESA, UCDP, PUCMM y UNICA.

Yo por mi parte, siendo Director del Departamento de Psicología presenté dos trabajos en el XI Congreso Interamericano de Psicología celebrado en México, en diciembre del año 1967. El primero bajo el título de: "los Orígenes de la Personalidad y su Organización Dinámica", en realidad un resumen de mi tesis doctoral, que provocó en ese cónclave tanto encendidos elogios como vivas controversias, por su originalidad y la amplitud con que se trató el tema sobre el que volveré a trabajar un día no lejano; y el segundo: "Aspectos Psicológicos de la Reforma Universitaria y la Asistencia Técnica", fue presentado conjuntamente con el Dr. Henry P. David de Estados Unidos, quien fue también subdirector del programa científico de ese congreso. Esos dos trabajos fueron los primeros trabajos de psicología científica presentados y publicados por un dominicano en un evento en el extranjero, aunque mi contribución al segundo fue incluido posteriormente en mi libro: Diez Ensayos sobre Planeamiento y Reforma Universitarios (1975).

Luego de dejar la dirección del Departamento de Psicología me dediqué a la redacción de un libro de "Introducción a la Psicología", con la colaboración de algunos colegas, el cual vio la luz finalmente en forma completa en 1979, que con adiciones y correcciones tiene ya siete ediciones y ha sido texto introductorio de cursos preuniversitarios y en casi todas las universidades del país hasta el presente. A partir de entonces he derivado mi actividad académica dentro de esa disciplina a la Psicología Social, en la cual he tratado de contribuir a su fortalecimiento con mi participación en muchos eventos, la publicación de artículos y sobre todo, con la redacción y edición de mi obra fundamental en esa área: "Psicología Social y sus Aplicaciones", en tres volúmenes, el primero dedicado al estudio de la "Psicología Social Básica", el segundo sobre la "Conducta Desviada y Problemas Sociales", Y el tercero, de reciente aparición con el título de: "Psicología Social Aplicada", a gran parte de las actividades humanas fundamentales.

El proceso de crear espacios en los ámbitos profesional y laboral dominicano, para el ejercicio de los egresados de la psicología, que ha estado acompañado del desarrollo de los estudios de postgrado en el área, ha sido por demás complejo y oscilante.

Dos muestras de los escollos que ha presentado la introducción de la investigación y del ejercicio profesional del



psicólogo, ilustran bien esa trayectoria.

En el año 1968 yo desarrollé un proyecto de medición de actitudes sociales de los estudiantes universitarios de la UASD, utilizando, para ello la llamada Escala de Wisconsin, previamente normalizada, con el objeto de medir las actitudes de los estudiantes sobre temas políticos, económicos, sociales, religiosos y familiares, en una etapa de grandes cambios como la que vivíamos. Aunque la investigación se desarrolló normalmente, no faltó una denuncia de que se trataba de un segundo "Plan Camelot" por referencia a un caso de espionaje académico bautizado así a similitud del que se produjo en Chile en esos tiempos. Ese estudio, que por presiones sobre el entonces Rector, no fue publicado, reveló entre otros datos curiosos, el que las estudiantes del sexo femenino tenían actitudes más liberales que los de sexo masculino en la mayor parte de los tópicos; y que los jóvenes con actitudes más radicales en los temas políticos, económicos y religiosos, eran muy conservadores en temas sociales y familiares.

Por otra parte, los psicólogos sólo obtenían inicialmente su "exequátur" de ejercicio profesional a través de la Secretaría de Estado de Educación y los médicos sólo los aceptaban como auxiliares de la salud.

Los primeros campos de trabajo que se abrieron para los egresados de la carrera de psicología en las universidades dominicanas fueron la docencia de nivel superior y secundario, para enseñar la psicología, la orientación vocacional y profesional, la enseñanza pre-escolar privada entonces en auge en el país, en tanto que el ejercicio de la Psicología Clínica a nivel público y privado se fue desarrollando más lentamente. También se crearon algunas plazas para psicólogos en bancos y grandes empresas, para trabajar en el área de recursos humanos y se establecieron en el país los Hogares Crea, de origen puertorriqueño como comunidades terapéuticas de drogadictos y Casa Abierta, con los mismos fines por José Cruz, con el respaldo de la Iglesia Católica.

La psicología profesional recibió un aval gremial significativo a partir del año 1975 cuando quedó constituida la Asociación Dominicana de Psicología (ADOPSI) resultando elegido Enerio Rodríguez su primer Presidente, siendo Rolando Tabar su principal gestor.

Otro gran impulso en el empleo de psicólogos en la administración pública se produjo tras el ascenso al poder del Partido Revolucionario Dominicano en 1978 con Antonio Guzmán Fernández como Presidente de la República. Entonces la División de Psiquiatría e Higiene Mental de la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social fue convertida en División de Salud Mental, en cuya Dirección se designó a José Cruz.

En esta ocasión Joseíto no solamente logró crear numerosas plazas de psicólogos en los hospitales públicos, reformatorios y casas-albergues del país, sino que obtuvo el financiamiento de esa cartera para el establecimiento en la UASD de una Maestría en Psicología Comunitaria, el primer curso regular de postgrado en el país y una de las primeras de esa especialidad en la América Latina. También en ese período se establecieron muchas plazas de orientadores en la Secretaría de Estado de Educación y de trabajadores sociales en los proyectos habitacionales del gobierno; en tanto que se creó con mi orientación la Dirección General de Acción Comunitaria del Ayuntamiento del Distrito Nacional, en la que se emplearon diversos psicólogos.

Otro hito importante en la historia de la psicología dominicana lo fue la celebración en el país del XVIII Congreso Interamericano de Psicología en julio del año 1981, del cual Rolando Tabar fue el Presidente de su Comité Organizador. En el mismo un nutrido grupo de psicólogos dominicanos tuvo una importante participación con la presentación de trabajos en diferentes áreas de la psicología.

Durante la década de los años ochenta y como consecuencia de la creación de estos servicios públicos y también impulsados por la apertura de nuevas plazas en las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y en las áreas financieras e industrial del sector privado; pero sobre todo debido al crecimiento vertiginoso de las zonas urbanas del país hubo una expansión considerable de las escuelas y en la matrícula estudiantil en la Psicología. Así, se crearon carreras en el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA), primero en Santiago y luego en sus extensiones de Santo Domingo, Puerto Plata y Moca, y la Universidad O&M. También se abrieron otros cursos de postgrado, tales como las maestrías en Psicología Clínica e Industrial del Instituto de Estudios Superiores de APEC. Más tarde se han fundado en las universidades PUCMM, UNICA, UCSD, UASD, UFHC y UTE.



Sin embargo, a partir del 1986, año en que regresa al poder Joaquín Balaguer, esa expansión de la psicología se frena para convertirse en período regresivo desde 1990. En realidad, la falta de apoyo a los servicios sociales del Estado, la disminución del poder adquisitivo de los sueldos del gobierno y sus organismos descentralizados que en muchos casos quedaron por debajo del salario mínimo de los obreros no calificados de las empresas privadas; la quiebra de buena parte del sector financiero del país, con la industria tradicional zarandeada por la competencia de la globalización con energía costosa y escasa, altos intereses y la producción en pequeña escala, y en las zonas francas con mano de obra en condiciones de semi-esclavitud, cuyos gerentes nada quieren con los psicólogos ni el manejo racional de los recursos humanos. Todo ello contribuyó al decaimiento temporal de esa disciplina en el país.

En esa década perdida de la Psicología, los efectivos estudiantiles se redujeron sustancialmente y la propia ADOPSI, otrora dinámica, perdió en parte su vigencia, acaso al verse en el espejo de las desventuras de un gremio poderoso como la Asociación Médica Dominicana, que aún no se ha repuesto totalmente del fracaso de su última huelga reivindicativa durante el régimen pasado. También los eventos nacionales con participación internacional que realizaba cada año dejaron de llevarse a efecto.

Durante esos años muchos psicólogos hubieron de abandonar su ejercicio profesional o ni siquiera intentaron seriamente incursionar en éste, derivando su actividad hacia los campos de la educación, la publicidad, la mercadotecnia, la industria, el comercio, el arte y hasta la política, con todos los sinsabores y frustración que estos procesos conllevan. Esas dispersiones, sin embargo, a la larga servirían para abrir nuevas áreas de trabajo a los psicólogos, cuya formación y diversidad de aplicaciones les permiten asimilar tales cambios, e incluso obtener puestos calificados con mayor facilidad que otros profesionales.

Pero es evidente que a partir del año de 1996 comienzan a soplar nuevos vientos en el país en el campo de los servicios sociales y de la psicología en particular. El nuevo gobierno, independientemente de los logros o desaciertos que pueda tener en otros renglones, ha traído significativos aumentos a los servidores de la salud y la educación pública, que también se han reflejado en el sector privado. Además, el cambio de guardia en el control del Estado y la propia debilidad del partido de gobierno en los ámbitos legislativo, judicial y municipal, ha inducido un espacio de concertación que resulta auspicioso para las expectativas de cambio positivo para la nación dominicana, todo lo cual ha generado una etapa de optimismo hacia el futuro de la psicología y las ciencias de la conducta en general, del que la celebración de este Congreso no deja de ser un reflejo.

El Futuro de la Psicología Dominicana

El momento histórico que vive actualmente la psicología, el país y el mundo, así como la cercanía del inicio del siglo XXI y el tercer milenio, que dicho sea de paso, aunque lo repitan los sectores populares y algunos intelectuales despistados, no se inicia en el año 2000 sino el primero de enero del 2001, nos invita a incursionar un poco en la futurología, por lo menos en lo referente a lo que cabe esperar y hacer por la psicología y por los psicólogos dominicanos.

Para sacar algunas conclusiones y recomendaciones que resulten útiles a los fines antes indicados, no tenemos otro camino que tratar brevemente acerca de lo que nos depara la evolución previsible de la Psicología como disciplina, del mercado de trabajo y de la sociedad dominicana en general.

Sin embargo, para evitar el riesgo y la tentación de extenderme excesivamente en ese fascinante tema, voy a resumir mis ideas al respecto en simples enumeraciones acerca de las mismas.

a) La Psicología en sí es cada vez más una disciplina de aplicación de sus datos a nuevos campos del quehacer social, diferentes de los tradicionales, tales como la política, la solución de conflictos, la economía, la gerencia, negocios, la publicidad, el derecho, el mejoramiento de la calidad de vida y la convivencia comunitaria.

b) La Psicología es cada vez más una disciplina al servicio de la investigación científica de los fenómenos sociales más diversos; y como tal debe integrarse más con las demás ciencias sociales para el estudio y solución de los complejos problemas de la sociedad contemporánea.



-
- c) La psicología hace cada vez más énfasis en el trabajo con grupos, en la prevención de los trastornos de la conducta y de los problemas sociales y en el respaldo emocional a los individuos y actores sociales que enfrentan problemas de adaptación y desarrollo; y menos en recursos psicométricos y terapéuticos específicos.
- d) La psicología está cada vez más apegada a los medios de investigación, y aplicación basadas en la informática con sus recursos estocásticos, sus soportes lógicos de tipo heurístico y sus sistemas expertos que le dan nuevas dimensiones al estudio del comportamiento humano, su control y la prevención de conductas indeseables.
- e) La sociedad dominicana, cada vez más urbana, internacionalizada en cuanto a su composición con extranjeros y emigrantes dominicanos de regreso de otras tierras, tiene necesidad creciente de profesionales de la conducta que puedan participar en la solución de los complejos problemas de la organización y la convivencia civilizadas en los niveles familiar, vecinal y corporativo.
- f) La psicología debe preocuparse de más en más de los peligros de la manipulación no ética de la voluntad y de la conducta humana, en virtud del uso indiscriminado de estrategias y técnicas de intervención capaces de controlarlas.
- g) El mercado laboral dominicano cada vez más complejo y diversificado, requerirá en los próximos años de profesionales de la conducta capaces de ayudar a resolver problemas de gerencia de negocios y de administración de servicios que pueden ser cubiertos por psicólogos entrenados para esos fines, ya que son y serán de más en más los profesionales con mayor formación metodológica para la investigación y la intervención social.
- h) Más que la organización de largos estudios de postgrado, el país requiere de un sistema de actualización y diversificación con cursos relativamente cortos de formación postprofesional, que adapten a distintos grupos al ejercicio de la psicología en el cambiante escenario del mercado de trabajo para los profesionales de la conducta humana.
- i) La acción gremial de los psicólogos dominicanos debe dirigirse en el futuro, no sólo hacia la dignificación profesional de los egresados de sus escuelas, sino a que se creen plazas para éstos en áreas sensibles de la vida económica y social del país, como en los complejos multifamiliares que construye el gobierno en los barrios humildes, dentro de centros de atención comunitaria, en todos los planteles pre-escolares y escolares, en los departamentos de personal de las industrias de zonas francas, en las entidades de servicios al público, en las escuelas de educación física y centros de entrenamiento de los deportes de alta competencia, en todos los centros clínicos y de reclusión del Estado y en los cuerpos armados de la nación.
- j) Las escuelas de psicología del país deben mantenerse en constante renovación, en sus planes de formación teórica y práctica; en el perfeccionamiento académico de su personal docente; y en el fomento de la investigación, para que tanto estos organismos como sus egresados cumplan con el papel que les corresponde en el desarrollo nacional.
- k) Finalmente, que se realicen eventos como éste y se mantengan intercambios internacionales permanentes, para que la calidad científica y técnica, el prestigio y el reconocimiento profesional de la psicología dominicana esté a la altura de los tiempos que se viven, casi al iniciarse el siglo veintiuno de la era cristiana.

Muchas gracias por su atención y paciencia.

**Casística del Surgimiento Paralelo de Una de las
Dos Escuelas Psicológicas: 1967-1997**

*Lic. José Reynaldo Cruz
Fundador del Depto. de Psicología de la UNPHU.*



Una noche del verano de 1967 recibí en el Colegio Loyola de la Feria una llamada de mi antiguo profesor del Colegio de Belén en La Habana, el Padre Mateo Andrés. Me dijo: "Joseíto, el profesor Malaquíás Gil tiene un proyecto para crear un Departamento de Psicología. Yo le hablé de ti y te quiere ver mañana en la UNPHU". Yo estaba sentado, esperando a Malaquíás, leyendo un libro de Teorías de la Personalidad, cuando llegó una jovencita, muy graciosa por cierto, y sin saludarme se puso a leer mi libro. Me dijo: "Tú esperas también a Malaquíás". Yo me asusté, pues entre los dos promediábamos 24 años, 22 ella, 26 yo. Y pensé: "pero este Malaquíás estará loco, o qué? A los diez minutos llegó una señora, distinguida, aunque muy natural, ya mayor de edad, ella tenía unos 28 años, Joy Hudson de Duarte. Cuando llegó Malaquíás las edades empezaron a promediar más responsablemente. Desde el primer momento nos entusiasmos. Fuimos a saludar al Rector, un hombre lleno de dinamismo y emprendedor. Ya desde aquella misma tarde el Rector nos llamaba "los muchachos psicólogos de Malaquíás". Se nos puso como Secretario a José Vicente Díaz, estudiante de término de Educación y un experto en psicometría. Con él se siguió mejorando el nivel de madurez y experiencia del Departamento.

El Departamento surgió con la urgencia de preparar a los primeros orientadores de los liceos. Nuestro Decano era el Secretario de la Secretaría de Estado de Educación. Malaquíás era Decano Interino. Malaquíás era un extraordinario conocedor del campo magisterial dominicano, empeñado en mejorar la calidad de la enseñanza en todo el país. Nuestro Departamento preparó a los seis primeros orientadores profesionales, a los que la Secretaría dio empleo en el País. De nuestro Departamento surgió el primer grupo organizado de servicios psicológicos a estudiantes de colegios y liceos: El Dr. Jorge Herrera, también de 22 años de edad, profesor, y yo, con cuatro estudiantes de término, formábamos dicho equipo. En aquel entonces, los miembros del Departamento nos sentíamos retados a abrir los primeros servicios, a luchar porque se ofreciera empleo a los más capacitados en el campo de la psicología y la orientación. Esa fue una gran virtud de Malaquíás: hacer que nuestros graduados de Técnicos en Psicología y Orientación obtuvieran empleos. La orientación era la mejor y la única alternativa.

El Departamento apoyó la creación de un libro de texto en Psicología para Bachillerato, escrito con tres estudiantes, los hoy licenciados Oscar Hungría, Enrique Fernández y Marcos Aurelio Juliao. También me pagó 4 horas diarias durante un semestre para que escribiera un texto en Orientación Psicológica. Esto les da a entender el compromiso contraído por la Universidad y el Departamento con el futuro no sólo de la psicología sino también de los psicólogos. Este interés por el servicio comunitario, por el trabajo en el campo, por la reforma de los programas vigentes de la niñez y de la juventud, ha sido característico de este departamento y del de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Los Estudiantes de Psicología de hace Treinta Años

Nuestro primer semestre tenía 15 estudiantes. El Director del Departamento iba a clases en motocicleta y varias veces derrotó en competencia en la Winston Churchill al Dr. Quique Pacheco, quien presumía de rápido en una Honda 90 que era un primor. Nos reuníamos en casa de los estudiantes, en restaurantes y en el Departamento. Estudiar psicología en aquel entonces era pertenecer a un grupo, conversar mucho con los otros compañeros y con los profesores, prestarse libros, hacer traducciones y compartirlas.

Era muy difícil conseguir libros en las librerías. Estas no los traían porque no tenían salida y costaban muy caro, para traer libros de texto teníamos que comprarlos antes de pedirlos.

Las prácticas de los estudiantes se comenzaron en la misma Universidad al iniciarse el primer Departamento de Orientación con servicios dirigidos a los estudiantes de la misma. Este Departamento comenzó bajo la dirección del Departamento Académico de Psicología y Orientación. Al abrir el Centro de Orientación Psicológico, dirigido a estudiantes no universitarios, las posibilidades de prácticas se incrementaron.

Durante el segundo año de la carrera se logró emplear al Dr. Rubén Farray, quien fue contratado a tiempo completo. No cabe la menor duda de que Rubén fue clave en la formación científica y humana de esa primera promoción de estudiantes de la UNPHU. Quiero resaltar el influjo que siempre tuvieron desde el inicio, la doctora Mariloly Álvarez, dominicana, como dos psiquiatras jóvenes, también dominicanos, en la formación tanto académica como psicológica de nuestros estudiantes.



Los dos primeros años fueron caracterizados por los encuentros científicos entre profesores, invitados y alumnos. En todas las reuniones de profesores se tocaban aspectos de carácter psicológico y humano de los estudiantes, dentro de un marco de respeto y corresponsabilidad. Creo que todos nos sentíamos unidos en una inmensa tarea, que siempre nos pareció mayor que lo que cada uno a solas podía emprender.

Para terminar, permítanme expresarles a todos mi agradecimiento por el honor que supone presidir este hermoso Congreso. Honrar, verdaderamente honra. Nuestros humildes comienzos han sido transformados por la inteligencia, el estudio y el entusiasmo académico y profesional de todos ustedes en un movimiento pujante, inseparable de los planes de desarrollo de nuestro país. No me queda más que desearles a todos QUE DIOS LOS BENDIGA y les premie su esfuerzo.

HISTORIA E INVESTIGACIÓN TRANSCULTURAL

La Construcción de la Historia de la Psicología en el Caribe Isleño

Dra. Ana Isabel Álvarez

Universidad de Puerto Rico

Introducción

Para hablar sobre la historia de la Psicología en el Caribe Isleño es necesario explicitar la postura asumida en torno a los siguientes asuntos: el contexto caribeño, la psicología como disciplina y la historia de la Psicología. Permítanme comenzar de esta forma.

El Caribe isleño está mayormente constituido por naciones recientemente independizadas y otras aún en estado de colonización por países desarrollados como Francia, Inglaterra, Holanda y los Estados Unidos de Norteamérica (Dietz, 1992).

Específicamente, este proceso histórico está fundamentado en arreglos políticoeconómicos que se han caracterizado para dichas naciones por la explotación, la pobreza, la dependencia, el subdesarrollo y restricciones sobre la capacidad de autodeterminar la utilización de sus recursos materiales y humanos actuales y futuros. La dependencia permea tanto los procesos políticos, económicos y sociales como los culturales (Zaiter, 1995). Por su ubicación geopolítica estos países han sido importantes en el balance de poder de las naciones desarrolladas durante siglos, desde



el Imperio Español hasta la Guerra Fría.

Esta situación les atribuye una centralidad en asuntos que trascienden su limitada esfera de influencia provocando que en ocasiones sean la ficha central en situaciones políticoeconómicas globales. También las naciones-islas del Caribe han sido escenarios de constantes emigraciones e influencias culturales múltiples lo que las convierte en escenarios de una rica convivencia lingüístico-cultural. Estas circunstancias se acrecientan con la globalización y la internacionalización de los procesos económicos y las tendencias neoliberales que dichos procesos implican (Dietz, 1992).

Aunque estos son algunos de los principales procesos históricos compartidos por las naciones del Caribe isleño, de ninguna manera deseamos describir una realidad homogenizante, ya que a su vez hay gran diversidad entre las islas y particularidades que han influido su desarrollo socio-cultural y por ende el de la psicología. Estas naciones han experimentado diversos niveles de desarrollo económico, político y social en diferentes épocas de acuerdo a la importancia que haya tenido cada isla para los países desarrollados o para la nación colonizadora. Estos procesos a su vez han influido el desarrollo de la educación superior en las islas que también ha impactado el desarrollo de la psicología (Álvarez, 1993-94; Phillips, 1988). Como parte de la guerra fría algunos países han estado directamente involucrados en gobiernos socialistas o variantes del mismo como son el caso de Cuba, Jamaica y Granada; mientras otros han recibido dosis más intensas del capitalismo desarrollado, como es el caso de Puerto Rico. Estas relaciones político-económicas con los Estados colonizadores y los países desarrollados no sólo han influido las relaciones con dichos países, sino también entre las naciones-islas del Caribe entre sí. De esta forma, durante diversos períodos unas islas serán las líderes tecnológica y económicamente y las otras se tornarán hacia ella y a la vez resentirán su posición privilegiada. Este fue el caso de Cuba durante la colonización española y luego durante los primeros años de neocolonización norteamericana, y en la actualidad es el caso de Puerto Rico como colonia norteamericana.

La psicología como ciencia particular se caracteriza por su diversidad, y en gran medida la misma es constitutiva (Rodríguez, 1995). Desde la perspectiva kuhniana no ha tenido un paradigma abarcador (Bolles, 1995) por lo que nunca ha alcanzado el estado de ciencia normal (Kuhn, 1970). Como bien señala el doctor Enerio Rodríguez (1995), o la psicología está en un período preparadigmático, o es una ciencia multiparadigmática o sin paradigma, o el constructo paradigma no es útil para describir la psicología como ciencia tal y como se ha definido. La diversidad en la psicología es tal que algunos, como Koch (1993), la definen como un conjunto, es decir, como estudios psicológicos. Otros plantean la deseabilidad y posibilidad de unificar la disciplina bajo el conductismo (Ardila, 1993) o el cognoscitvismo. Las propuestas unificadoras parecen forzadas o excluyentes más que integradoras. Es evidente que la psicología en la actualidad no tiene las cualidades necesarias para lograr la unidad teórico-metodológica que han caracterizado a otras ciencias. Más aún, posiblemente la psicología ha retado y ampliado la definición de lo que es ciencia con su mera existencia y desarrollo.

Sobre la historia de la psicología en América Latina podemos comentar que es un área de trabajo muy poco desarrollada. Hay un número considerable de trabajos sobre la historia de la disciplina en países particulares, pero pocos estudios que focalicen en la región latinoamericana (De la Torre, 1995; Ardila, 1989). En los escasos trabajos con esa visión he podido observar dos perspectivas: aquellos que conceptualizan la historia de la disciplina comenzando con las aportaciones de especialistas en psicología (Ardila, 1989) y los que estudian más bien la historia intelectual de la psicología incluyendo aquellos intelectuales que desde diversas disciplinas y profesiones estudiaron temas amplios como la identidad, la educación y la cultura (De la Torre, 1995). De más está decir que estas dos trayectorias también se observan en los trabajos sobre la historia de la psicología en otras regiones del mundo (Robinson, 1990; Hilgard, 1990). Es importante mencionar que los países del Caribe están ausentes o representados de forma muy limitada en la mayoría de los trabajos conocidos por esta autora.

Para propósitos de este trabajo hablaremos de la historia de la psicología en el Caribe hispanoparlante, anglófono y francófono. Tras la lectura de múltiples trabajos de psicólogos/as de esta región observé que había algunos patrones en el desarrollo de la psicología que a mi entender están relacionados con el/los país/es colonizador/es y desarrollados y la cultura de cada nación-isla. Esta categorización aunque hasta cierto grado artificial, nos facilitará intentar identificar algunos patrones comunes en el desarrollo de la psicología en la región. Sin embargo, es esencial tener en mente que en dichas categorías hay diferencias y particularidades grandes y significativas.



El Caribe Hispanoparlante

A continuación deseo plantear una hipótesis que nos ayude a entender y conocer la historia de la psicología en el Caribe hispanoparlante, específicamente República Dominicana, Cuba y Puerto Rico. La planteo como agenda de trabajo, ya que hay múltiples aspectos que necesitan ser investigados más minuciosamente y otros requieren que se inicien. Sin embargo, creo que la misma puede propiciar una reflexión más concertada (aunque sea para diferir de ella) que propicie una mejor comprensión de la historia de la psicología en estos países, incluyendo pero trascendiendo las consecuencias a nivel nacional.

Más aún, tal vez inicie un diálogo que facilite una mayor colaboración internacional entre los países que constituyen la región que enriquezca un desarrollo auto gestado de la psicología asumiendo un papel aún más protagónico en los proyectos nacionales.

La psicología en República Dominicana, Cuba y Puerto Rico ha pasado procesos similares de desarrollo aunque en esta historia han participado como interlocutores principales países con sistemas político-económicos muy distintos. También, aunque dichos procesos ocurren en períodos cronológicos distintos en cada una de estas tres naciones, la secuencia de los procesos es generalmente la misma. A mi entender, la psicología en dichos países comienza desarrollándose dentro de la filosofía, específicamente con el escolasticismo (De la Torre, 1995), durante la colonización española. Sin embargo, los pensadores de estos países que primero elaboraron trabajos de naturaleza psicológica, como José Agustín Caballero (1762- 1835), Varela (1788-1853) y Luz y Caballero (1800-1862) en Cuba (De la Torre, 1995; Bernal, 1985) proponían alternativas empiricistas y positivistas, ante las propuestas escolasticistas, hace mucho desaparecidas en el continente europeo. En ese momento histórico las mismas representaban el rompimiento con las formas tradicionales de entender al ser humano y muy particularmente los procesos de aprendizaje y educación. En el contexto social a nivel macro se libraban las luchas por la independencia.

Posteriormente, desde perspectivas epistemológicas diversas pero más contemporáneas, la psicología se desarrollará desde la actividad de otras disciplinas y profesiones como lo son: la sociología, la medicina, la educación y el derecho. Este proceso histórico ya ha sido descrito para otras regiones de América Latina (De la Torre, 1995; Ardila, 1989). Los trabajos de Varona (1844-1933) y Aguayo (1866-1942) en Cuba; Hostos (1839-1903) y los doctores en medicina Goenaga y Rodríguez Castro en Puerto Rico; y en República Dominicana el sociólogo José Ramón López (1866-1922) representan algunas de las aportaciones que nos legó este período. En este conjunto de trabajos se manifiesta una tensión fundamental entre aquellos identificados mayormente con las clases desposeídas (como los pobres y las mujeres) y aquellos identificados con los sectores económicamente privilegiados (De la Torre, 1995; Rodríguez, 1995). Política, económica, social y culturalmente las islas inician un proceso donde se va reduciendo progresivamente la hegemonía de España mientras simultáneamente va aumentando la de los Estados Unidos de Norteamérica (Dietz, 1992; Bernal, 1985). El desenlace de este proceso será distinto para cada una de ellas, creando así las condiciones para los desarrollos posteriores.

Este cambio en el foco de influencia política, económica, social y cultural resultará en el inicio o aumento de la modernización de forma particular en cada país, de acuerdo a la importancia que le atribuye los Estados Unidos de Norteamérica a cada uno. Esto significa, por ejemplo, que mientras en Cuba la industrialización y modernización comenzará primero, no será hasta que Estados Unidos pierda este ámbito de influencia que se le dará prioridad al desarrollo de Puerto Rico, asegurando un arreglo político que no viabilizara otra revolución. Por otro lado, República Dominicana experimentará dictaduras militares, opresión política y dependencia económica. La mayor importancia de la modernización e industrialización en las tres islas/naciones en el desarrollo de la psicología, es que la misma requerirá la democratización de la educación superior, de tal forma, que sea posible una mejor formación académica y una mayor especialización a tono con las necesidades del mercado laboral que implica dichos procesos. Esta necesidad ofrecerá las condiciones para el desarrollo de la educación superior y por ende de la psicología. Es decir, según se desarrollan las universidades del Estado y se prioriza el desarrollo del sistema público de educación, se producen las condiciones socio-culturales para que la psicología tenga un espacio y un papel en el desarrollo de los proyectos nacionales.

La relativa consolidación de este proceso de modernización, industrialización e influencia económico-política de los Estados Unidos dio pie al inicio de la psicología como disciplina particular. Este proceso se manifestó de forma, muy



diversa en cada isla. En Cuba, Bernal del Riesgo comenzó la enseñanza de la psicología, escribió diversos textos y desarrolló investigación psicológica desde comienzos de la década de los treinta. Sin embargo, la disciplina continuaba como parte de la Facultad de Filosofía de la Universidad de La Habana donde se mantuvo hasta después de la Revolución. Proliferó durante la década de los cuarenta la importación y desarrollo de la medición psicológica norteamericana. También se desarrollaron escuelas de psicología en universidades privadas como la de Villanueva y la Universidad Masónica José Martí (Bernal, 1985).

Ya para entonces en Cuba era evidente la tensión entre aquellos mayormente identificados con las clases en control de los bienes materiales y aquellos mayormente preocupados por los sectores más desposeídos. Estas diferencias ideológicas a su vez se entrelazaban con un intenso debate entre quienes favorecían el desarrollo de una psicología fundamentada y respondiendo al contexto cultural cubano y los que preferían trasplantar modelos y herramientas del contexto norteamericano. Más aún, la psicología tenía un énfasis mayormente aplicado y los escenarios donde se utilizaba más frecuentemente eran: la clínica (generalmente subordinada a la psiquiatría), la educación y el comercio (Bernal, 1985.)

En Puerto Rico con el establecimiento del sistema estatal de educación superior en 1903 se inicia la enseñanza de la psicología, primeramente en el contexto de departamentos de otras disciplinas, como derecho y educación. Para 1924 se establece un Departamento de Psicología como parte de la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico, dirigido por un académico norteamericano. A su vez se estableció en esa década el Centro de Investigación Educativa y Educación Internacional, también dirigido por quien dirigía el Departamento de Psicología. La gran mayoría de los esfuerzos intelectuales de las personas que constituían dicho departamento estaba focalizada en la traducción y desarrollo de pruebas. Rápidamente comenzaron a integrarse al departamento puertorriqueños con grados de maestría obtenidos en universidades norteamericanas, particularmente Teacher's College de la Universidad de Columbia (Álvarez, 1993-94).

Ya para la década del 40 todos los miembros de la Facultad eran puertorriqueños y había dos tendencias en su trabajo: un núcleo mayormente focalizado en la traducción y desarrollo de pruebas; mientras que otro grupo estaba mayormente interesado en el desarrollo de la educación a nivel nacional desde una perspectiva del desarrollo humano y el intercambio intelectual con colegas en Latinoamérica. Para entonces había un departamento de psicología ampliamente desarrollado con dos carriles curriculares: uno orientado a la psicología como disciplina científica y otro a la psicología aplicada. Además, el mismo contaba con cinco profesores/as a tiempo completo (Álvarez, 1993-1994).

Como vemos, la psicología en Puerto Rico tuvo un acelerado crecimiento. Se desarrolló durante las primeras tres décadas, inicialmente como herramienta útil para la educación con sus modalidades aplicadas, tanto en la práctica como la investigación. Sin embargo, se inició un interés en la disciplina por sí misma que se reflejó en el currículo universitario en una concentración de psicología científica. Se manifestaron dos énfasis en el trabajo académico de la facultad: un sector fundamentalmente volcado hacia los Estados Unidos y otro mirando más a Latinoamérica y al país mismo.

En la República Dominicana se comenzó a enseñar psicología en la década de los 40 en la Universidad de Santo Domingo en la Facultad de Filosofía. La disciplina era impartida por los doctores Mota e Iglesias, el primero psiquiatra y el último filósofo. En esa misma década Fernando Saínz (1945) publicó lo que Rodríguez (1995) considera la primera obra de carácter psicológico en el país. Utilizando una metodología anecdótica, Saínz intentó caracterizar la personalidad del dominicano. A pesar de las limitaciones metodológicas e ideológicas del trabajo, el autor demostró un amplio conocimiento filosófico y de la psicología europea. Tanto este trabajo como el de Enrique Patín (1950) no fueron respondidos por las personas calificadas en psicología en el país (Rodríguez, 1995).

Como podemos ver en la década de los cuarenta la psicología en República Dominicana todavía estaba en el ámbito de acción de académicos de otras disciplinas, particularmente la medicina y la filosofía. Tanto es así, que en 1953 cuando se celebró el Primer Congreso Interamericano de Psicología en el país, la decisión responde más bien a una conveniencia económica para la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) y la disponibilidad del Gobierno de la República, que al desarrollo de la disciplina.

Como resultado de esta situación los participantes del país en el evento (Mota, Avelino, Cordero, Mejía-Ricart, Pannochia Álvarez, Lockward y Sánchez) fueron académicos de otras disciplinas, fundamentalmente la filosofía y la



medicina; y sus aportaciones trataron sobre la aplicación de la psicología y problemas filosóficos y teóricos de la misma. Como resultado de esta situación, aunque el Congreso reveló mucho sobre la psicología en el hemisferio, "no tuvo ningún efecto desencadenante inmediato" (Rodríguez, 1995) en el desarrollo de la psicología en la República Dominicana. No será hasta 1967 cuando los primeros departamentos de psicología surgen, uno estatal y otro privado (Rodríguez, 1995; Pacheco, 1989).

Esto significa que no es hasta finales de la década de los 60s que se manifiesta en la República Dominicana el inicio de los programas académicos de psicología; proceso, que como señalara anteriormente, se inició en Cuba en los cincuenta y en Puerto Rico en los cuarenta. Por otro lado, las rivalidades entre programas de psicología del Estado y privados se observan en República Dominicana y Cuba desde el inicio de la enseñanza de la disciplina, mientras que en Puerto Rico surgirá a mediados de la década de los sesenta cuando comienzan dos programas graduados de psicología; uno estatal y otro privado.

De aquí en adelante, la psicología se expandirá en tres contextos bien diversos. En Cuba, en la Revolución (Bernal, 1985); en Puerto Rico bajo la colonización norteamericana y siguiendo un modelo norteamericano (Orino, 1995; Álvarez 1993-95; Roca, 1995); y en República Dominicana bajo un gobierno republicano caracterizado por marcadas diferencias socioeconómicas y con un modo de producción capitalista dependiente (Zaiter, 1995).

En Cuba se fundó la Facultad de Psicología en la Universidad de La Habana, desapareció la enseñanza y práctica psicológica en el sector privado y con ello la mayoría de los profesionales de mayor formación en la psicología. También implicó la participación colectiva y directa de los/as psicólogos/as en el proyecto nacional viabilizando, por las condiciones propias, aportaciones originales a la psicología, como la psicología de la salud (De la Torre, 1995; Bernal y Marín, 1985). Igualmente, los/as psicólogos/as cubanos, que ya habían estado expuestos a los modelos psicológicos norteamericanos, se adentran en los modelos materialistas-históricos soviéticos de la psicología. A su vez, en Cuba la disciplina continuó especializándose e incursionando en diversos contextos: el laboral, la salud física, las comunidades, el desarrollo humano, etc. Como era de esperarse todos estos procesos condujeron a un mayor desarrollo de la psicología en los contextos académicos y de investigación. Se desarrollan programas graduados, organizaciones científicas y profesionales, centros de investigación psicológica y revistas especializadas. Sin embargo, hasta los ochenta el empuje mayor fue hacia la psicología aplicada dada la importancia y esfuerzos que requería el proyecto nacional.

Puerto Rico al comienzo de la década de los cincuenta inició su propio proyecto nacional, el Estado Libre Asociado, aunque dirigido en otra dirección y con otra ideología. Sin embargo, el mismo también significó múltiples oportunidades de desarrollo para la psicología. En el ámbito académico, como resultado de la reforma universitaria de 1945, se estableció la Facultad de Ciencias Sociales y la psicología como disciplina fue reubicada en dicha Facultad (Álvarez, 1993-94). Aunque a corto plazo este cambio resultó en un atraso para la disciplina, ya que desapareció como departamento y también desapareció el centro de investigación, a la larga se vuelve a desarrollar un departamento con una orientación más clínica. En 1966 se estableció un programa graduado en psicología general en la universidad del Estado. También surgió una escuela graduada privada de psicología iniciándose así la tensión que ya habían experimentado Cuba y República Dominicana entre la psicología académica estatal y privada.

Los/as psicólogos/as puertorriqueños/as participaron en el proyecto nacional en diversos espacios: en la implantación de la Ley de Personal del Gobierno de Puerto Rico como psicólogos industriales y psicómetras (Cirino, 1995), en la salud mental, en diversos contextos que trabajan con la criminalidad (Álvarez, 1993-94) y la delincuencia, el comercio y la educación (Álvarez, 1993-94; Roca, 1995), entre otros. Frecuentemente, el éxito de los/as puertorriqueños/as fue tal que organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, la Organización de Estados Americanos y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con la colaboración de puertorriqueños/as, intentaron establecer cambios similares en otros países latinoamericanos. En ese sentido, el trabajo psicológico en Puerto Rico se convirtió en una herramienta para el panamericanismo norteamericano de la época. Estos procesos iniciaron otros que para la década de los 80 y 90 tendrán relevancia crucial para el desarrollo de la disciplina en el país. Según la actividad profesional e intelectual se fue comprometiendo con el proyecto nacional, posteriormente se hiperbolizan las implicaciones de este proceso de tal forma que entre los 80 y los 90 cualquier trabajo y postura intelectual se "convierte" en instrumento del Estado, promoviendo la paralización intelectual y la marginación de los sectores académicos de la política pública.

Como ha señalado Cirino (1995) este es un período de gran expansión del trabajo psicológico, una acelerada



especialización, la proliferación de programas graduados de psicología, el desarrollo de organizaciones científico-profesionales y el establecimiento de revistas especializadas.

En la República Dominicana la disciplina se desarrolló aceleradamente una vez establecidos los dos primeros departamentos de Psicología; de tal manera que para el 1984 había 8 programas de licenciatura y 4 de maestrías con diversas especializaciones (Rodríguez, 1995). En 1975 se estableció la organización orientada a agrupar a los/as psicólogos/as del país.

Aunque surgieron otras organizaciones, las mismas o desaparecieron o eran especializadas (Pacheco, 1989). Igualmente, la disciplina se especializó evidenciándose el trabajo psicológico en contextos diversos como las escuelas (Benedicto, 1995), las comunidades (Zaiter, 1995), el contexto laboral y el comercio (Rodríguez, 1995), la salud física y mental, entre otros. Es interesante notar que los atisbos de núcleos multidisciplinarios de investigación psicosocial comienzan a evidenciarse en el INTEC, una universidad privada, mientras según Rodríguez (1995) en la universidad del Estado (UASD) las condiciones materiales son tales que no permiten crear las condiciones institucionales necesarias para la investigación.

Para la década de los ochenta sectores entre los/as psicólogos/as cubanos, dominicanos y puertorriqueños darán indicios claros de haber logrado una experiencia y madurez reflexiva que inicia, a mi entender, un cambio cualitativo en la disciplina. Por condiciones diversas y originadas en contextos diferentes (como la caída del bloque socialista, el desarrollo del construccionismo y una visión crítica del quehacer psicológico, la crisis del Estado benefactor, la globalización y la privatización de los servicios sociales fundamentales) ocurren cambios sociales a nivel macro que influyen y estimulan una reflexión profunda en diferentes grupos de psicólogos/as en las tres islas. Esa reflexión, iniciada por figuras como Rodríguez, Zaiter, Valeirón y Benedicto en República Dominicana; De la Torre, González Rey y Arias en Cuba; y SerranoGarcía, Muñoz, Ortiz, Bernal, Rodríguez Arocho y Álvarez en Puerto Rico; se caracteriza por la crítica constructiva de nuestro propio quehacer, la confrontación con los errores cometidos anteriormente y que se puedan estar cometiendo en la actualidad, una conciencia de los límites del quehacer psicológico como herramienta de cambio social, del papel que nuestras actividades tienen en el desarrollo de la disciplina y el desarrollo social y de la necesidad de insertarse en otros escenarios para lograr una sociedad más justa, equitativa y participativa. A su vez, los retos confrontados son grandes y presentes en las tres islas/naciones: las brechas y tensiones entre lo teórico y lo práctico en la formación académica de los/as psicólogos; los estudios a tiempo completo vs. a tiempo parcial; la tensión entre las limitaciones materiales, institucionales y psicológicas para la investigación y la necesidad de transformarnos en productores de conocimiento; la necesidad de fomentar y salvaguardar la calidad tanto en la docencia universitaria como la práctica profesional frente a las limitaciones económicas, humanas y las grandes necesidades sociales; la deseabilidad de conocer los adelantos del saber psicológico de los países desarrollados, a la vez que necesitamos desarrollar nuestras propias respuestas a los problemas que confrontamos. Obviamente, esta no es una lista exhaustiva de los retos que confrontamos, sólo algunos de los que más me preocupan a mí. A mi entender, esta es la posición histórica en la que nos encontramos.

Ya hay indicios de esfuerzos por dar respuestas a algunos de estos debates y problemas. En Cuba y Puerto Rico ya hay centros de práctica institucionalizados como parte de los programas curriculares de psicología. En República Dominicana, la UASD se encuentra en pleno proceso de evaluar la implantación de un modelo similar para la integración teórico-práctica. También, ya en Cuba y Puerto Rico existen diversos centros de investigación enfrascados en la investigación psicológica. En los pasados 15 años se han publicado trabajos en los tres países que presentan propuestas originales importantes para la psicología en la región, en la psicología de la salud, comunitaria, clínica, desarrollo de la personalidad, desarrollo cognoscitivo, historia de la psicología, medición psicológica y otros. Muchos hemos cobrado conciencia de la forma en que se han reproducido modelos psicológicos extranjeros (soviéticos, europeos y norteamericanos) en el pasado y, manteniéndose al día en los desarrollos más recientes de la disciplina, los sometemos a cuestionamiento y prueba, frecuentemente encontrando patrones diferentes en nuestras poblaciones.

El Caribe Anglófono

Cuando nos referimos al Caribe anglófono hablamos de las islas colonizadas por Gran Bretaña y las Islas Vírgenes Norteamericanas. Estos dos componentes tienen desarrollos muy distintos de la psicología. Comencemos con los que se



conocen como el "British Commonwealth Caribbean" haciendo énfasis en Jamaica.

Este conjunto llamado "British Commonwealth Caribbean" está constituido por 16 islas que estuvieron o están bajo dominio británico (Salter, 1995). En las mismas hay diferentes grupos culturales, raciales y religiosos (católicos, protestantes, musulmanes, budistas, hindúes, etc.). Igual que en el Caribe hispanoparlante, estas islas/naciones han sufrido la esclavitud, colonización y el capitalismo dependiente. En la actualidad su organización social está basada en la estratificación social por clase, raza y etnia.

La educación superior en estos países está estrechamente vinculada con el proceso de descolonización que surge después de la Segunda Guerra Mundial (Phillips, 1988). El Imperio Británico no había prestado atención alguna al desarrollo de la educación pública en estos territorios y como resultado de protestas y el Informe de la Comisión Moyne, el gobierno británico estableció la Comisión de Educación Superior en las colonias en 1943. En 1948 comenzó a ofrecer cursos el Colegio Universitario de las Indias Occidentales. Como demuestra la Conferencia de la Bahía de Montego, este período se caracterizó por el nacionalismo y la descolonización en la región culminando en el 1958 con el establecimiento de la Federación de las Indias Occidentales. Para 1962 los territorios empiezan a independizarse y el Colegio Universitario de las Indias Occidentales se transforma en la Universidad de las Indias Occidentales, ahora autónoma.

Sin embargo, hasta la actualidad, nunca se ha establecido un departamento de psicología en ninguno de los recintos de dicha universidad (Mona, Jamaica; San Agustín, Trinidad; Cave Hill, Barbados) ni tampoco en la Universidad de Guyana o la Universidad Tecnológica de Jamaica (Salter, 1995). Aunque se impartían cursos de psicología, en las Facultades de Artes Liberales, Medicina y Ciencias Sociales no se ofrece un Bachillerato o Licenciatura en Psicología hasta 1994 cuando se aprobó una concentración en psicología como parte de los ofrecimientos académicos del Departamento de Sociología en el recinto de Jamaica. Frecuentemente las personas que enseñan psicología no han sido formados en la disciplina (Salter, 1995).

Además, los/as psicólogos/as que se desempeñan en contextos académicos están ubicados en medicina, educación, ciencias sociales, consejería y administración de empresas y negocios. También hay psicólogos en la práctica privada pero son muy pocos. Aunque Jamaica tiene 2.7 millones de habitantes, la Sociedad de Jamaica de Psicología incluye en su directorio a 11 psicólogos con estudios graduados en la disciplina.

Paradójicamente, estas naciones cuentan con una cantidad sustancial de investigación psicológica, particularmente en psicología social, diseminada regionalmente. Salter (1995) informa que en un sondeo de las tres revistas científicas de la Universidad de las Indias Occidentales; *The Caribbean Journal of Education*, *Caribbean Quarterly* y *Social and Economic Studies*; desde 1960 señala que de 250 trabajos clasificados como de psicología, 150 eran de psicología social, 40 en educativa, 20 en educativa/social, 20 en religión/social y 20 en clínica/personalidad. Además, en la revista *Medical Bibliography of the Caribbean* hay 80 artículos de psicología en las áreas de: desarrollo humano, social, psicología anormal/clínica y espiritualidad. También en la actualidad se lleva a cabo investigación psicológica en el campo de la medicina con pacientes con SIDA, problemas metabólicos y anemia; en psicología educativa y medición de la inteligencia, problemas de aprendizaje; y en el estudio de los géneros (Salter, 1995).

En resumen, podemos decir que el desarrollo de la psicología en el British Commonwealth Caribbean también está relacionado con los procesos de colonización y explotación así como de modernización, industrialización y los proyectos nacionales. Su desarrollo es aún más reciente y limitado que en el Caribe hispanoparlante. A tono con el escaso desarrollo de la disciplina, también hay mucho menos psicólogos/as que en Cuba, República Dominicana y Puerto Rico. Paradójicamente, hay un centro de investigación psicológica en la Universidad de las Indias Occidentales en el recinto de San Agustín, Trinidad y un cuerpo de investigación psicossocial mayor que lo que se podría esperar del desarrollo de la disciplina en dichas naciones/islas. Este asunto merece mayor estudio y explicación.

Las Islas Vírgenes Norteamericanas, constituidas por San Tomás, Santa Cruz y San Juan, son territorios de los Estados Unidos de Norteamérica y cuentan con una población de aproximadamente 100,000 habitantes. En este contexto el desarrollo de la psicología estuvo mucho más vinculado a la salud mental que a la educación superior, ya que no es hasta 1963 que se establece el Colegio de las Islas Vírgenes (Rhymer Todman, 1995). Nuevamente, la utilización y desarrollo de la psicología está influida por la modernización en relación al país colonizador. El escenario central será la



Oficina de Salud Mental del Departamento de Salud de las Islas Vírgenes. Cuando se estableció en los Estados Unidos de Norteamérica la Ley Nacional de Salud Mental en 1946, en las islas se inició el programa de salud mental en 1949, incluyendo a la primera psicóloga del territorio (Schulterbrandt). Aunque el programa fue diseñado inicialmente para la intervención clínica terciaria, gracias a la formación de la psicóloga Schulterbrandt, que lo dirigió, tomó un carácter cada vez más preventivo y comunitario. Puerto Rico, como territorio más desarrollado de los Estados Unidos, colaboró directamente durante la década de los 50 con este programa de salud mental, el desarrollo de la Primera Conferencia Caribeña de Salud Mental en 1953 y el establecimiento de la Federación Caribeña de Salud Mental en 1959. Este programa, liderado por Schulterbrandt, fue el motor para el desarrollo de investigación psicosocial en diversas áreas como desarrollo humano, patrones de crianza y desarrollo de personalidad entre otros; así como el establecimiento del Hospital Psiquiátrico de las Islas Vírgenes (1961), centros de salud mental y diagnóstico (1965-66), la Asociación Psicológica de las Islas Vírgenes (1966), el Colegio de las Islas Vírgenes (1963) y el Instituto Caribeño de Alcoholismo (1974).

Para 1990 las Islas Vírgenes Norteamericanas era el único territorio de ese país sin reglamentación de la práctica psicológica. Ese año, tras organizarse la Asociación de Psicólogos de las Islas Vírgenes, un grupo de colegas se dieron a la tarea de cabildear la legislatura para aprobar un proyecto de ley que reglamentara la práctica psicológica (Bernard, 1995). En diciembre de 1994 lograron la aprobación de la Ley 20-0433 para licenciar psicólogos/as y reglamentar la práctica de la disciplina.

En resumen, podemos decir que en las Islas Vírgenes Norteamericanas también el desarrollo de la psicología está influida por el estado colonial y de dependencia de dichos territorios, así como por el proceso de modernización de estas islas en esa relación políticoeconómica. En términos generales, la disciplina se ha desarrollado menos en el Caribe anglófono que en el hispanoparlante. Queda por investigar y precisar más claramente los procesos que median dichas diferencias en el desarrollo de la psicología.

El Caribe Francófono

Por último, en el Caribe francófono, particularmente Haití de acuerdo a Ardila (1989) se estableció una Licenciatura en Psicología en la Universidad de Haití en 1974. Aunque hay algunos psicólogos/as en el país, en el sistema de educación superior no hay programas académicos de psicología en funcionamiento hoy día de acuerdo a la información disponible. Más aún, dada la historia de Haití y la crítica situación económica, política y social que ha sufrido este país, es comprensible que existan problemas mucho más prioritarios que el desarrollo de dichos programas. También un examen de la literatura especializada sobre psicología y la historia de la disciplina en América Latina no arroja ninguna información que cuestione lo antes señalado. Más aún, no ha habido participación de psicólogos/as haitianos/as en las organizaciones internacionales regionales que agrupan a los/as psicólogos. Por estas razones planteamos la hipótesis que el desarrollo de la disciplina es aún más escaso y limitado en el Caribe francófono. Esta es un área que amerita mucho más estudio.

Conclusiones

Hace diez años Moghaddam (1987) señaló que la psicología en y para los países en vías de desarrollo se ha hecho más importante según hemos adquirido consciencia del papel que desempeña y puede tener la disciplina y de la importancia del desarrollo de nuestros países. La relación entre el desarrollo de nuestros países y el desarrollo de la psicología es compleja. Mientras que el nivel de desarrollo nacional influye, y algunos dicen que delimita la producción de conocimiento, el desarrollo de conocimientos a su vez es esencial para el desarrollo económico, político, social y cultural autodirigido y autónomo. Más aún, la producción de conocimiento está íntimamente vinculada con el poder para autogestar el futuro e influir en otros países.

Creo que podemos coincidir, sin caer en una autoimagen colonizada, que las islas/naciones del Caribe isleño son países pequeños, algunos altamente poblados, otros con recursos naturales limitados o escasos, que tienen un legado histórico de esclavitud, colonización, explotación y dependencia. De hecho, algunos aún se encuentran en ese estado o



algún grado del mismo.

Los países desarrollados tienen los recursos materiales, humanos, científicos y tecnológicos para influir en otros países, económica, política, social y culturalmente. Nosotros, como psicólogos/as del Caribe isleño, en términos generales, fundamentalmente miramos hacia los colegas de estos países desarrollados como fuente de conocimiento y dirección en nuestra disciplina. No creo posible que ninguna de nuestras islas, dadas las condiciones actuales, pueda llegar a ser un líder importante en el desarrollo de la disciplina de tal forma que logre ser un agente influyente a nivel internacional. Sin embargo, si comenzáramos a mirarnos unos a otros como nuestros principales colaboradores, tal vez podríamos: 1) desarrollar una psicología desde y para nuestros países, 2) adelantar en la producción de conocimiento con propuestas originales para lidiar con los procesos y problemas psicosociales de la región y 3) alcanzar mayor influencia en la disciplina a nivel internacional.

La propuesta no es el aislacionismo intelectual. De hecho, debemos continuar manteniéndonos al día con los adelantos más recientes de la disciplina. Sin embargo, ganaríamos mucho si las islas caribeñas se convierten en nuestro principal interlocutor en el desarrollo de la psicología. Esta estrategia se hace aún más importante con la globalización económica que incursiona en la globalización de la práctica profesional y por ende, a la larga, en transformaciones fundamentales en la formación de los/as psicólogos. La idea no es resistir el cambio, esa sería una batalla perdida desde su inicio. El objetivo es tomar consciencia de estos procesos y apropiarnos de ellos para desarrollar la capacidad de dirigirlos.

Las consecuencias de continuar mirando hacia los países desarrollados como fuente de respuesta para nuestros problemas psicosociales e ignorar el trabajo que llevan a cabo nuestros colegas caribeños, sólo continuará fomentando la dependencia intelectual que ha estado manifiesta en la historia de la disciplina y la fragmentación de nuestros países.

¿Cómo iniciar una trayectoria donde el principal interlocutor sean nuestros vecinos caribeños? Las y los psicólogos debemos crear instancias de interacción y trabajo conjunto que facilite el desarrollo de confianza entre nosotros, de tal forma que al cultivar nuestras relaciones profesionales logremos crear las condiciones psicosociales entre nosotros necesarias para iniciar proyectos colaborativos multinacionales mayores. Debemos fomentar una cultura participativa fundamentada en el trabajo en equipos colaborativos, la auto-evaluación y la crítica constructiva. Debemos olvidar los personalismos y las ansias de descollar individualmente. Es deseable que pensemos que los procesos y problemas psicosociales que confrontamos son complejos, multivariados y multidimensionales. A tono con esta visión, debemos trabajar, en la práctica y la investigación, en forma trans y multidisciplinaria. Por último, debemos movernos a desarrollar proyectos académicos, de intervención e investigación transnacionales. Esta estrategia nos puede permitir maximizar nuestros recursos materiales y humanos; optimizar la utilidad de nuestra experiencia; estimular, alentar y apoyarnos mutuamente en los momentos difíciles que pueda confrontar la disciplina en diversos momentos históricos; fortalecer nuestros programas académicos en psicología y desarrollar conocimientos psicológicos desde y para nuestras poblaciones.

Hay muchos obstáculos para desarrollar esta agenda: la desconfianza, las luchas de poder, la incertidumbre, las limitaciones materiales, las diferencias lingüísticas y culturales, las brechas en desarrollo cultural, nuestros prejuicios, etc. Lo importante es que al unimos para desarrollar una agenda de trabajo colaborativo en psicología entre las islas/naciones del Caribe isleño no intentemos homogeneizar la diversidad que nos caracteriza, sino que trabajemos concertadamente para potenciarla.

Dimensiones Culturales y Comportamiento, Etnopsicología y Psicología Transcultural de Cara al Siglo XXI

Dr. Rogelio Díaz-Guerrero

Investigador Emérito y Decano de la Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En 1938, Samuel Ramos (1938), un filósofo mexicano, inició su libro "El Perfil del Hombre y la Cultura en



México", con la concepción que los humanistas tienen de la cultura: las características de una sociedad que resultan de la productividad de su gente en las artes, las letras, las buenas maneras y en la erudición. Casi inmediatamente después declara que ese tipo de cultura, en el México moderno, es fundamentalmente imitativa de la europea, y, en forma limitada, de la cultura norteamericana. Luego viene la sorpresa, hace hincapié, que para poder precisar los aspectos originales de la cultura mexicana, es necesario determinar, primero, la estructura mental de los mexicanos.

¡Qué les parece! Los antropólogos culturales no necesitan preocuparse acerca de las 164 definiciones analizadas por Kroeber & Kluckhohn (1952), los psicólogos transculturales no necesitan definir su constructo medular, simplemente determinen las características psicológicas de una población y se conocerá su cultura, la humanística, la antropológica y la transcultural. ¿Psicologismo en un filósofo? Cuando menos una manera original de cómo alcanzar una comprensión global del controvertido concepto.

Samuel Ramos prosigue, encuentra que la teoría adleriana es la que mejor encaja en su propósito de entender la mente de los mexicanos y puesto que "al nacer México, se encontró en el mundo civilizado en la misma relación del niño frente a sus mayores" (Ramos, 1938, p. 73), los mexicanos y la cultura mexicana, desarrollaron un complejo de inferioridad. El argumento completo, de cómo este complejo de inferioridad se muestra en la variada conducta de los mexicanos y la cultura mexicana resultante, es demasiado extenso y culto para resumirlo aquí.

Yo fui alumno de Ramos, pero también de varios y distinguidos psicólogos: mexicanos, de refugiados españoles y en los Estados Unidos de Lewin, Spence, Sears, el filósofo Bergman y el semantista Wendel Johnson. Pero también me fascinó el pensamiento y las ilustraciones de los primeros antropólogos culturales: Frazer, Boas, Sapir, Linton, Benedict, Mead. Finalmente resulté ser el séptimo miembro de trece embarazos en una familia muy mexicana de la clase media baja.

Así, cuando llegó mi turno de pensar y de investigar acerca de la Psicología de los mexicanos mi experiencia familiar, llena de proverbios, máximas y dichos, inclinó la balanza a favor de lo que fue definido como una sociocultura, engastada en la historia, como el antecedente fundamental para entender la psicología de los mexicanos. Se dijo: "Vamos a percibir a una sociocultura como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de la interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién, y cómo desempeñados. Todo esto es válido para la interacción dentro de la familia, la familia colateral, los grupos, la sociedad, las superestructuras institucionales, educacionales, religiosas, gubernativas y, para tales problemas, como los *desiderata* principales de la vida, la manera de encararla, la forma de percibir a la humanidad, los problemas de la sexualidad, la masculinidad y la feminidad, la economía, la muerte, etc." (Díaz-Guerrero, 1967, p. 81).

Las Premisas Socioculturales (PSCs)

Originalmente una PSC fue definida conceptualmente como una afirmación, simple o compleja, pero una afirmación que parece proveer las bases para la lógica específica del grupo. Más tarde fue definida operacionalmente como una afirmación sostenida por una mayoría de las personas de una cultura dada o por una minoría psicológicamente significativa. Dos tipos de PSCs fueron distinguidas: las prescriptivas, particularmente válidas para las interacciones dentro de la familia (Díaz-Guerrero, 1955), y las PSCs que sustentan el estilo mexicano de enfrentamiento de problemas (Díaz-Guerrero, 1967a, 1967b). Discutamos primero las prescriptivas.

En varios estudios las PSCs que se muestran en la Tabla 1, como un ejemplo, fueron sostenidas por 70 a 90% de sujetos heterogéneos en diferentes partes de la República.

TABLA 1
Ejemplos de PHSCs

Un hijo debe siempre obedecer a sus padres
Los hombres deben llevar los pantalones en la familia



Las mujeres deben de ser protegidas
El lugar de la mujer es el hogar
Uno debe ser siempre leal a su familia
La mujer debe ser virgen hasta que se case
Nunca se debe dudar de la palabra de una madre
La mayoría de los hombres gustan de la mujer dócil

Para 1972 (Díaz-Guerrero, 1972), las 23 PSCs, de 123 originales, que habían mostrado el mayor número de diferencias significativas por género, hábitat y paso del tiempo, en estudios previos, fueron sometidas a un análisis factorial de eje principal. Este análisis y su rotación hacia la estructura más simple, proveyeron un solo factor con 61 % de la varianza. La Tabla 2 muestra las aparentemente heterogéneas premisas históricas socioculturales (PHSCs) que pesaron en el factor.

TABLA 2
Ejemplos de PHSCs que pesaron en el factor único

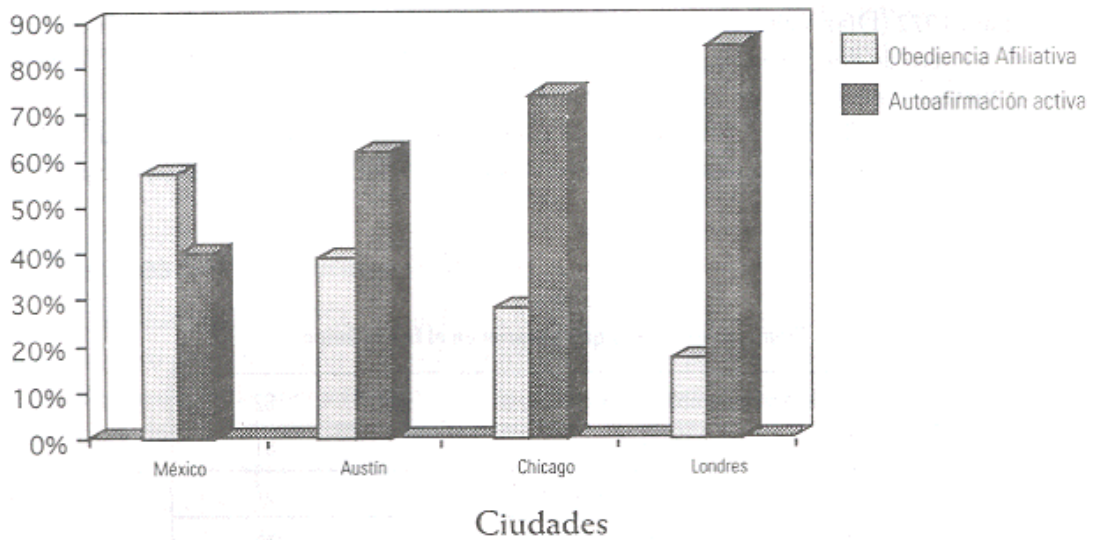
Un hijo debe siempre obedecer a sus padres	.82
El lugar de la mujer es el hogar	.61
Los hombres deben llevar los pantalones en la familia	.57
Para mí la madre es el ser más querido que existe	.55
El padre debe siempre ser el amo en el hogar	.53
Las mujeres deben de ser dóciles	.51
La mayoría de las niñas preferirían ser como sus madres	.51

Teniendo a la mano una muy significativa, para los mexicanos, escala factorial de PHSCs, un buen número de estudios se llevaron a cabo bajo la presuposición de que, si en verdad estas creencias normativas explicaban el comportamiento en los mexicanos, deberían correlacionar significativa y característicamente a variables psicológicas, sociales, económicas y aún políticas en México. Esto se ha mostrado repetidamente (v.g. Díaz-Guerrero, 1977a, 1993; Almeida, Díaz-Guerrero y Sánchez, 1980; Díaz-Guerrero y Castillo Vales, 1981; Reyes-Lagunes, 1982; Pérez-Lagunas, 1990; Solís-Cámara, Gutiérrez-Turrubiates y Lynn, 1994). Se propuso adicionalmente, que la dirección del crecimiento para el individuo y del desarrollo para la sociedad podría ser determinada por el grado de rebelión a estos verdaderos dogmas de la cultura tradicional. Este presupuesto se reforzó por un temprano hallazgo transcultural. Holtzman et al (Holtzman, Díaz-Guerrero y Swartz, 1975, tablas 13-1 y 13-2, p. 332), reportan una fuerte caída, casi lineal, en calificaciones de obediencia afiliativa, en muestras comparables de muchachos de 14 años de edad, en México, Austin, Chicago y Londres (Fig. 1). Y ese resultado muestra una correlación perfecta con incidentes históricos, críticos en el derrocamiento de la autoridad absoluta, religiosa o estatal en cada cultura.



FIGURA 1

Diferencias entre Obediencia Afiliativa y Autoafirmación Activa, en varones de 14 años, de cuatro ciudades*



*Modificado de Holtzman, et al, 1975.

Descubrimientos congruentes en varios estudios involucrando variables del desarrollo: estimación del tiempo, año escolar, manchas de tinta de Holtzman (HIT), figuras escondidas de Witkin, etc. (v. g. Díaz-Guerrero, 1979a, 1980, 1989; Díaz-Guerrero y Castillo Vales, 1981), condujeron a estipular una dialéctica cultura-contracultura. Tanto el desarrollo de la personalidad como la evolución de los sistemas sociales resultarían de una dialéctica perenne entre la información provista por la cultura y la derivada de las necesidades biopsíquicas de los individuos en el contexto de la información prevalente durante el crecimiento en los ecosistemas socioculturales dados (Díaz-Guerrero, 1997b, 1979).



TABLA 3

Correlación entre las medidas refinadas¹ de la Filosofía de Vida y las premisas Histórico-socioculturales (PHSCs) prescriptivas y medidas ecosistémicas, educacionales, socioeconómicas, culturales y psicológicas de madres mexicanas y México-norteamericanas (N=120)².

VARIABLES		Confrontación pasiva		PHSCs (Escala Tradicional)	
ECOSISTÉMICAS	Ciudad	-0.48	p<0.001	-0.26	p<0.01
	Lugar de nacimiento	-0.63	p<0.001	-0.31	p<0.001
EDUCACIONALES	Educación de la madre	-0.57	p<0.001	-0.51	p<0.001
	Educación del padre	-0.43	p<0.001	-0.34	p<0.001
SOCIOECONÓMICAS	Nivel Socioeconómico	-0.38	p<0.001	-0.40	p<0.001
	Número de cuartos	-0.45	p<0.001	-0.25	p<0.01
	Apiñamiento	0.43	p<0.001	0.15	
	Electrodomésticos	-0.35	p<0.001	-0.27	p<0.01
CULTURALES	Asistencia a la iglesia	-0.16		0.19	p<0.05
	Grey sostén cultural	0.27	p<0.01	0.21	p<0.05
	Grey sostén personal	0.11		0.23	p<0.01
PSICOLÓGICAS	HIT Tiempo de reacción	0.24	p<0.01	0.25	p<0.01
	HIT Rechazo	0.28	p<0.01	0.27	p<0.01
	HIT Color	-0.29	p<0.001	-0.23	p<0.01
	HIT Movimiento	-0.31	p<0.001	-0.31	p<0.001
	HIT Humano	-0.19	p<0.05	-0.10	
	HIT Barrera	-0.06		-0.23	p<0.01
	EPA Familia ³	-0.25	p<0.01	-0.32	p<0.001
	EPA Yo	-0.24	p<0.01	-0.32	p<0.001
	EPA Hijo	-0.33	p<0.001	-0.44	p<0.001
	Calidad de vida	-0.27	p<0.01	-0.31	p<0.001

1. Dimensiones de PHSCs psicométricamente ajustadas para estudios combinados de mexicanos y México-norteamericanos.
2. 60 madres mexicanas de Monterrey, México y 60 madres México-Norteamericanas de San Antonio, Texas, representando las Clases baja-alta y la media-baja de tipo urbano.
3. EPA=Evaluación, Potencia y Actividad, con el Diferencial Semántico.

Como un ejemplo, observemos la Tabla 3 modificada de Díaz-Guerrero (1989). En este caso vemos las correlaciones tanto de una escala tradicional de PSCs como de una escala de PHSCs de estilo pasivo de enfrentamiento en una muestra compuesta de 60 madres mexicanas en Monterrey, México y 60 madres México-Norteamericanas en San Antonio, Texas. Como era de esperarse, las madres México-norteamericanas son menos tradicionales y más activas. Esto es incrementado hasta 63 cuando el lugar de nacimiento en México o en los Estados Unidos es considerado, entre mayor educación de la madre y del padre, menor es el tradicionalismo y la pasividad, y la misma tendencia está presente para el nivel socioeconómico, el número de cuartos en la casa, el número de individuos por cuarto, la posesión de aparatos

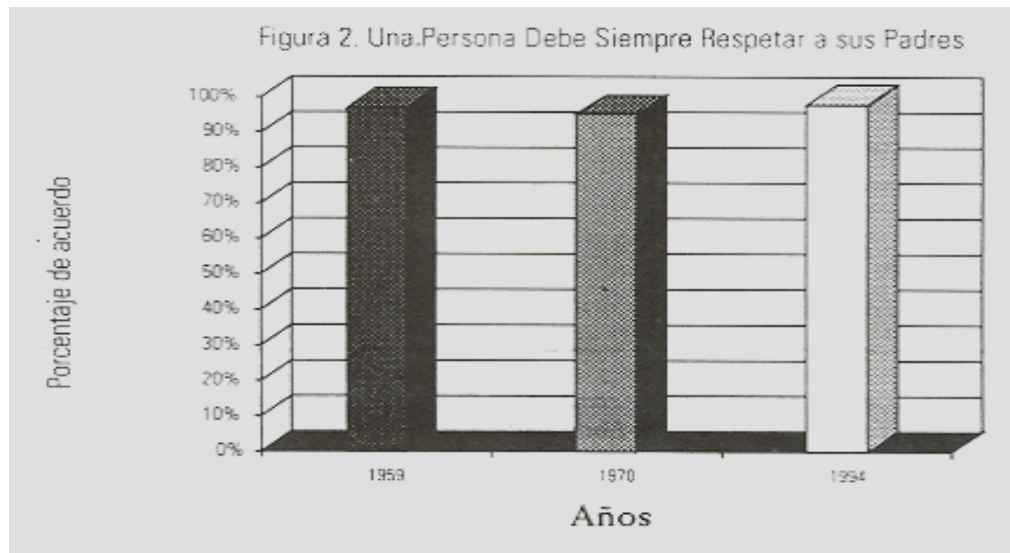


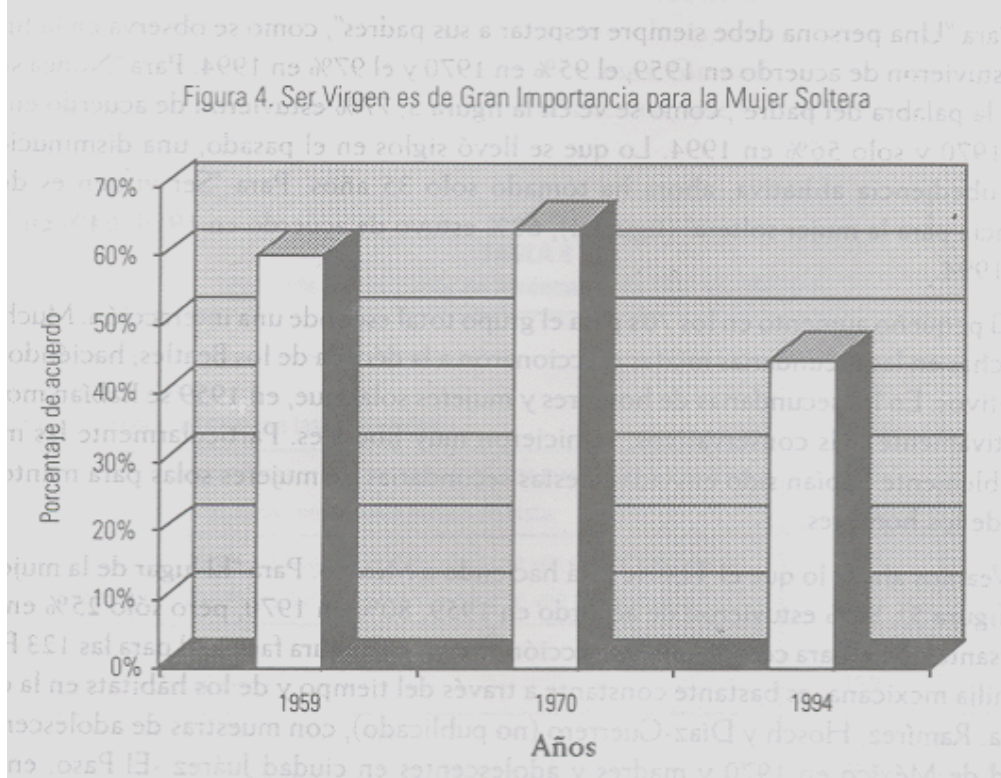
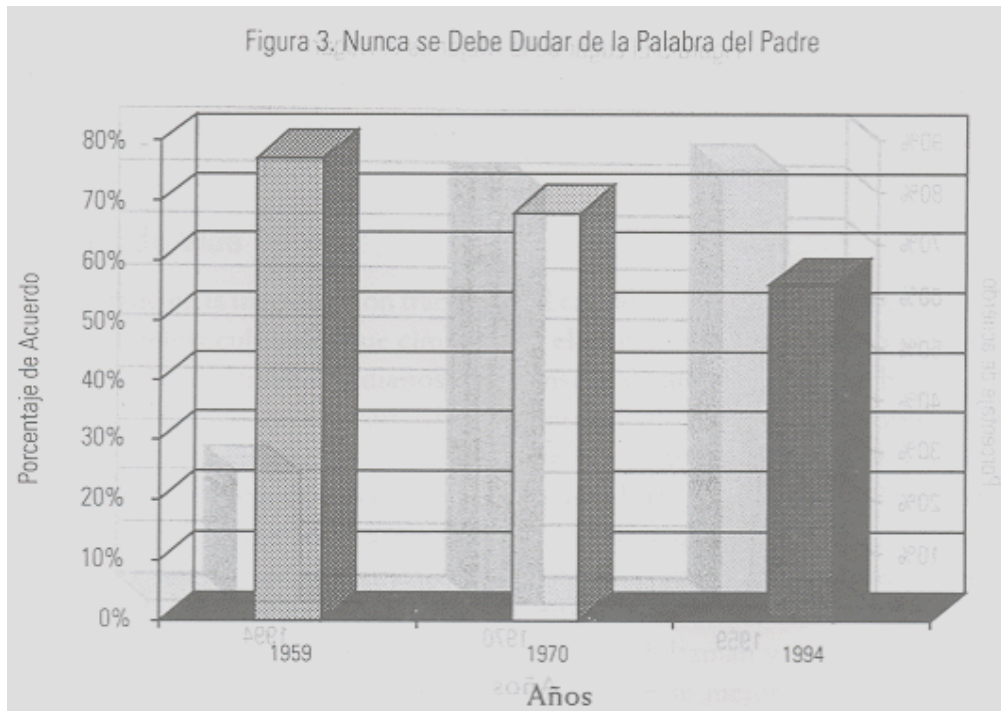
electrodomésticos, (las variables del desarrollo de la prueba de manchas de tinta de Holtzman (HIT) la evaluación de la familia, del yo, de los hijos y de la calidad de la vida). Hay también, como era de esperarse para el tradicionalismo, correlaciones positivas con variables culturales como asistencia a la iglesia, la importancia de la solidaridad de la grey sostén cultural y la de las personas (y con el tiempo de reacción y el rechazo en la prueba de manchas de tinta de Holtzman).

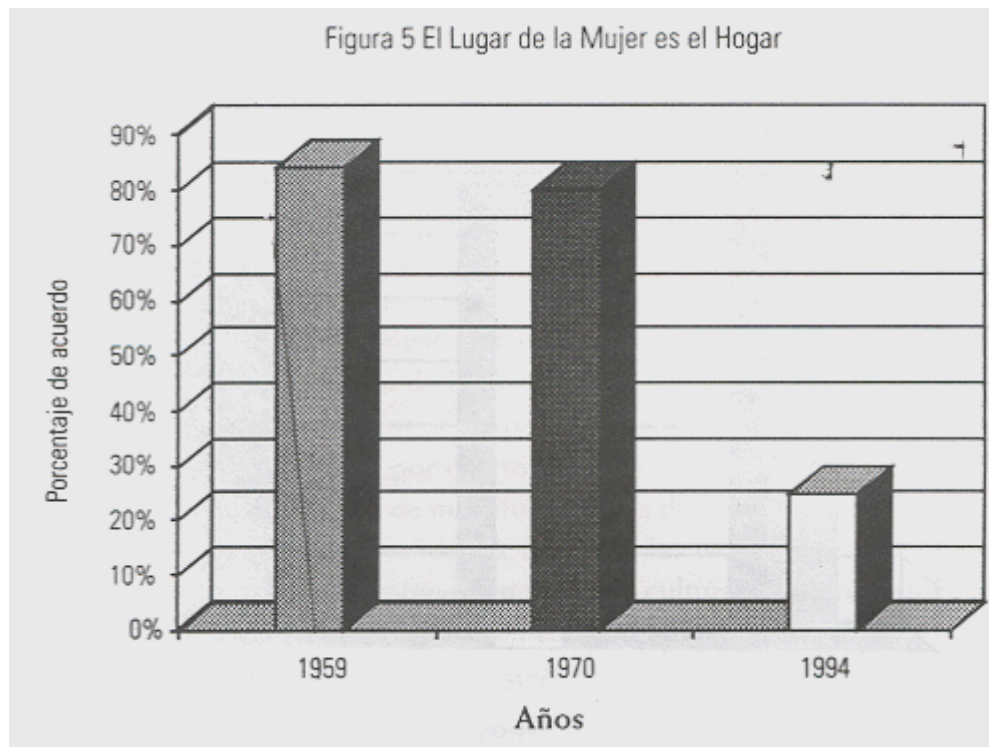
Las PHSCs deberán cambiar de acuerdo con lo que hemos visto, no solamente durante el desarrollo individual, sino también a través del tiempo histórico.

En 18 secundarias, seleccionadas originalmente en 1959 para representar la población estudiantil de secundaria en la ciudad de México, 472 estudiantes del tercer año de secundaria dividida por género, contestaron a las 123 PHSCs.

En 1970 y en 1994, en las mismas secundarias, 467 y más de 900 estudiantes, respectivamente, siguiendo el mismo procedimiento que en 1959, completaron el mismo cuestionario. Hemos apenas iniciado el procesamiento y la interpretación de los resultados: la evolución de las PHSCs de obediencia afiliativa en México, tiende a confirmar lo que vimos para las cuatro ciudades. Algunas permanecen sin cambios y otras han venido cambiando con variada rapidez. Veamos cuatro ejemplos.







Para "Una persona debe siempre respetar a sus padres", como se observa en la figura 2, el 96% estuvieron de acuerdo en 1959, el 95% en 1970 y el 97% en 1994. Para "Nunca se debe dudar de la palabra del padre", como se ve en la figura 3, 77% estuvieron de acuerdo en 1959, 67% en 1970 Y solo 56% en 1994. Lo que se llevó siglos en el pasado, una disminución del 21% en obediencia afiliativa, ahora ha tomado solo 35 años. Para "Ser virgen es de gran importancia para la mujer soltera" (figura 4), 60% estuvo de acuerdo en 1959, 64% en 1970 Y 45% en 1994.

El pequeño aumento en los 70's para el grupo total esconde una interacción. Muchachos y muchachas en las secundarias mixtas reaccionaron a la década de los Beatles, haciéndose más conservativos. En las secundarias de hombres y mujeres solas que, en 1959 se habían mostrado significativamente más conservativos, se hicieron muy liberales. Particularmente las mujeres que factiblemente habían sido enviadas a estas secundarias de mujeres solas para mantenerlas alejadas de los hombres.

Veamos ahora lo que el TLC le está haciendo a México. Para "El lugar de la mujer es el hogar" (figura 5), 84% estuvieron de acuerdo en 1959, 80% en 1970, pero sólo 25% en 1994. Es interesante notar, para completar esta sección, que la estructura factorial para las 123 PHSCs de la familia mexicana, es bastante constante a través del tiempo y de los hábitats en la cultura mexicana. Ramírez, Hosch y Díaz-Guerrero (no publicado), con muestras de adolescentes en la ciudad de México en 1970 y madres y adolescentes en ciudad Juárez-El Paso, en 1990, encuentran, a través de análisis factoriales confirmatorios, que las dos muestras tienen en común seis factores: machismo, consentimiento, virginidad, obediencia afiliativa, respeto y temor a la autoridad. Esta constelación cultural parece ser firme.

La "Filosofía de Vida"

Temprano en la investigación transcultural en México (Díaz-Guerrero, 1967), se propuso que existían premisas culturales que cimentaban el estilo de enfrentamiento con el estrés y en general con los problemas cotidianos. Se consideró que existían muchas creencias que impulsaban a los mexicanos a modificarse a sí mismos a fin de resolver problemas y, para los norteamericanos, a modificar el medio-ambiente y/o a otros para resolver sus problemas. A esto originalmente se le denominó la dicotomía transcultural activo-pasivo. Pronto se descubrió su poder explicativo. Respecto a las muchas diferencias encontradas en un estudio transcultural longitudinal en el que se siguió por seis años a



escolares mexicanos y norteamericanos, Holtzman et al (1975), nos dicen: "La mayoría de las diferencias entre los niños mexicanos y los norteamericanos en la prueba de manchas de tinta de Holtzman y en algunos de los tests de personalidad y estilo cognoscitivo, pueden comprenderse mejor en términos de estilo de confrontación, que de acuerdo con cualquier otro concepto" (Holtzman et al 1975, p. 347).

Probablemente debido a que muchos de los reactivos de la Filosofía de Vida no estaban libres de un problema recóndito en el concepto de los valores, no pudo llenar su aspiración de cabalmente diferenciar a mexicanos de norteamericanos. Sin embargo, las polaridades entre estudiantes universitarios de Austin y la ciudad de México, que se muestran en la Tabla 4, son ciertamente provocativas.

TABLA 4
Polaridades en Estilo de Afrontamiento EUA Vs. México

	Austin	México
Cada cosa a su tiempo	30%	86%
Entre más pronto se obtengan las cosas mejor	70%	14%
Uno no debería expresar desacuerdo con otros si piensa que puede lastimarlos	55%	84%
Uno debería siempre expresar sus propios puntos de vista	45%	16%
Se debe protestar cuando los derechos de la familia se ven amenazados	22%	65%
Se debe protestar cuando los derechos del individuo se ven amenazados	78%	35%
La vida es para gozarla	88%	27%
La vida es para sobrellevarla	12%	73%
En un temblor uno se sentirá mejor si corre	44%	13%
En un temblor uno se sentirá mejor si no se mueve	66%	87%

La suposición de que la actividad y la pasividad se podrían exagerar bajo estrés quedó ratificada en la última polaridad.

En México la Filosofía de Vida ha mostrado múltiples y similares correlaciones a las que se han descrito para las PHSCs de la familia mexicana, incluyendo en un estudio (Díaz-Guerrero y Castillo Vales, 1981), más altas correlaciones con el grado escolar que el Raven.

Transculturalmente, en un estudio de siete naciones (Díaz-Guerrero, 1973), la extraña correlación de la Tabla 5 fue reportada entre lo que se puede considerar como una manera instrumental de responder a la Filosofía de Vida y la producción industrial. En México, Solís Cámara et al (1994, 1996), trabajando con estudiantes en dos universidades provincianas, ha consistentemente reportado relaciones significativas entre dimensiones de la Filosofía de Vida y varias medidas de logro económico.

TABLA 5
Correlaciones de Rango entre el Aumento de la Producción Industrial y el Estilo de Confrontación

Filosofía de Vida	
Los hombres calificaron más altos que las mujeres	.83
La clase media-alta calificó más alto que la baja-alta	-.10
La clase baja-alta calificó más alto que la media-alta	-.09



A principios de esta década, Hosch et al (1990), trabajando con cuatro muestras diferentes en el noreste de México, encontró variación extrema en la estructura factorial de la Filosofía de Vida. Esto había sido también reconocido por Díaz-Guerrero e Iscoe (1984), quienes, trabajando con muestras muy heterogéneas en Monterrey, México y San Antonio, Texas, tuvieron que reducir la Filosofía de Vida a una pequeña escala de actividad-pasividad que altamente diferenciaba entre mexicanos y norteamericanos. Como consecuencia de estos hallazgos, la Filosofía de Vida ha sido cuidadosamente revisada.

Resultados recientes reportados por Andrade Palos (1997), con factores en el nuevo instrumento, lo revelan casi tan fuertemente y bastante independientemente correlacionado con problemas conductuales en adolescentes mexicanos como factores derivados de una medida comprensiva de funcionamiento familiar. Los problemas conductuales incluyeron delincuencia, conducta sexual inadecuada y el uso de drogas.

El significado estratégico de encapsular parte del trabajo realizado con las PHSCs de la familia mexicana y con la Filosofía de Vida y su impacto sobre el comportamiento, es para ilustrar que las creencias culturales son una parte importante de las dimensiones críticas necesarias, si vamos alguna vez a contemplar una teoría de la cultura. Otras y tan importantes como las anteriores dimensiones son las necesidades, los valores y su trascendental vinculación.

Necesidades y Cultura

Se postula que toda cultura ha desarrollado o institucionalizado medios para satisfacer, hasta cierto punto, algunas de las necesidades humanas, pero ha dejado, hasta cierto punto, otras insatisfechas. El patrón resultante puede ser usado para caracterizar a una cultura dada o a un grupo de culturas y tiene consecuencias sobre el comportamiento de sus miembros. En 1967 (Díaz-Guerrero, 1967c, no publicado), 90 estudiantes del tercer año de secundaria, casi la mitad mujeres y la mitad hombres y casi la mitad de una secundaria pública y la mitad de una secundaria privada, respondieron en dos ocasiones separadas por treinta días a una lista de necesidades representadas en reactivos iconográficos cuya puntuación iba desde “Altamente satisfechas” con una calificación de 5, hasta “Altamente insatisfechas” con una calificación de 1. Lo más interesante de este estudio fue la variación insignificante de las calificaciones de la primera a la segunda aplicación. Las necesidades más altamente satisfechas fueron las de comida, amistad y afecto, seguidas de las necesidades de felicidad, cooperación, disciplina y seguridad emocional. La menos satisfecha de las necesidades fue la de justicia y en seguida la de éxito y la de dinero.

En 1987, 10 años después, (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1987, no publicado), ahora con la curiosidad de observar el cambio en el nivel de satisfacción de las necesidades en adolescentes de la secundaria, el mismo cuestionario fue aplicado a 152 sujetos, ahora elegidos, para incrementar la variabilidad, del primero al tercer año en una secundaria diferente, pero también en la ciudad de México. La composición de la muestra, respetando las mismas variables independientes, también fue diferente.

La estabilidad de la gran mayoría de los resultados es notable. Solo cuatro de las 20 necesidades, debido tal vez a las sucesivas crisis económicas de México, se mostraron menos satisfechas en 1987 que en 1967, estas fueron, las necesidades de trabajo, de democracia, de afecto y de autoridad.

Si bien la intención y las instrucciones en estos dos estudios eran transculturales, ningún trabajo se proyectó en esta dirección hasta el suceso que pasamos ahora a describir.

El Eslabón Perdido

El 28 de marzo de 1995 fui invitado para participar en la mesa redonda sobre los valores de los mexicanos, evento magistral de marzo de la Cátedra UNESCO de los Derechos Humanos. El Lic. Andrés Albo Márquez, del grupo de investigadores que dirige Enrique Alducín en Fomento Cultural BANAMEX, presentaba semejanzas y diferencias de valoración entre mexicanos y norteamericanos. Para sorpresa de la nutrida concurrencia ilustró datos en los que los



estadounidenses valoraban el amor más que los mexicanos. En la discusión, recordando los datos de los estudios sobre el grado de satisfacción de las necesidades afirmé, para el beneplácito de los presentes, que los mexicanos valoraban menos el amor porque la necesidad del mismo estaba mayormente satisfecha en nuestros connacionales.

Después de este acto me puse a leer de nueva cuenta, partes de "La naturaleza de los valores humanos", de Rokeach (Rokeach, 1973) y del libro "Motivación y Personalidad" de Maslow (1954 Y 1970). Detecté una confusión conceptual respecto de la relación de los constructos de valor y necesidad y discutí este asunto con una de mis asistentes de investigación y con un colega local. En seguida me puse a leer una vez más varios estudios locales, internacionales y transculturales sobre valores y verifiqué que el grado de satisfacción de las necesidades conectadas con los valores no estaba entre las variables independientes.

Ahora, con la ayuda de Moreno Cedillos y Díaz-Loving, un artículo con el título de "Un eslabón perdido en el estudio de los valores" (Díaz-Guerrero, Moreno Cedillos y Díaz-Loving, 1995), fue publicado en una revista mexicana. El resumen del trabajo decía: "La investigación rigurosa acerca de los valores se ha incrementado fuertemente a partir de los estudios sistemáticos de Rokeach. Los valores, para él y muchos otros autores, representan el concepto medular de todas las ciencias sociales.

Psicólogos culturales y transculturales, en la búsqueda de dimensiones comprensivas y/o universales, lo han adoptado y trabajado intensamente con él en la comparación intra y transcultural. Una confusión inicial con el concepto de necesidad y un incidente de mesa redonda acerca de los valores, conllevan a la realización de que el grado de satisfacción de las necesidades conectadas con los valores es el eslabón perdido y una dimensión crítica en la interpretación de esos estudios. Investigación sobre esa dimensión, muestra su fácil mensurabilidad y su persistencia.

Se contrastan las explicaciones de los autores en la interpretación transcultural con hipótesis derivadas del nivel de satisfacción de las necesidades conectadas con los valores.

La controversia nacional e internacional provocada por este artículo ha estimulado la búsqueda de un marco teórico más comprensivo.

El Origen de los Valores

Si Charles Darwin se hubiese enfrascado con el problema de los valores, tal como lo hizo con la expresión de las emociones en el hombre y los animales, seguramente se hubiera pronunciado porque el origen de los valores humanos está entrañablemente ligado con las necesidades de supervivencia y de reproducción, y además, que los valores resultantes se mantendrían en estricta relación con su utilidad biológica.

Aun cuando una cierta teoría de los valores se encuentra ya en Platón, en donde los valores son IDEAS eternas e inmutables, no es hasta finales del siglo XIX, que este tipo de conocimiento, a través de escritos de Lotze y de Nietzsche, cristaliza en Europa en una Werttheory, teoría de los valores o axiología. Es interesante que varios, entre los primeros axiólogos, estuvieran influenciados por las ciencias biológicas y psicológicas postdarwinianas y que estuviesen por lo tanto interesados en algo semejante al origen de los valores, el tema esencial ahora, y no en considerarlos, cual lo percibió el filósofo británico Moore, como algo indefinible y "no natural", o el norteamericano Urban, como categorías metafísicas no reducibles a procesos naturales o psicológicos.

Es así como Santayana primero y luego Barton Perry y Dewey, y Prall y Parker, inician con sus afirmaciones, lo que luego se conocería como aproximaciones conativas y afectivas para la existencia de los valores.

En las primeras, Santayana, Perry y Dewey, es un "impulso vital", un interés en los seres humanos que explica la existencia de los valores, no interviene el placer o alguna otra afección. En las aproximaciones afectivas, Prall y Parker, es el placer de ejercitar el valor lo que explica su existencia.

Son estos, en cierta forma pragmáticos antecedentes filosóficos, los que factiblemente originaron el siempre creciente interés en multitud de científicos sociales por los valores. Pero su intervención no ha sido, en un principio, más



clarividente que la de los filósofos. En 1969, M. Brewster Smith nos dice: "Pero el incremento de conceptos explícitos de valor entre los psicólogos y los científicos sociales no ha sido, desafortunadamente, acompañado por el correspondiente progreso en claridad conceptual o consenso. Hablamos de demasiadas y probablemente distintas cosas, bajo un solo rubro, cuando estiramos la misma terminología para incluir las utilidades de la teoría matemática de decisiones (Edwards), supuestos fundamentales acerca de la naturaleza del mundo y del hombre (Kluckhohn y Strodtbeck), preferencias últimas entre estilos de vida (Morris), y actitudes centrales o sentires profundos que determinan prioridades en las preferencias personales y como resultado dan estructura a la vida (Allport), y, a la par, nos avergüenza la proliferación de conceptos parecidos al de valor, actitudes y sentires, pero además intereses, preferencias, motivos, catexias, valencias. El puñado de esfuerzos para estudiar empíricamente a los valores ha emergido de preconcepciones diferentes y han fracasado en encadenarse para fomentar un campo de conocimiento acumulativo" (Smith, 1969, págs. 97-98).

Necesidades, Valores y Cultura

Debería existir algo así como una epistemología pragmática que permitiera saber que el tipo de conocimiento que se va a descubrir, cuando se hace investigación, es predecible a partir de la conceptualización, enfoque y propósitos expresados, y que puede obscurecer otro conocimiento acerca del mismo tema que se está explorando. No era el propósito de Rokeach, ni el de Maslow, el dirigir su trabajo hacia el descubrimiento del origen de los valores. El propósito principal de Rokeach pareció ser el de crear un inventario para la medición de los valores. El propósito fundamental de Maslow fue el de desarrollar una teoría humanística de las necesidades y relacionarla con la personalidad. El incidente de la mesa redonda, al destacar la íntima conexión entre el constructo de las necesidades y el constructo de los valores, ha llevado insensiblemente hacia la cuestión del origen de los valores. El enfoque es necesariamente evolutivo y genético, en cierto modo va en la dirección de lo que la nueva interdisciplina de la epistemología psicológica demanda para el conocimiento justificable epistemológicamente.

En principio, parece valioso declarar, buscando eventualmente confirmar, que el origen de los valores en el *Homo Sapiens*, es estrictamente contingente con el grado de satisfacción de las necesidades conectadas con los valores, que la especie humana ha desarrollado la cognición de valor y las series de valores universales y vernáculos a partir de su experiencia histórica en la lucha inveterada para satisfacer sus necesidades.

En la Física moderna se cree que la energía se convierte en materia cuando encuentra un obstáculo. ¿Será posible que las necesidades se conviertan en valores cuando encuentran obstáculos para su satisfacción?

Las cuestiones en Psicología son mucho más complejas que en la Física. Para empezar, resulta claro en la literatura sobre la motivación, que las necesidades fisiológicas son mucho más poderosos energizantes que las necesidades psicológicas y sociales. Otra y más significativa dificultad emana de que: "La evidencia ha demostrado que la conducta consumatoria de comer puede ocurrir cuando la gente está ansiosa, aburrida o se siente no querida... la copulación u otra conducta sexual puede ocurrir cuando los individuos buscan el poder, el prestigio o la aprobación social" (Ferguson, 1994, vol. 2, p. 431). Adicionalmente, Maslow, además de subrayar la organización jerárquica de las necesidades, distingue entre necesidades por deficiencia y necesidades de crecimiento, con consecuencias psicodinámicas diferentes. Y luego ahí está la autonomía funcional de los motivos de Allport, en donde hábitos bien establecidos se convierten en fines (¿valores?) ilustrando la importancia de los procesos del aprendizaje.

Permanece, sin embargo, el hecho de que si los valores, junto con las creencias y las necesidades, han de convertirse en parte del acervo de conductas o comportamientos adaptativos requeridos para caracterizar a las diferentes culturas, el origen de los valores debe de ser investigado.

Un equipo internacional se ha formado con John Adair, Díaz-Loving, Roque Méndez y el que habla, y considerando la complejidad tanto del concepto de las necesidades como del concepto de los valores, se ha desarrollado un diseño transcultural cuasi experimental, que incorpore, como se ilustra para la necesidad de justicia, una de las treinta necesidades en la Figura 6, las siguientes variables: el grado de satisfacción de cada necesidad, desde "muy satisfecha" hasta "muy insatisfecha", el grado de dificultad encontrado para satisfacer la necesidad, desde "casi imposible de satisfacer" hasta "fácil de satisfacer", el grado de importancia del valor conectado con la necesidad, desde "muy



importante” hasta “nada importante”, el nivel de satisfacción experimentado al mitigar la necesidad, desde muy alto goce hasta nada de goce y el nivel socioeconómico de la familia de los sujetos.

Figura 6.1 Medición del grado de satisfacción de las necesidades

¿Qué tan satisfechas tienes estas necesidades?

Justicia	<input type="radio"/>	Muy satisfechas
	<input type="radio"/>	Satisfechas
	<input type="radio"/>	Ni satisfechas ni insatisfechas
	<input type="radio"/>	Insatisfechas
	<input type="radio"/>	Muy insatisfechas

Figura 6.2 Medición del grado de dificultad para satisfacer las necesidades

¿Qué tan difícil es satisfacer estas necesidades?

Justicia	<input type="radio"/>	Casi imposible
	<input type="radio"/>	Muy difícil
	<input type="radio"/>	Regular
	<input type="radio"/>	Fácil
	<input type="radio"/>	Muy fácil

Figura 6.3 Medición del grado de importancia del valor conectado con la necesidad

¿Qué tan importantes son para ti estos valores?

Justicia	<input type="radio"/>	Muy importante
	<input type="radio"/>	Importante
	<input type="radio"/>	Regular
	<input type="radio"/>	Poco importante
	<input type="radio"/>	Nada importante



Figura 6.4 Medición del nivel de satisfacción experimentado al mitigar la necesidad

¿Qué tanto gozas cuando satisfaces estas necesidades?

Justicia

Muchísimo

Mucho

Regular

Poco

Poquísimo

Figura 6.5 Medición del nivel socioeconómico de la familia de los sujetos

¿A qué nivel económico pertenece tu familia?

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

EXTREMADAMENTE RICA

EXTREMADAMENTE POBRE

Así, mientras la afirmación general permanece de que el origen de los valores en el primate erecto está sujeto al nivel de satisfacción de las necesidades conectadas con los valores, el importante impacto de los procesos psicodinámicos y del aprendizaje y del nivel socioeconómico es remitido a comprobación. Este diseño permite explorar las siguientes hipótesis intra y transculturales:

1. Se encontrarán diferencias significativas en el grado de satisfacción de buen número de necesidades a través de las culturas.
2. Entre más bajo sea el grado de satisfacción de cada una de las necesidades descritas por Maslow, más alta será la calificación de los valores conectados con ellas, con las excepciones que serán consideradas más adelante.
3. Entre más baja sea la calificación del grado de satisfacción de todas las necesidades en una cultura, más alta será la calificación media para todos los valores, particularmente la calificación media para los valores de crecimiento, específicamente los valores religiosos.
4. Entre más alta sea la calificación media en la dificultad para satisfacer las necesidades del individuo y en la cultura, más alta será la calificación media para cada uno de los valores, particularmente los de crecimiento y los religiosos.
5. Se encontrarán importantes, en ocasiones inesperadas, relaciones psicodinámicas entre las variables en el diseño y las calificaciones para el grado de dificultad encontrado para satisfacer cada una y todas las



necesidades. La relación será explorada para la misma necesidad y valor y para cada una de las demás. En este caso, más que en el de las hipótesis antecedentes, los resultados podrían dar información que dé pauta en el futuro a estudios acerca de las predicciones de Maslow, entre ellas, aquellas que se refieren a la gratificación-salud y a la psicopatología por frustración-amenaza.

6. Resultados para todas las hipótesis previas serán afectados, en casos revirtiendo las hipótesis, por la cantidad de reforzamiento experimentado al satisfacer una necesidad, y hasta cierto punto por el nivel socioeconómico de los sujetos.

Personalidad y Cultura

Se ha indicado que la personalidad emerge de una dialéctica en la cognición entre la información provista por la cultura y la información que emana de las necesidades biopsíquicas en el contexto de la información prevalente en un ecosistema dado. Esta forma de pensar ha incitado a los investigadores locales a tratar de descubrir rasgos de personalidad vernáculos. Nos vamos a referir aquí a solo uno de ellos.

Un rasgo de abnegación, definido como la disposición conductual de que otros sean antes que uno o a sacrificarse en su beneficio, ha sido validado factorialmente en muestras mexicanas (Avendaño-Sandoval y Díaz-Guerrero, 1990; Avendaño-Sandoval, Díaz- Guerrero y Reyes Lagunes, 1997, en prensa) y evidenciado conductualmente en un experimento de laboratorio (Avendaño-Sandoval y Díaz-Guerrero, 1992) y en otro estudio resultó que ninguno de los cinco grandes factores de la moderna personología norteamericana podía adecuadamente explicarlo (Rodríguez y Díaz-Guerrero, 1997). Esta evidencia indica que una Etnopsicología de la personalidad debe complementar el enfoque universalista.

Comentarios Finales

La investigación transcultural, además de su admirable esfuerzo en la búsqueda de universales, ha provisto extensa e importante información acerca de diferencias culturales. Se ha enfrascado varias veces con el concepto de la cultura con variables resultados.

La presente conferencia, múltipara y diversa, con ejemplos de investigación sobre creencias culturales, necesidades, valores y personalidad, tiene la intención de persuadir a los investigadores transculturales y etnopsicológicos de lo siguiente: Que la búsqueda de una teoría de la cultura -a través del concepto de cultura que impacta la conducta humana de mayor interés a la psicología- puede sabiamente utilizar procedimientos deductivos (¿cualitativos?), pero fundamentalmente deberá explorar, intra y transculturalmente, las dimensiones cruciales de las creencias, los valores, las necesidades y quizás la personalidad, y de ser posible, escudriñando por diseños multivariados, en un enfoque genético o evolutivo, que pueda incluir variables organísmico-dinámicas, del aprendizaje y del nivel socioeconómico. Este procedimiento inductivo y cuantitativo deberá permitir a los psicólogos, en cualquier país, mientras crean su propia etnopsicología, contribuir al presente casi intratable problema de una teoría de la cultura que sea universalmente satisfactoria.

Referencias

- Almeida, E; Díaz-Guerrero, R. y Sánchez, M. E (1980). Un sistema para analizar la opinión pública acerca de la coyuntura nacional. México, DF.: INCCAPAC
- Andrade-Palos, P. (1997). El ambiente familiar del adolescente. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Avendaño-Sandoval, R. y Díaz-Guerrero, R. (1990) El desarrollo de una escala de abnegación para los mexicanos. In AMEPSO (Eds). La Psicología Social en México; Vol. 3, (9-14). México, DF: Asociación Mexicana de Psicología Social.



- Avendaño Sandoval, R. y Díaz-Guerrero, R. (1992). Estudio experimental de la abnegación. Revista Mexicana de Psicología; 9, (1), 15 - 19.
- Avendaño-Sandoval, R.; Díaz-Guerrero, R. y Reyes-Lagunes, I. (1997). Validación psicométrica de la segunda escala de abnegación para jóvenes y adultos. Revista Interamericana de Psicología, 31, (1), 47-56.
- Díaz-Guerrero, R. (1955). Neurosis and the Mexican family structure. American Journal of Psychiatry. 122, 411-417.
- Díaz-Guerrero, R. (1967a). Sociocultural premises, attitudes and cross-cultural research. International Journal of Psychology. 2, 79-87.
- Díaz-Guerrero, R. (1967 b). The active and the passive syndromes. Revista Interamericana de Psicología, 1, (4), 263-272.
- Díaz-Guerrero, R. (1967c). Las necesidades en adolescentes de la ciudad de México. Artículo no publicado.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). Una escala factorial de premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana. Revista Interamericana de Psicología, 6, (3-4), 235-244
- Díaz-Guerrero, R. (1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class differences. International Journal of Psychology, 8, (3), 193-203.
- Díaz-Guerrero, T. (1977 a). A Mexican Psychology. American Psychologist, 32, (11), 934-944.
- Díaz-Guerrero, R. (1977 b). Culture and Personality Revisited. Annals of the New York Academy of Sciences, 285, 119-130.
- Díaz-Guerrero, R (1979 a). The development of coping style. Human Development, 22, 320-331.
- Díaz-Guerrero, R (1979 b) Origines De La Personnalité Humaine Et Des Systemes Sociaux. Revue de Psychologie Appliquée, 29, 139-152
- Díaz-Guerrero, R (1980). The culture-counter culture theoretical approach to human and social system development. The case of mothers in four Mexican subcultures. Proceedings of the XXII International Congress of Psychology, July 6-11.
- Díaz-Guerrero, R (1989). Una Etnopsicología Mexicana. Ciencia y Desarrollo, 15, (86), 69-85.
- Díaz-Guerrero, R (1993) Mexican Ethnopsychology. In U. Kim & J.W Berry (Eds.) Indigenous Psychology, 44-55. Newberry Park, California: Sage Publications, Inc.
- Díaz-Guerrero, R. y Castillo Vales, V.M. (1981). El enfoque cultura-contracultura y el desarrollo cognitivo y de la personalidad en escolares yucatecos. Enseñanza e investigación en psicología, 7, (13), 5-26.
- Díaz-Guerrero, R y Díaz-Loving, R (1987). Las necesidades en adolescentes de la ciudad de México: 20 años después. Artículo no publicado.
- Díaz-Guerrero, R e Iscoe, I. (1984). El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del estrés económico sobre la salud mental y física: instrumentación y potencial para la investigación transcultural. Revista Latinoamericana de Psicología, 16, (2), 167-211.
- Díaz-Guerrero, R, Moreno-Cedillos, A. y Díaz-Loving, R (1995). Un eslabón perdido en la investigación sobre valores y su persistencia. Revista de Psicología Social y Personalidad, 11, (1), 1-10.
- Ferguson, E. (1994). Motivation. En R. Corsini (Ed.). Encyclopedia of Psychology, Vol. 2, pp. 429-433. New York: John Willey and Sons.
- Holtzman, W. H., Díaz-Guerrero, R y Swartz, D. (En colaboración con L. Lara Tapia, L. Laoza, M. lo Morales, I. Reyes Lagunes y D.B. Witzke). (1975). Personality development in two cultures. Austin and London: University of Texas Press.
- Hosch, H.M., Gibson, R, Lucke, G.W., Méndez, R y Barrera Valdivia, P. (1990). Limits to the use and generalizability of the Views of Life questionnaire. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 12, (3), 313-321.
- Kroeber & Kluckhohn (1952). Culture, a critical review of concepts and definitions. New York: Random House.
- Maslow, A. H. (1954 Y 1970). Motivation and personality. New York: Harper & Row Publishers.



-
- Pérez-Lagunas, E. R (1990). Las premisas socioculturales y la salud mental en estudiantes preparatorio. Tesis para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.
- Ramírez, J., Hosch., H. y Díaz-Guerrero, R. Estructura factorial de las PHSCs de la familia mexicana: un enfoque de modelos de ecuaciones estructurales. Artículo no publicado.
- Ramos, S. (1938). El perfil del hombre y la cultura en México. México, DF.: Ed Pedro Robledo.
- Reyes-Lagunes, I. (1982). Actitudes de los maestros hacia la profesión magisterial y su contexto. Unpublished doctoral dissertation. Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.
- Rodríguez de Díaz, M.L. y Díaz-Guerrero, R. (1997). ¿Son universales los rasgos de la personalidad? Revista Latinoamericana de Psicología, 29, (1), 35-48.
- Rokeach (1973). The nature of human values. New York: The Free Press. - Smith, M. Brewster (1969). Social Psychology and human values. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Solís Cámara, P, Gutiérrez Turrubiates, P.F y Díaz Romnero, M. (1996). Actitudes Hacia el trabajo en estudiantes universitarios mexicanos. Revista Latinoamericana de Psicología, 28, (1), 31-61.
- Solís-Cámara, P, Gutiérrez Turrubiates, P.E y Lynn, R. (1994). El secreto del milagro económico. Guadalajara, Mex.: Departamento de Investigación en Psicología UIBO-IMSS.

Depresión y Género: Resultados Iniciales de un Estudio Colaborativo en el Caribe sobre los Estados de Ánimo

*Dr. Guillermo Bernal, Dr. Nelson Varas,
Janet Bonilla, Axel Santos y Mildred Maldonado
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras y
Recinto Universitario de Mayagüez*

El trabajo que a continuación se elabora representa un esfuerzo de colaboración entre académicos/as del Caribe (Puerto Rico, Cuba y la República Dominicana) en el área de la salud mental, particularmente en el tema de la depresión. Las Co-investigadoras en Cuba y la República Dominicana son las licenciadas Isabel Lauro y Clara Benedicto, respectivamente. El Proyecto ATLANTEA de la Presidencia de la Universidad de Puerto Rico auspicia económicamente el trabajo de colaboración realizado. Este proyecto ATLANTEA tiene como objetivo principal ofrecer apoyo al intercambio entre académicos e investigadores en el Caribe. Además, los Fondos Institucionales para la Investigación (FIP) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, apoyan económicamente el desarrollo del trabajo que se ha estado realizando.

El trabajo de colaboración realizado se ha denominado **Proyecto DESEA en el Caribe**. Las siglas "DESEA" significan Desarrollo de Estudios Sobre Estados de Ánimo en el Caribe. Los/as colaboradores/as de DESEA en el Caribe han realizado trabajos de traducción y evaluación de las propiedades psicométricas de instrumentos sobre variables psicológicas, particularmente de tres medidas sobre el estado de ánimo denominado como depresión. Dichos instrumentos son necesarios para el desarrollo de estudios sobre la evaluación de tratamientos y modelos para la depresión. Además, la base de colaboración concertada en aspectos de instrumentación permitirá el desarrollo de investigaciones posteriores en las que los instrumentos previamente evaluados podrán ser utilizados en términos de traducción, adaptación, confiabilidad y validez en muestras de contextos caribeños. A largo plazo, el trabajo iniciado ofrece la oportunidad de ampliar los intercambios iniciados y/o fomentar nuevas colaboraciones en aspectos variados: académicos, adiestramiento e investigación.

A continuación se presenta parte del trabajo realizado hasta el presente con una muestra de estudiantes puertorriqueños/as. Específicamente se exponen los resultados obtenidos sobre características psicométricas de una



versión revisada del Inventario de Depresión de Beck y los hallazgos en torno a diferencias entre géneros en la manifestación de la depresión.

Género y Depresión

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza e irritabilidad, variaciones en hábitos de alimentación, fatiga o bajos niveles de energía, baja autoestima, problemas de sueño, sentimientos de culpa, problemas de concentración, desesperanza y pensamientos o actos suicida (APA, 1994). Un estudio realizado en Puerto Rico sobre la prevalencia de los desórdenes afectivos, entre los cuales se encuentra la depresión, apoya que estos constituyen el cuarto trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia en la Isla (Canino, Bird, Rubio, Bravo, Martínez & Sesman, 1987). Este dato documenta la necesidad de llevar a cabo estudios relacionados a la depresión y a la manera en que esta problemática se manifiesta en la población puertorriqueña.

Durante la década de los setenta se realizaron varios estudios para estimar la tasa de depresión por la variable género (Culbertson, 1997) entre anglosajones. Un número mayor de los estudios realizados informan que tres mujeres por cada hombre presentan depresión (3: 1). Otros estudios realizados entre las décadas del ochenta y noventa han estimado una proporción de dos mujeres por cada hombre (2: 1). Estos hallazgos provienen de estudios realizados en países como Estados Unidos, Suecia, Alemania, Canadá y Nueva Zelandia (Klerman & Weissman, 1989). Aún cuando la investigación en el área de las diferencias por género en la depresión ha brindado valiosa información al fenómeno de la sintomatología depresiva, los estudios que intentan explorar la manera en que los géneros construyen la depresión son limitados. Conocer la forma como se construye la depresión en los géneros podría contribuir a la explicación de los hallazgos anteriores.

Canino, Rubio-Stipec, Shrout, Bravo, Stolberg, & Bird (1987) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las diferencias por género en trastornos psiquiátricos en una muestra de puertorriqueños/as entre 16 y 65 años. Los hallazgos de este estudio corroboran los resultados de investigaciones previas donde las mujeres presentan sintomatología depresiva con mayor frecuencia, que los hombres. Canino, Rubio-Stipec, et al. (1987) proponen que las diferencias por género en la prevalencia de la depresión pueden ser explicadas a partir de teorías sociales. Específicamente, los/as autores sostienen que las diferencias por género en la depresión pueden ser explicadas a partir de la manera en que cada género interioriza roles sociales mediante el proceso de socialización. Los roles asociados a la mujer son más congruentes con características o rasgos emotivos (ej. llanto) y con un rol de conducta más pasivo que el atribuido al hombre. La explicación articulada en el trabajo de Canino, Rubio-Stipec, et al (1987) plantea las siguientes interrogantes: ¿Es el proceso de socialización de los géneros determinante en las diferencias de la prevalencia de la depresión? ¿Experimentan o construyen los diferentes géneros la depresión de igual manera?

Uno de los estudios que ha intentado contestar estas preguntas lo realizó Guarnaccia, Angel, & Lowe (1989). Dicho estudio compara la prevalencia de síntomas de depresión entre hombres y mujeres de origen mexicano, cubano y puertorriqueño residiendo en los Estados Unidos. Con el objetivo de documentar diferencias en la estructura factorial del CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) por género, Guarnaccia, Angel, & Lowe (1989) llevaron a cabo un análisis de la estructura factorial de la Escala, dividiendo la muestra del estudio por género. Los autores encontraron que la estructura factorial resultante para el CES-D con la muestra de mujeres fue bastante similar en los distintos orígenes étnicos. Este hallazgo sostiene que las mujeres latinas construyen la depresión de manera similar. Por otro lado, la estructura factorial del CES-D resultante con la muestra de los hombres difirió de la estructura obtenida a partir de la muestra de las mujeres.

En la muestra de las mujeres puertorriqueñas (n= 794) se encontró tres factores y en la de los hombres cuatro (Guarnaccia, Angel, & Lowe, 1989). En el caso de las mujeres el primer factor, compuesto por 16 reactivos, fue denominado **ánimo depresivo o somático** e incluyó reactivos relacionados a molestia, apetito, tristeza, depresión, esfuerzo, fracaso, miedo, sueño, soledad y llanto. El segundo factor, llamado **interpersonal**, estuvo compuesto por dos reactivos relacionados a conceptos como aversión y enemistad. El tercer y último factor, llamado **afecto positivo**, estuvo constituido por dos reactivos relacionados a esperanza y a bienestar. Los/as autores/as del estudio aclaran que la agrupación de la mayoría de los reactivos en el primer factor contribuye a que las tasas de sintomatología depresiva informadas sean mayores en mujeres latinas.



Con la muestra de hombres puertorriqueños (n=472) se identificaron cuatro factores en el CES-D. El primero, denominado **desmoralización**, incluyó siete reactivos relacionados a fracaso, miedo, sueño, tristeza, comunicación y soledad. El segundo factor, llamado **afecto depresivo o somático**, estuvo compuesto por cinco reactivos relacionados a molestia, apetito, tristeza y depresión. El tercer factor denominado **interpersonal** incluyó dos reactivos relacionados a enemistad y aversión. El cuarto y último factor llamado **afecto positivo** incluyó reactivos relacionados a esperanza, bienestar y disfrute.

Es importante destacar que el cuarto factor en los hombres y el tercero en las mujeres son semejantes y están relacionados a un factor de afecto positivo. De la misma manera el tercer factor en los hombres y el segundo en las mujeres tienen que ver con problemas interpersonales e integran exactamente los mismos reactivos. Sin embargo, la diferencia entre los dos primeros factores es marcada porque agrupan reactivos relacionados a sentimientos de desmoralización en la muestra de hombres y de afecto depresivo y somatización en la muestra de mujeres. Dicho afecto depresivo y la somatización componen el segundo factor para los hombres.

Otro estudio que ha explorado las diferencias por género en la depresión fue el de Gjerde, Block, & Block (1988). Los y las autores (as) encontraron diferencias por género en los resultados obtenidos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en una muestra de 87 adolescentes estadounidenses de 18 años de edad. Aunque los promedios de las puntuaciones totales en el CES-D de los hombres y las mujeres fueron similares, pruebas estadísticas más específicas (para cada reactivo) documentaron diferencias por género en la manifestación de la depresión. En la muestra de los hombres se observaron puntuaciones más altas en reactivos relacionados a procesos de exteriorización (ej. irritación y funcionalidad entre otros) y en la muestra de mujeres se observaron puntuaciones más altas en reactivos relacionados a procesos de internalización (ej. ánimo deprimido y pesimismo entre otros).

El propósito de este estudio fue explorar diferencias en síntomas de la depresión entre los géneros, utilizando análisis de factores exploratorio. Para dicho propósito se utilizó una versión traducida al español y adaptada en la población puertorriqueña del Inventario de Depresión de Beck (IDB) (Bonilla, Bernal, Santos, & Santos, 1998). El IDB ha sido una de las medidas de autoinforme más utilizadas en el campo de la psicología, porque es un instrumento breve y fácil de completar. A partir de 36 años de investigación con este instrumento, se ha documentado que el mismo posee buenas propiedades psicométricas en poblaciones anglosajonas y europeas (Beck, Steer, & Garbin, 1988; Gallagher, Nies & Thompson, 1982; Reynolds & Grould, 1981; Vásquez & Sanz, 1991). En Puerto Rico, Bernal, Bonilla & Santiago (1995), encontraron en una muestra de pacientes clínicos que el IDB tiene un índice de confiabilidad interna de .89 y posee validez de construcción lógica, determinada mediante un análisis de factores. En un estudio posterior con el IDB-S (versión en español que incluye criterios para la depresión mayor según el DSM-IV), Bonilla, Bernal, Santos & Santos (1998), encontraron en una muestra de comunidad un índice de confiabilidad alto (.89) y se apoyó la validez de construcción lógica del instrumento.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio voluntariamente 548 estudiantes de nivel de bachillerato de la Universidad de Puerto Rico¹ de los Recintos de Río Piedras, Mayagüez, Bayamón y Ciencias Médicas, seleccionados por disponibilidad. La edad promedio de los/as participantes fue de 21.79 años (DT²=4.3). Un 71.2% (f=390) fueron mujeres y un 28.8% (f=158) fueron hombres. Un 88.3% de los/as participantes informaron ser solteros/as (n=408); 8.9% estar casados/as (n=41) y un 3.7% no contestó.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio, además de la versión revisada del IDB, fueron seis medidas de

¹ *Agradecemos la colaboración del Dr. Alfonso Martínez Taboas al facilitarnos su banco de información para la confección de la muestra sobre la cual se informa en este estudio.*

² *DT son las siglas para la desviación típica.*



autoinforme relacionadas con **sintomatología depresiva**³ (Bernal, Bonilla, & Santiago, 1995), *cogniciones disfuncionales* (Cane et al, 1986; Norman, Miller & Dow 1988; Weissman, 1979), estrés (Sarason, Johnson, & Siegel, 1978) y **apoyo social** (Bernal, Maldonado & Bonilla, 1998). A continuación presentamos información sobre la versión revisada en español del Inventario de Depresión de Beck (IDB-S). Para información detallada de los otros instrumentos, pueden referirse al informe de Bonilla, Bernal, Santos & Santos (1998).

La Versión en Español del Inventario de Depresión de Beck-IDB-S (Spanish Version of the BDI) es una medida de autoinforme que contiene 22 grupos de oraciones que permiten evaluar sintomatología asociada a la depresión. Cada grupo de oraciones ofrece cuatro alternativas que fluctúan entre 0 y 3 en la dirección de la severidad o intensidad del síntoma que describe. La puntuación total del IDB-S puede fluctuar de 0 a 66 (0 a 63 en el IDB original) e informan sobre el número de síntomas y su severidad. El IDB-S contiene un reactivo más que el IDB. Este instrumento fue traducido al español y modificado para adecuarlo a los criterios de la depresión mayor del DMS-IV por Bonilla, Bernal y Santos. Además, se añadió al instrumento una sección que evalúa el nivel de funcionalidad de la persona y otra parte sobre los criterios de exclusión para depresión mayor. La confiabilidad interna del IDB-S en una muestra de 351 estudiantes puertorriqueños fue de .88 (Bonilla, Bernal, Santos & Santos, 1998). Al igual que para el IDB, se ha documentado la validez de construcción lógica del IDB-S (Bernal, Bonilla & Santiago, 1985; Bonilla, Bernal, Santos & Santos, 1998).

Procedimiento

Los instrumentos fueron traducidos al español a través del método de traducción inversa. Las traducciones fueron realizadas por el equipo de investigación del Proyecto CEA (Cuestionarios de Estados de Animo⁴) y por una traductora bilingüe e independiente al mismo. Utilizando el método de traducción inversa se consideró la equivalencia de contenido, semántica, técnica, de criterio y conceptual de las traducciones con las versiones originales en inglés de los instrumentos. Estas áreas de equivalencia son parte del modelo de traducción inversa propuesto por Brislin (1970) y adaptado por Bravo, Canino, & Bird (1987).

El equipo de investigación revisó la versión traducida y adaptada al español del IDB y la modificó para adecuarla con los criterios establecidos para diagnosticar la depresión mayor de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994). Posteriormente, el IDB-S resultante del proceso de traducción y adaptación fue sometido a una prueba piloto con los objetivos de: 1) evaluar el tiempo para completar el instrumento, 2) evaluar la claridad de las instrucciones y de los reactivos y 3) ensayar el procedimiento de administración.

El estudio final fue realizado administrando el IDB-S y los demás instrumentos del estudio en salones de clases de las universidades participantes. Aquellos/as estudiantes que accedieron participar y completaron la Hoja de Consentimiento constituyeron la muestra del estudio.

RESULTADOS

Contenido del IDB-S

La versión en español del IDB (IDB-S) contiene tres partes. La primera parte incluye 22 grupos de oraciones que

³ Los instrumentos sobre sintomatología depresiva fueron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la escala de depresión de la Lista de Cotejo de Síntomas (LCS-Di' la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) y el Inventario de Creencias Irracionales (IST) se utilizan como medidas de cogniciones disfuncionales. Para medir eventos estresantes, se utilizó la Encuesta de Eventos Estresantes (LES) y para medir apoyo social la Escala de Apoyo Social (CAS).

⁴ Proyecto que tiene como objetivo traducir y adaptar varios instrumentos sobre depresión, cogniciones disfuncionales, estrés y apoyo social. Este proyecto de investigación está apoyado por los Fondos Institucionales para la Investigación (FIPI) de la UPR-Río Piedras.



permiten evaluar sintomatología asociada a la depresión. Los cambios al IDB original incluyen haber añadido un reactivo en la primera parte, que recoge el síntoma de agitación o retardación psicomotora de la depresión mayor de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994). Además se incluyó bidireccionalidad del síntoma en los reactivos de apetito, sueño y peso (ej., la alternativa 2 del reactivo 18 lee como sigue: ahora tengo mucho menos o mucho más apetito que antes). Al incluir un reactivo adicional al IDB-S, la puntuación final en el instrumento fluctúa de 0 a 66, indicando tanto el número de síntomas asociados a la depresión como la severidad presentada.

La segunda y tercera parte del IDB-S fue desarrollada en su totalidad por el equipo de trabajo del Proyecto CEA. La segunda parte del instrumento contiene 12 oraciones orientadas a evaluar el grado en que los síntomas que se recogen en la primera parte del instrumento han afectado o interrumpido relaciones interpersonales, el trabajo o algún otro aspecto importante en la vida de la persona (criterio de funcionalidad para un diagnóstico de depresión mayor en el DSM-IV). La tercera parte del IDB-S contiene tres preguntas orientadas a identificar los criterios de exclusión para la depresión mayor en el DSM-IV. Estas son preguntas que se contestan en términos de sí o no y aluden al uso de medicamentos o sustancias que afectan el estado de ánimo de la persona y a la pérdida de un ser querido durante los últimos dos meses. El IDB-S incluye además, el criterio de tiempo considerado en el DSM-IV para establecer un diagnóstico de depresión mayor. Es decir, se considera que los síntomas descritos en la primera parte del instrumento deben estar presentes, por lo menos, durante los últimos 14 días. El IDB-S al igual que el IDB se contesta en un período de tiempo breve aunque el mismo puede variar de acuerdo a la presencia y severidad de la sintomatología de las personas que lo completan. La confiabilidad interna del IDB-S fue evaluada por medio del índice Cronbach Alfa. El índice de consistencia interna obtenida fue de .89.

Como se puede observar en las tablas 1 y 2 el análisis de factores para la totalidad de la muestra, ambos géneros, permitió identificar la presencia de cuatro factores principales. Los índices de confiabilidad de los factores fluctuaron entre .45 y .78 (véase en la tabla 3). El primer factor, *Autoestima*, explicó el 31.1 % de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .78. El mismo estuvo compuesto por 7 reactivos relacionados a autoculpa, fracaso, culpabilidad, autodecepción, pobre imagen corporal, pesimismo e indecisión. El segundo factor, *Somático*, explicó el 6.7% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .76. Este incluye 7 reactivos relacionados a insomnio (hipersomnio, apetito, fatiga, problemas psicomotores, problemas físicos, desinterés sexual e incapacidad laboral. El tercer factor, *Animo Negativo*, explicó el 5.0% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .71. El mismo estuvo compuesto por 5 reactivos relacionados a llanto, tristeza, sentimientos de castigo, insatisfacción e ideas de suicidio. El cuarto factor, *Pensamientos Negativos*, explicó el 4.8% de la variabilidad del instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .45. Este incluyó 3 reactivos relacionados a irritabilidad, peso y desinterés social. Los cuatro factores identificados explican el 47.6% de la variabilidad de las respuestas en el IDB-S.



TABLA 1

Resumen del Análisis de Factores de Componentes Principales para el IDB-S (N=548)

Reactivos	Comunalidad	Factor	Valor Eigen	% Varianza	% Varianza Acumulada
1. Tristeza	.57	1	6.84	31.1	31.1
2. Pesimismo	.47	2	1.48	6.7	37.8
3. Sentimiento de fracaso	.46	3	1.11	5.0	42.8
4. Insatisfacción	.53	4	1.05	4.8	47.6
5. Culpabilidad	.51				
6. Sentimientos de castigo	.45				
7. Autodecepción	.54				
8. Autoculpa	.47				
9. Ideas de suicidio	.36				
10. Llanto	.58				
11. Irritabilidad	.54				
12. Desinterés social	.37				
13. Indecisión	.38				
14. Pobre imagen corporal	.61				
15. Incapacidad laboral	.44				
16. Insomnio ([hipersomnio)	.50				
17. Fatiga	.52				
18. Pérdida de apetito	.51				
19. Pérdida de peso	.46				
20. Problemas físicos	.35				
21. Desinterés por el sexo	.34				
22. Problemas psicomotores	.53				

TABLA 2

Factores para ambos géneros con sus respectivos reactivos y pesos factoriales (N=548)

Factor	Peso factorial	Número reactivo
Autoestima		
Autoculpa	.65	8
Culpabilidad	.62	5
Autodecepción	.62	7
Fracaso	.61	3
Pobre Imagen Corporal	.57	14
Pesimismo	.51	2
Indecisión	.45	13
Somático		
Insomnio (hipersomnio)	.68	16
Apetito	.62	18
Fatiga	.61	17
Problemas Psicomotores	.58	22
Problemas Físicos	.51	20
Desinterés Sexual	.50	21
Incapacidad Laboral	.49	15
Animo Negativo		
Llanto	.73	10
Tristeza	.65	1
Sentimientos de Castigo	.50	6
Insatisfacción	.48	4
Ideas de Suicidio	.46	9
Pensamientos Negativos		
Irritabilidad	.68	11
Peso	.53	19
Desinterés Social	.39	12

Los factores encontrados fueron denominados de la siguiente manera:

1) Autoestima, 2) Somático, 3) Animo Negativo, 4) Pensamientos Negativos.



TABLA 3
Confiabilidad interna de los factores del IDB-S (N=548)

Factor	Número de reactivos	Coefficiente Alfa
Ambos Géneros		
Autoestima	7	.78
Somático	7	.76
Animo Negativo	5	.71
Pensamientos Negativos	3	.45
Mujeres		
Autoestima	10	.84
Somático	6	.74
Animo Negativo	4	.64
Pensamientos Negativos	2	.33
Hombres		
Autoestima	4	.72
Funcionabilidad	4	.65
Pesimismo	2	.67
Pensamientos Negativos	4	.70
Autoimagen Negativa	4	.66
Somático	4	.61

Características Sintomatológicas

El promedio en el IDB-S de la muestra fue de 10.16 (DT =8.41). La tabla 4 presenta la frecuencia y por cientos de los/as participantes por nivel de sintomatología depresiva a partir del punto de corte del instrumento, determinado por medio de la desviación típica de la muestra. Véase que los puntos de corte sugeridos en este trabajo para el IDB-S son muy similares a los señalados por Beck, Steer, & Garbin, (1988). Beck propuso puntuaciones para identificar ausencia de síntomas (0-9), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-29) y depresión severa (30-63). En la muestra de estudiantes universitarios de este estudio, un 59% de los/as participantes presentan ausencia de síntomas de depresión (0 y 10 puntos), un 27.4% de la muestra presentó sintomatología leve, (11-19 puntos), un 9.4% moderada (20-27 puntos) y un 4.3% sintomatología severa (más de 28 puntos).

TABLA 4
Distribución de frecuencias y por cientos de los/as participantes por nivel de sintomatología depresiva en el IDB-S

Sintomatología	Ambos Géneros (n=541)	
	F	%
Ausencia (0-10)	319	59.0



Leve (11-19)	148	27.4
Moderada (20-27)	51	9.4
Severa (28-66)	23	4.3

Diferencias por Género

Se encontró diferencias significativas en el IDB-S por la variable género. Un análisis de varianza realizado para evaluar dichas diferencias ($F=5.15$; $df=2$, 538; $p\leq 0.02$) resultó significativo. El promedio de las mujeres en el IDB-S ($\bar{X}=10.68$, $DT=8.66$) fue significativamente mayor que el de los hombres ($X=8.88$, $DT=7.65$).

La Tabla 5 presenta las frecuencias y por ciento de las mujeres y los hombres por nivel de sintomatología depresiva en el IDB-S, utilizando como puntos de corte el criterio de la desviación típica de la muestra. Debido a que se encontraron diferencias por género entre los promedios de las puntuaciones totales del IDB-S, se desarrollaron puntos de corte distintos para los hombres y para las mujeres.

Tabla 5.
Distribución de hombres y mujeres por nivel de sintomatología depresiva en el IDB-S

Sintomatología en hombres (n= 157)				Sintomatología en mujeres (n=384)			
Nivel	Puntos de corte	F	%	Nivel	Puntos de corte	F	%
Ausencia	(0-9)	100	63.7	Ausencia	(0-11)	232	60.4
Leve	(10-17)	38	24.2	Leve	(12-19)	94	24.5
Moderada	(18-24)	14	8.9	Moderada	(20-28)	42	10.9
Severa	(25-66)	5	3.2	Severa	(29-66)	16	4.2

Como se puede observar en la Tabla 5, un 60.4% de las mujeres presentaron ausencia de síntomas de depresión (0-11 puntos), un 24.5% depresión leve (12-19 puntos), un 10.9% depresión moderada (20-28 puntos) y un 4.2% severa (más de 29 puntos). Un 63.7% de los hombres presentaron ausencia de síntomas de depresión (0-9 puntos), 24.2% depresión leve (10-17 puntos), 8.9% depresión moderada (18-24 puntos) y 3.2% severa (más de 25 puntos).

El análisis de factores del IDB-S con la muestra de mujeres permitió identificar la presencia de cuatro factores (Ver Tabla 6). El primero, *Autoestima*, explicó el 31.6% de la variabilidad de las puntuaciones en el instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .84. Este incluyó 10 reactivos relacionados a sentimientos de autodecepción, culpabilidad, fracaso, pobre imagen corporal, autoculpa, incapacidad laboral, pesimismo, insatisfacción, desinterés social e indecisión. El segundo factor, *Somático*, explicó el 6.7% de la variabilidad de las respuestas en el instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .74. Este estuvo compuesto por 6 reactivos relacionados a insomnio (hipersomnio), apetito, fatiga, problemas psicomotores, problemas físicos y desinterés sexual. El tercer factor, *Animo Negativo*, explicó el 5.3% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .64. El mismo, incluyó 4 reactivos relacionados a llanto, tristeza, sentimientos de castigo e ideas suicidas. El cuarto factor, *Pensamientos Negativos*, explicó el 4.9% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .33. Este incluyó 2 reactivos relacionados a irritabilidad y peso. Estos cuatro factores explicaron el 48.5% de la variabilidad de las respuestas al IDB-S.



TABLE 6
Factores Identificados en la Muestra de Mujeres con sus Respectivos Reactivos
y Pesos factoriales (n=390)

Factor	Peso Factorial	Número Reactivo
Autoestima		
Culpabilidad	.67	5
Autodecepción	.66	7
Fracaso	.62	3
Pobre Imagen Corporal	.59	14
Autoculpa	.57	8
Incapacidad Laboral	.52	15
Desinterés Social	.49	12
Pesimismo	.48	2
Insatisfacción	.48	2
Indecisión	.45	13
Somático		
Insomnio (Hipersomnio)	.72	16
Apetito	.64	18
Fatiga	.61	17
Problemas Psicomotores	.54	22
Problemas Físicos	.52	20
Desinterés Sexual	.47	21
Animo Negativo		
Llanto	.73	10
Tristeza	.62	1
Sentimientos de Castigo	.57	6
Ideas Suicidas	.44	9
Pensamientos Negativos		
Irritabilidad	.60	11
Peso	.57	19

El análisis de factores para los hombres apoyó la presencia de seis factores (Ver. Tabla. 7). El primero, *Autoestima*, explicó el 29.6% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .72. Este incluyó 4 reactivos relacionados a culpabilidad, sentimiento de castigo, llanto y autodecepción. El segundo factor, *Funcionabilidad*, explicó el 7.7% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .65. Este estuvo compuesto por 4 reactivos relacionados a desinterés sexual, incapacidad laboral, tristeza e insomnio (hipersomnio). El tercer factor, *Pesimismo* explicó el 6.6% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .67. El mismo, incluyó 2 reactivos relacionados a fracaso y pesimismo. El cuarto factor, *Pensamientos Negativos*, explicó el 6.5% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .70. Este incluyó 4 reactivos, relacionados a irritabilidad, desinterés social, ideas suicidas e insatisfacción. El quinto factor, *Autoimagen Negativa*, explicó el 5.4% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .66. Este incluyó 4 reactivos, relacionados a indecisión, autoculpa, pobre imagen corporal y problemas psicomotores. El sexto factor, *Somático*, explicó el 4.7% de la variabilidad de las respuestas al instrumento y obtuvo un índice de confiabilidad de .61. Este incluyó 4 reactivos, relacionados a peso, problemas físicos, apetito y fatiga. Los seis factores explican el 9°.5% de la variabilidad en el IDB-S.



TABLA 7
Factores Identificados en la Muestra de Hombres con sus Respective Reactivos y Pesos Factoriales (n=158)

Factor	Peso Factorial	Número Reactivo
Autoestima		
Culpabilidad	.82	5
Sentimientos de Castigo	.69	6
Llanto	.57	10
Autodecepción	.46	7
Funcionalidad		
Desinterés Sexual	.73	21
Incapacidad Laboral	.65	15
Tristeza	.60	1
Insomnio (Hipersomnio)	.48	16
Pesimismo		
Fracaso	.81	3
Pesimismo	.69	2
Pensamientos Negativos		
Irritabilidad	.76	11
Desinterés Social	.69	12
Ideas Suicidas	.55	9
Insatisfacción	.48	4
Autoimagen Negativa		
Indecisión	.68	13
Autoculpa	.53	8
Pobre Imagen Corporal	.52	14
Problemas Psicomotores	.44	22
Somático		
Peso	.74	19
Problemas Físicos	.58	20
Apetito	.56	18
Fatiga	.53	17

DISCUSIÓN

El índice Cronbach Alfa encontrado para el IDB-S fue alto y consistente con los índices informados para el IDB en investigaciones realizadas en Estados Unidos, Europa y en Puerto Rico. La confiabilidad interna del IDB en investigaciones realizadas en Estados Unidos ha fluctuado de .86 a .93 (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974; Conde-López, Chamorro, & Useros, Serrano, 1976). Vázquez & Sanz (1991) han informado índices de confiabilidad interna cerca del .93 en investigaciones realizadas en España. En Puerto Rico en una muestra clínica, se informó un índice de confiabilidad interna de .89 para el IDB (Bernal, Bonilla & Santiago, 1995). En términos generales, los hallazgos sobre la confiabilidad sostienen que el IDB-S provee información tan consistente internamente como el IDB.

Los hallazgos apoyan también que el IDB-S posee validez de construcción lógica, porque los factores identificados en la muestra total de los/as participantes son cónsonos con las dimensiones de la depresión que se han descrito en la literatura de depresión. La validez de construcción lógica del IDB-S se documentó también porque el estudio apoyó planteamientos teóricos sobre la relación entre la depresión y otras variables psicológicas. Por ejemplo, la puntuación en la medida de depresión se asociaron positivamente con estresores y con la presencia de pensamientos o actitudes disfuncionales (Beck, 1967, 1976, 1987; Kuiper, Olinger, & Martin, 1988; Robins & Block, 1989) y negativamente con apoyo social (Bonilla, 1997).

Podemos afirmar que las propiedades psicométricas del IDB-S son buenas y consistentes con las informadas para el IDB. De hecho es impresionante observar la consistencia de las propiedades psicométricas del IDB con muestras en contextos disímiles. Además, la estructura factorial del IDB-S identificada en este estudio apoya la tesis de que dicho instrumento evalúa múltiples dimensiones de la depresión en adultos. Es necesario evaluar si los hallazgos obtenidos en este estudio se corroboran con las muestras de Cuba y de la República Dominicana.



Las cifras presentadas en la tabla 5 preocupan a los/as autores/as del trabajo porque las mismas están por encima de las informadas para la población general de Puerto Rico (Canino, Bird, Rubio, Bravo, Martínez & Sesman, 1987).

Se encontró un por ciento mayor de mujeres en comparación con los hombres en el nivel de sintomatología severa. Por esta razón fue necesario desarrollar puntos de cortes distintos a los identificados por Beck para ambos géneros. De lo contrario se podría no haber identificado la depresión en hombres cuando la sintomatología está presente. Por otro lado, los puntos de corte identificados en este estudio son preliminares y continúan en revisión continua. Es pertinente señalar, que existe una diferencia de una unidad entre los puntos identificados en este estudio y los de Beck. Esta diferencia se explica, en parte, por haber añadido un reactivo al instrumento. La diferencia entre los puntos de corte de Beck y los que se genera en este estudio, estriba en la categoría de depresión moderada que en el IDB es entre 19-29 puntos y en el IDB-S son valores entre 18-24 puntos, en el caso de los hombres. Para el IDB, la depresión severa se define a partir de los treinta puntos y en el IDB-S se define a partir de los 25 puntos. Es probable que al aumentar el tamaño de la muestra, los puntos de corte identificados cambien.

Como señalamos anteriormente, en la muestra estudiantil se encontró diferencias en el IDB-S por género. En un análisis preliminar con 361 de los/as participantes de este estudio no se encontró diferencias por género (Bonilla, 1997). Sin embargo, al aumentar la muestra a 548 participantes, aumentó también el poder estadístico de las pruebas realizadas. Esto permitió detectar una magnitud de efecto pequeño, pero importante para sostener la hipótesis de diferencias por género en la depresión. Cuando se examina la estructura factorial del IDB-S por género, se encontró que los factores para la totalidad de los/as participantes fueron muy parecidos a los identificados en la muestra de mujeres (Autoestima, Somático, Ánimo Negativo y Pensamientos Negativos). Por otro lado, se encontró diferencias interesantes por género. Primero, en el caso de las mujeres, los factores que explican el 48.5% de la variabilidad de las respuestas en la medida de depresión son cuatro, mientras que en los varones son seis (Autoestima, Funcionabilidad, Pesimismo, Pensamientos Negativos, Autoimagen Negativa y Somático y explicaron el 60.5% de la variabilidad. Este hallazgo implica que se deben atender aspectos distintos al evaluar la depresión entre hombres y mujeres.

El primer factor, *Autoestima*, explica casi el mismo por ciento de variabilidad para ambos géneros. Aunque en el caso de las mujeres se configura con 10 reactivos (todos relacionados al constructo) y en el de los hombres con cuatro reactivos (uno no relacionado al constructo de ánimo-llanto). El segundo factor para las mujeres, *Somático*, incluye seis reactivos relacionados a aspectos biológicos de la depresión (apetito, fatiga, problemas psicomotores, problemas físicos y desinterés sexual). También es interesante notar que los primeros dos factores para las mujeres explicaron el 38% de la variabilidad de las respuestas en el IDB-S. Para los hombres, el segundo factor denominado *funcionabilidad* alude a aspectos de impedimento funcional de la depresión (ej. desinterés sexual, incapacidad laboral e insomnio). En dicho factor se incluye un reactivo relacionado al constructo de ánimo negativo (tristeza). Con estos dos factores (*autoestima* y *funcionabilidad*), se explica el 37.3% de la variabilidad para las puntuaciones de depresión entre los hombres. Sin embargo, para los hombres el factor de *autoestima* y *funcionabilidad* incluyen aspectos de ánimo deprimido y no es así el caso en las mujeres.

Entre las similitudes de la estructura factorial del IDB-S de ambos géneros se destaca que la depresión es claramente un fenómeno multifactorial. Para ambos géneros, la autoestima es un elemento central en la manifestación de la depresión. Sin embargo, la autoestima para los hombres está matizada con elementos del estado de ánimo mientras que en las mujeres esta dimensión se expresa de manera más generalizada. También, ambos géneros comparten un elemento de funcionalidad de la depresión que para los hombres tiene características externalizantes. Es decir, se manifestó en síntomas de funcionamiento sexual, incapacidad laboral e insomnio. Para las mujeres el segundo factor (*Somático*) contiene reactivos que aluden a la funcionalidad con una dirección más interiorizante. Al presentar y discutir los hallazgos del estudio se debe señalar que la muestra masculina fue relativamente pequeña, razón por la cual se recomienda replicar los análisis con una muestra mayor. De corroborarse las tendencias informadas, se puede anticipar la importancia de considerar diferencias poblacionales de género en la identificación, el tratamiento y la prevención de la depresión.

En comparación con el estudio de Guarnaccia, Angel & Lowe (1989), la estructura factorial del IDB-S que encontramos en nuestro análisis fue diferente. No debemos olvidar que las muestras en ambos estudios son distintas y poseen características muy particulares que pueden ser factores contribuyentes a estas diferencias. En el estudio de Guarnaccia, Angel & Lowe (1989), mencionado en la introducción de este trabajo, la muestra está compuesta por



emigrantes en los Estados Unidos, mientras que la de este estudio se compone de estudiantes universitarios en Puerto Rico. Los resultados de los primeros pueden estar matizados por experiencias particulares a su condición de emigrantes como cambio geográfico, lenguaje y situación económica, entre otros; mientras que la de los segundos, por las experiencias específicas de la realidad estudiantil universitaria. También, ambos estudios utilizaron distintos instrumentos para medir síntomas de depresión. Sin embargo, es evidente que las diferencias de la manifestación de la depresión por género son hallazgos compartidos en ambos estudios.

De la misma manera, las diferencias por género en la depresión parecen ser detectables aún cuando se utilizan instrumentos diferentes para medirlas, como es el caso del IDB-S en nuestro estudio y el CES-D en el estudio de Guarnaccia, Angel & Lowe (1989) así como en el Gjerde, Block & Block (1988). Nuestros resultados de los análisis factoriales por género nos llevan a compartir la noción de que alguna de la sintomatología depresiva apunta hacia una dirección de exteriorizarse en los hombres e interiorizarse en las mujeres como sugerimos anteriormente.

Los hallazgos de las propiedades psicométricas del IDB-S están limitados en términos de generalización, ya que el estudio se realizó en una muestra no clínica de 548 personas. Con esta limitación en mente, nuestro plan es ampliar las muestras a escenarios de salud mental. Las mismas ofrecerán información adicional para el desarrollo de los puntos de corte del instrumento. Igualmente se están recopilando datos en muestras clínicas y de comunidad en Cuba y la República Dominicana.

Para concluir, este estudio busca desarrollar instrumentos confiables para medir depresión en el contexto Caribeño. En términos generales, el estudio realizado provee a profesionales de la salud mental y de áreas afines, una medida breve de autoinforme con información confiable y válida de la sintomatología depresiva y cónsona con la definición para la depresión mayor en el DSM-IV (APA, 1994). Esta medida, IDB-S, considera en la medición del constructo depresión elementos del contexto hispanohablante (lenguaje) como resultado de haber sido traducida al español y adaptada al contexto de Puerto Rico en una muestra no clínica.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Beck, A T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1, 5-37.
- Beck, AT. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck, AT. (1967). Depression: Clinical, experimental, and technical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, A, Steer, R. & Carbin, M. (1988), Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8,77-100.
- Beck, AT., Weissman, A, Lester, O. & Trexler, L. (1974). The measure of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.
- Bernal, G., Bonilla, J. & Santiago, J. (1995). Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: El inventario de depresión de Beck y la lista de cotejo de síntomas-36. Revista latinoamericana de Psicología, 27, 207-229.
- Bernal, C., Maldonado, M. & Bonilla, J. (1998). Reliability and construct validity of a social support scale. Río Piedras: University of Puerto Rico.
- Bonilla, J. (1997). Vulnerabilidad a la sintomatología depresiva: variables personales, cognoscitivas y contextuales. Disertación doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Bonilla, J., Bernal, C., Santos, A & Santos D. (1998). Modified version of the Beck Depression Inventory: Psychometric Properties with a Sample of Puerto Rican College Students. Río Piedras, P.R. Trabajo no publicado.
- Bravo, M., Canino, G., & Bird, H. (1987). El DIS en español. Acta Psiquiátrica Psicológica Latinoamericana, 33, 27-42.
- Brislin, RW (1970). Back- Translation of cross-cultural research. Journal of Cross-Cultural Psychiatry, 1, 185-216.



-
- Cane, D.B., Olinger, J., Gotlib, I.H., & Kuiper, N.A (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. Journal of Clinical Psychology, 42, 307-309.
- Canino, G., Bird, Rubio, M., Bravo, M., Martinez, R & Sesman, M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 44, 727-735.
- Canino, G., Rubio-Stipec, M., Shrout, P. Bravo, M., Stolberg, R, & Bird, H. (1987). Sex differences and depression in Puerto Rico. Psychology of Woman Quarterly 11, 443-459.
- Conde-López, V, Chamorro, TE. & Useros Serrano, E. (1976). Estudio crítico de la fiabilidad y validez de la E.E.C de Beck para la medida de la depresión. Archivos de Neurobiología, 39. 313-338.
- Culbertson, EM. (1977). Depression and Gender. An International Review. American Psychologist, 52, 25-31.
- Gallagher, D., Nies G. & Thompson, L (1982). Reliability of the Beck Depression Inventory with other adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50. 152.
- Gjerde, Per F, Block, J. & Block, J.H. (1988). Depressive Symptoms and Personality During Late Adolescence: Gender Differences in the Externalization-Internalization of Symptom Expression. Journal of Abnormal Psychology, 4. 475-486.
- Guarnaccia, P., Angel R & Lowe Worobey, J. (1989). The Factor structure of the CES- D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The Influences of Ethnicity, Gender and Language. Social Science and Medicine, 29, 85-94.
- Klerman, G.K. & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. Journal of the American Medical Association, 261, 2229-2235.
- Kuiper, N.A, Olinger, L.J. & Martin, RA (1988). Dysfunctional Attitudes, stress, and negative emotions. Cognitive Therapy and Research, 12, 533-547.
- Masten, W G., Caldwell-Colbert, AT., Alcalá, S.J. & Mijares, B.E. (1986). Confiabilidad y validez de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 8, 77-84.
- Nietzel, M.T, Russell, RL, Hemmangs, K.A, & Greter, M.L (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 156-161.
- Norman, WH., Miller, I.W & Dow, M.G. (1988). Characteristics of depressed patients with elevated lev. Bravo, M., Canino, G., & Bird, H. (1987). El DIS en español. Acta Psiquiátrica Psicológica Latinoamericana, 33, 27-42.
- Brislin, RW (1970). Back- Translation of cross-cultural research. Journal of Cross-Cultural Psychiatry, 1, 185-216.
- Cane, D.B., Olinger, J., Gotlib, I.H., & Kuiper, N.A (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. Journal of Clinical Psychology, 42, 307-309.
- Canino, G., Bird, Rubio, M., Bravo, M., Martinez, R & Sesman, M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 44, 727-735.
- Canino, G., Rubio-Stipec, M., Shrout, P. Bravo, M., Stolberg, R, & Bird, H. (1987). Sex differences and depression in Puerto Rico. Psychology of Woman Quarterly 11, 443-459.
- Conde-López, V, Chamorro, TE. & Useros Serrano, E. (1976). Estudio crítico de la fiabilidad y validez de la E.E.C de Beck para la medida de la depresión. Archivos de Neurobiología, 39. 313-338.
- Culbertson, EM. (1977). Depression and Gender. An International Review. American Psychologist, 52, 25-31.
- Gallagher, D., Nies G. & Thompson, L (1982). Reliability of the Beck Depression Inventory with other adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50. 152.
- Gjerde, Per F, Block, J. & Block, J.H. (1988). Depressive Symptoms and Personality During Late Adolescence: Gender Differences in the Externalization-Internalization of Symptom Expression. Journal of Abnormal Psychology, 4. 475-486.
- Guarnaccia, P., Angel R & Lowe Worobey, J. (1989). The Factor structure of the CES- D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The Influences of Ethnicity, Gender and Language. Social Science and Medicine, 29, 85-94.
- Klerman, G.K. & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. Journal of the American Medical Association, 261, 2229-2235.



-
- Kuiper, N.A, Olinger, L.J. & Martin, RA (1988). Dysfunctional Attitudes, stress, and negative emotions. Cognitive Therapy and Research, *12*, 533-547.
- Masten, W G., Caldwell-Colbert, AT., Alcalá, S.J. & Mijares, B.E. (1986). Confiabilidad y validez de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, *8*, 77-84.
- Nietzel, M.T, Russell, RL, Hemmangs, K.A, & Greter, M.L (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *55*, 156-161.
- Norman, WH., Miller, I.W & Dow, M.G. (1988). Characteristics of depressed patients with elevated levels of dysfunctional cognitions. Cognitive Therapy and Research, *12*, 39-52.
- Reynolds, W & Grould, J. (1981). A psychometric investigation of the standard and short Beck depression Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *49*, 306-307.
- Robins, CJ. & Block, P. (1989). Cognitive theories of Depression view from a diathesis stress perspective: Evaluations of a Model of Beck and Abramson, Seligman and Teasdale. Cognitive Therapy and Research, *13*, 297-313.
- Sarason, I. G., Johnson, J.H. & Siegel, M. (1978). Assessing the impact of life changes. Development of the Life Experiences Survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *46*, 932-946.
- Vásquez, C & Sanz, J. (1991). Fiabilidad y Validez Factorial de la Versión Española del Inventario de Depresión de Beck. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, 25- 28 de septiembre de 1991.
- Weissman, AN. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. Dissertation Abstracts International, *40*, 1389B-1390B. (University Microfilm, No. 79-19, 533).
- Weissman, M., & Myers, J. (1978). Affective disorders in a U.S. urban community. Archives of General Psychiatry, *35*, 1304-1311.



EL PSICÓLOGO Y SU FORMACIÓN

Propuestas Curriculares

Lic. Miguel Fincheira

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

He tenido ocasión de trabajar con programas de las carreras de psicología en varias universidades. He seguido mucho más de cerca el desarrollo de los pensos de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; es a partir de esta vivencia que quiero presentar una serie de propuestas con el propósito de que encuentren acogida, no necesariamente de aceptación, sino para que formen parte del intercambio de pareceres que ojala las hagan fructificar en provecho de todos.

En primer lugar, la posibilidad misma de hablar de 30 años de experiencia en la formación de psicólogos, que ha quedado plasmada en un aporte importante a la sociedad en su quehacer de vida sana, escolarización y apoyo al capital humano de la empresa productiva, nos autoriza a reconocer un crecimiento, un progreso. Sin embargo, a nivel de organización institucional, no se encuentran todavía estos 30 años en un departamento dependiente de un decanato de Filosofía y Humanidades o de Humanidades y Educación.

Es como si a nivel institucional, estos 30 años hubieran sido inútiles, como si la ciencia psicológica se hubiera quedado estática y hubiera sido vano su constante redefinirse.

La psicología hace tiempo que dejó de ser una parte de la filosofía y simple disciplina humanista. Con sus dificultades, se pretende una ciencia de la conducta humana de relación, de la persona humana en su interacción social, que la construye precisamente como persona humana. Es por esto que se la clasifica entre las ciencias del hombre o entre las ciencias sociales.

Por todo esto, mi primera propuesta es la configuración de un proyecto bien fundamentado para hacer reconocer a nuestras escuelas de psicología un estatus institucional de decanato. No seríamos la excepción, numerosas universidades están organizadas de esta manera. Quiero citarles solamente el caso de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, precisamente porque ha tenido un gran influjo como modelo del pensum de la UNPHU:

- En 1892 se organiza el primer laboratorio de psicología experimental en el Instituto Superior de Filosofía. En 1923 se funda la Escuela de Pedagogía y de Psicología aplicada a la Educación. En 1935, en colaboración con la Facultad de Medicina se establece un servicio de consulta psicológica para niños.
- En 1944 se funda el Instituto Universitario de Psicología con el nombre de Instituto de Psicología y de Ciencias de la Educación. En 1967 se convierte en Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación.

La condición de Decanato nos aportaría más peso y autonomía y al paso, nos alejaría más de la tentación de definirnos como una sub-ciencia dentro de las ciencias de la salud, peligro que siempre nos ha rondado y que, en un pasado no tan lejano, le costó un esfuerzo enorme a la Asociación Dominicana de Psicólogos (ADOPSI) para no ser



instalada como una de las profesiones auxiliares de la medicina dentro de un proyecto de colegiación médica.

Mi segunda propuesta se refiere a una especialización que ha alcanzado un gran desarrollo dentro de la educación dominicana actual.

La gran reforma de los piensa en la UNPHU data de 1978. El proyecto original presentaba un programa de Psicología Escolar, cuyo objetivo era producir un profesional ampliamente, capaz de intervenir en la interacción escolar del proceso enseñanza-aprendizaje. Conocedor en áreas como comunicación, capacitación de maestros, trastornos del desarrollo, evaluación e intervención correctiva.

Sin embargo, el concepto clínico lo fue llevando poco a poco a lo que es hoy, algo así como un profesional preparado en psicología infantil. Incluyendo ciertos determinismos absurdos: como que en la especialidad clínica no se enseñan las técnicas de evaluación infantil por ser privativas del psicólogo así llamado escolar. El psicólogo clínico estudia las escalas adultas del Weschler y el psicólogo escolar sólo las infantiles.

Por otra parte, paulatinamente hemos visto desaparecer al profesional de la orientación propiamente como tal, por falta de candidatos para esa carrera porque algunos de ellos ya graduados, han seguido su formación hasta convertirse en psicólogos y porque los psicólogos escolares han ocupado sus plazas en los colegios.

Creo que sería sabio abocarse a una definición de qué es el Psicólogo Escolar, cuáles son las herramientas que necesitan para intervenir en el proceso enseñanza-aprendizaje, con cierto peso. Y cuestionarnos sobre el porvenir de la Orientación que cada vez se hace más importante y necesaria en la educación. El perfil de este profesional ¿Es un grado técnico? ¿Coincide con el del psicólogo escolar? Esta es mi segunda propuesta.

La tercera propuesta se refiere al área de Investigación, área siempre tan difícil y marginal en la práctica. Desgraciadamente, en estos últimos años se hizo frecuente la opción de no hacer una tesis de investigación como requisito final del pensum de psicología. La justificación no podía ser otra sino la facilidad.

En la UNPHU hemos vuelto a la práctica de exigir una tesis, un buen proyecto de investigación como demostración final de la preparación científica del nuevo profesional.

Lo que quiero proponer lo he propuesto tantas veces y lo he escuchado también en boca de tantos colegas que tiene ya visos de ilusión. De todas maneras, ahí va una vez más.

No podemos seguir desperdiciando año tras año, el esfuerzo de investigación de profesores y alumnos en temas totalmente dispersos, a voluntad de cada uno de los interesados, a veces incluso sin ningún valor para la situación actual de nuestra ciencia.

Cada universidad debería poseer unas líneas determinadas de temas de investigación en consonancia con la realidad actual de nuestras necesidades nacionales y orientar por esos caminos cualquier tesis de grado que se quiera realizar. Así todo alumno insertaría su proyecto en un proyecto mayor del que sería un aporte significativo y en el que se vería mucho más apoyado y asesorado, por el interés de un área de investigación.

Mi propuesta va más allá, sería también sabio, que la determinación de áreas de investigación, de proyectos de investigación fuera inter-universitaria, de manera que pudiéramos encontrarnos los profesores de ambas universidades, o de muchas universidades en el esfuerzo común de hacer avanzar una investigación en un ámbito interesante para nuestra realidad.

Mi cuarta propuesta tiene que ver con los "intocables" cursos de Estudios Generales. Son intocables porque cualquier intento de reforma se va a encontrar con la realidad de que no dependen de nosotros.

De todas maneras, y con el interés que esos primeros semestres no sean sólo un refuerzo de la preparación que no dieron los años finales de bachillerato, y así se vea el pensum reducido de 4 a 3 años de estudios de psicología propiamente tal, quiero concentrar nuestra atención sobre dos áreas importantes de estos cursos, Lengua Española e



Historia Dominicana.

Creo que debemos conseguir hacer del curso o los cursos de Lengua Española, una presentación y estudio profundo de la literatura contemporánea, lo que ubicaría desde el inicio a los candidatos a psicólogos en el contexto de los grandes temas de la problemática humana en el momento presente. Se trata de 6 créditos en el caso de la UNPHU, nos daría tiempo y espacio suficiente para motivar en los alumnos una reflexión sobre la realidad humana que es amplia y compleja.

De igual forma, Historia de la Cultura, Historia Crítica Dominicana debe transformarse en un estudio acabado de los elementos culturales del hombre dominicano, no en un simple relato de episodios sino en un análisis profundo de las variables culturales que estarán presentes en definitiva en la patología, en la enseñanza y en la organización laboral.

Para esto no basta motivar a un profesor de Lengua Española o de Historia. Es necesario elaborar un marco conceptual de temas indispensables a la preparación del psicólogo y que ofrezca como objetivo a ser alcanzado en estos cursos. Y por supuesto, este marco conceptual tenemos que elaborarlo nosotros, de acuerdo a las necesidades que reconozcamos en nuestro trabajo clínico, en nuestra realización de aprendizaje-aprendizaje y en nuestra realidad de empresa productiva.

Mis propuestas finales tienen que ver con una realidad imperiosa ¿Estamos preparando psicólogos? ¿Estamos conscientes que preparamos terapeutas? En 5 años, peor en 3 años, ¿Se prepara un terapeuta? Legalmente tienen su grado profesionalizante que les hace acreedores a un exequátur.

Yo pienso que 5 años son pocos, otros piensan que 3 años son suficientes, y por supuesto, como publicidad es llamativa y es lamentable que sea así.

No sé si a ustedes les ha ocurrido, últimamente he encontrado varios jóvenes que han elegido psicología y han optado por irse a estudiar al INTEC por que se termina antes. Yo creo que eso también es una realidad importante. La preparación universitaria implica un gasto económico, sin duda, que si se lo acorta es mejor, es obvio.

Pero, se acuerdan del mito griego del lecho de Proustes...

Lo importante es el grado de preparación necesario para la práctica psicológica, sobre todo clínica. Yo pienso que nuestros pensadores nos preparan bien como psicólogos y que la preparación terapéutica exige algo más. De hecho gran parte de nuestros graduados busca un programa de postgrado para completar su preparación. Con lo que fácilmente el pensum se les alarga a 7 años. Yo no creo que sea asunto de acortarlo. La preparación de un profesional es también cuestión de madurez y esto exige un tiempo, no es lo mismo hacer un cierto número de créditos en el menor tiempo posible.

Mi propuesta es que tomemos en serio la preparación de un psicólogo general o con cierta especialización en 5 años. El debe conocer extensa y profundamente la estructura del humano y su desarrollo normal y patológico. Debe poder evaluar e intervenir en asesoría, orientación, profilaxis. Al mismo tiempo, estos conocimientos deberán estar cimentados en una buena capacidad de investigación científica que hagan objetivos sus conceptos y afirmaciones.

Para esto, los cursos que en estos últimos años han comenzado a engrosar más o menos oficialmente nuestros currículos como: terapia psicoanalítica, familiar, gestáltica, grupal, deberían ser dejados a los programas de Maestría y en su lugar lograr un buen conocimiento del método de investigación e intervención psicodinámico, sistémico, conductual, etc. Y además lograr intensificar el conocimiento de la personalidad normal, desprendiéndonos de la espontánea identificación de la psicología clínica=patología. Piensen lo mucho que sabemos por ejemplo, de la patología sexual y lo poco que sabemos de la sexualidad normal. Lo mucho que sabemos de patología infantil y lo poco que sabemos del desarrollo normal. Lo mucho que sabemos de conflictos de pareja y lo poco que sabemos de una pareja normal. Sin esto es imposible que un profesional pueda cumplir su papel de asesor en intervenciones preventivas tan necesarias en cualquier área sobre todo en la educativa.

Dejar los cursos específicos de terapia para las Maestrías significa varias cosas:

1. Que las Maestrías queden reservadas a personas con grado académico en



-
- Psicología. No podemos ofrecerle un curso de terapia a quien no tenga formación psicológica.
2. Que los programas de Maestría sean prácticos y no una repetición teórica de la metodología ya estudiada. Esto exige condiciones de edificación, personal secretarial y sobre todo supervisores. Y esto significa dinero.
 3. Que no podemos dejar estos cursos de Maestrías sólo para que sean buscados en el exterior.

No todos tienen esta disponibilidad de tiempo y sobre todo, las terapias tienen que ver con realidades culturales específicas.

Bibliografía

Depto. de Psicología y Orientación. Proyecto de Modificación de los Planes de las carreras Psicología Clínica, Psicología Escolar, Psicología Industrial y Técnico en Psicometría e Investigación Psicológica. UNPHU, 1996.

Facultad de Educación y Humanidades. Departamento de Psicología y Orientación Ante Proyecto del Plan de Maestría en Psicología Clínica, en Psicología Escolar, en Psicología Industrial y Organizacional. UNPHU, 1984.

Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Psicología y Orientación. Ante-Proyecto de Maestría. Maestría en Psicología y Orientación Escolar. UNPHU, 1984.

Méndez, Carlos E. Metodología. Mc, Graw Hill, Bogotá, 1997.

UNPHU. Proyecto de Planes de Estudios de las Carreras de Psicología Clínica, Psicología Escolar y Psicología Industrial. 1978.



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO HUMANO

Prevención de Déficit en el Desarrollo Infantil e Intervención Temprana

Licda. María A. Díaz Solís
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)

Intervención Post-natal

Introducción

Desde hace muchos años se viene reconociendo la infancia como una etapa crucial para el desarrollo del ser humano. Freud y sus seguidores de la escuela psicoanalítica hacían hincapié sobre los efectos del medio ambiente que rodea estos primeros años, aunque sin definir claramente a que se refieren por primeros años.

Por otra parte, los avances tecnológicos logrados en el área de la salud han posibilitado el descenso de la tasa de mortalidad infantil, sin embargo, no se ha reducido el porcentaje de fracaso escolar de nuestros niños, con toda la secuela en el orden humano, social y económico que ésto conlleva. Lo que significa que así como la ciencia ha logrado grandes triunfos en la lucha por la supervivencia de la niñez, sobre todo aquellos considerados de riesgo, es necesario crear condiciones para que desarrollen al máximo sus potencialidades.

De esta preocupación surgen los programas de Estimulación Temprana, los cuales al principio fueron diseñados para la intervención a niños de alto riesgo biológico, pero que se extendieron para abarcar aquellos que por el ambiente desfavorable que les rodea se consideran como de riesgo ambiental.

¿Por Qué la Intervención en los Primeros Años?

Kirk (en Ellis y Cross, 1978)⁵ plantea (en EUA) que la gente que trabaja con sordos y ciegos ha tenido poca dificultad para convencer a los demás sobre la necesidad de iniciar temprano a promover el desenvolvimiento del niño, pero que ha sido bastante difícil persuadir acerca de que también es importante promover acciones de estimulación

⁵ Ellis, Norman y Lee Cross. *Planeamiento de Programas para la Estimulación Precoz de los Disminuidos*. Ediciones Paralelas. Argentina, 1978



temprana para otros niños. De acuerdo con el autor, esto se concluye a partir de los pocos servicios de esta naturaleza que se ofertan.

En nuestro país, incluso las iniciativas de programas preescolares en el sector público han sido tímidas y, paradójicamente el sector social atendido por las instituciones públicas es el más necesitado de estos servicios, por las condiciones de privación ambiental en las que se desenvuelven estos niños.

¿Qué entendemos por Estimulación Temprana?

El término abarca todas las experiencias que se le brindarán al niño en los primeros años de vida y que van a tener efecto acumulativo a largo plazo. Implica que organicemos el medio ambiente que rodea los primeros años de vida del niño, lo que permitirá mejorar los pronósticos sobre su desarrollo; y en el caso de los niños de alto riesgo, prevenir el surgimiento de posibles déficit.

Bases de los Programas de Intervención Temprana

En apoyo a la necesidad de organizar acciones que promuevan el desarrollo del niño en los primeros años se han llevado a cabo una enorme cantidad de investigaciones y de formulaciones teóricas. En este trabajo abarcaremos brevemente cinco tipos de ellas.

1. Construcciones Teóricas

Tal vez, dentro de este contexto las más importantes y primeras contribuciones para comprender cómo influye el ambiente temprano en el desarrollo futuro del ser humano, fueron hechas por Hebb².

Para explicar lo que pasa en los primeros años, Hebb desarrolla un esquema conceptual basado en conocimientos neurológicos, según el cual, si las neuronas de un niño son estimuladas juntas, se genera cierto patrón de descarga que persiste, y de esta manera se produce la conformación de conexiones entre un número de neuronas que se estimularán unas y otras conexiones que se irán haciendo más fáciles y posibles.

Así, un estímulo dado, tiende a descargar a un grupo particular de neuronas, lo que conforma según Hebb, una "asamblea celular". Estas "asambleas" se constituyen en los bloques a partir de los cuales se construye el aprendizaje posterior. Este proceso, según el autor, es lento y acumulativo.

2. Investigaciones Experimentales con Animales.

A fin de verificar los efectos que tiene el medio ambiente temprano sobre el desenvolvimiento posterior del organismo, esta línea de trabajo ha utilizado distintas especies de animales a los cuales ha privado de determinados tipos de estimulación sensorial. En todos los casos, se produjo en estos animales deprivados, no sólo la ausencia de manera irreversible de algún tipo de comportamiento, sino también cambios en los patrones generales de conducta y alteraciones en estructuras orgánicas como reducción del peso de la corteza cerebral. Esto llevó a plantearse la idea de concebir estos primeros años como etapa crítica.

3. Estudios sobre Desarrollo de la Inteligencia, Herencia Vs. Medio Ambiente.

Aunque se llegó a considerar la inteligencia como una cantidad fija al nacer, existen amplias pruebas de que los estímulos del medio ambiente en los primeros años ejercen efectos importantes en el futuro desempeño, que el proporcionar la estimulación adecuada en este momento (particularmente los tres primeros años) tendrá un efecto decisivo sobre las puntuaciones del CI.

La variedad de experiencias tempranas parece proporcionar las condiciones para aprendizajes y modos adaptativos

² Ellis y Cross. *ibid.*



de comportamiento ulterior.

Este es el fundamento sensorial y perceptual de las primeras experiencias, a partir del cual, los niños desarrollan más del 90% de su capacidad para procesar información visual. Esta información va a ser de suma importancia para el aprendizaje de discriminación y otros tipos de aprendizajes más complejos.

Asimismo, Bloom subraya que ciertos límites de la inteligencia y capacidad perceptual se determinan antes del ingreso a la escuela formal, razón por la cual algunos proponen que el niño llega tarde a la misma.

4. Otra línea de estudios para apoyar los esfuerzos en torno a la niñez temprana proviene de observaciones realizadas en niños que han crecido en ambientes culturalmente pobres.

Helen Bee³ resume los resultados de las comparaciones entre estos niños y otros crecidos en medio ambientes normales, en estos tres puntos:

- Diferencias significativas en el porcentaje CI promedio.
- Estas diferencias sólo se detectan después de los tres años (rara vez antes),
- Rendimiento escolar generalmente más bajo en estos niños de estratos económicamente y culturalmente deprimidos.

5. El énfasis puesto en la infancia promovió asimismo estudios con sujetos humanos, muchos de los cuales se llevaron a cabo con sujetos disminuidos o de alto riesgo biológico.

Dentro de esta línea Harold Skeels⁴ (en el libro de Ellis y Cross) presentó en el 1938 un ensayo en el cual mostró la modificación del CI de unos niños a los cuales sacó de un orfanatorio y los colocó en una institución (para estimulación de niños retardados). Estos bebés de dos años no respondían a su medio ambiente ni podían hacer nada y a juicio del autor parecían imbéciles. Logró que fueran admitidos en una institución para retardados de mayor edad. Al año, encontró a estos niños respondiendo alegremente a los juegos y al otro año los encontró normales y entregó en adopción. A partir de esta experiencia empezó a sacar niños pequeños de orfanatorios y hacer que los mayores de las guarderías les prestaran atención. Luego probó con 25 niños con bajos coeficientes. Colocó trece de ellos en estas instituciones, al tiempo que a los 12 restantes los dejó en el orfanatorio. Los 13 niños "experimentales" habían ascendido 28.5 puntos en el CI al hacer seguimiento, mientras que los 12 dejados en el orfanato habían descendido 26.2 en términos promedios.

A partir de entonces surgen otras experiencias alrededor de la idea de que si podemos elevar las potencialidades mentales y sociales de los niños en edad temprana, evitaremos muchos casos de retardo mental.

En el 1949 Kirk reprodujo la experiencia de Skeels⁵ en una población de 5,000 retardados, de los cuales seleccionó 15 niños entre 3 a 5 años, a quienes se le aplicarían actividades de estimulación y otros 15 que no recibían tal, pero serían evaluados periódicamente. El grupo entrenado mostró "una madurez mental y social acelerada" al punto que siete de ellos mejoraron su comportamiento de forma tal que egresaron de la institución. En tanto que el otro grupo se quedó atrás en todos los Tests. Al hacer seguimiento posteriormente, se encontró a los niños del grupo de intervención en muy buenas condiciones. Se encontró además que los niños del grupo control estaban a los ocho años más retardados desde el punto de vista psicométrico que ellos mismos a los seis años.

La conclusión que se sacó es que la intervención preescolar acelera la tasa de desenvolvimiento mental y social, mientras que si no se proporciona asistencia a los niños de riesgo en esas edades, la velocidad del desarrollo tiende a reducirse.

Uno de los niños del grupo, calificado como débil mental, con trastornos convulsivos (2 1/2 años) con un EEG

³ Helen Bee, *El Desarrollo del Niño*, UNAM, 1980.

⁴ Ellis y Cross, *ibid.*

⁵ Ellis y Cross, *ibid.*



anormal, se desarrolló rápidamente, fue adoptado, aprendió a leer y avanzó satisfactoriamente en los grados escolares hasta convertirse de adulto en profesor.

Skeel nuevamente llevó a cabo en el 1966 una evaluación de las condiciones de los sujetos que habían participado en su experiencia en el 1939, ya convertidos en adultos. Encontró diferencias marcadas entre ambos grupos en cuanto a autoeficiencia, éxito en sus trabajos y otros, lo que según él demuestra claramente los efectos de largo alcance que tiene este tipo de asistencia.

En la década de los 70 se produjo un gran interés en los estudios sobre los efectos del ambiente temprano y por los programas de intervención.

Haciendo una evaluación de la década de los 80, Anita Woolfolk⁶ plantea que las décadas de los 60 y 70 la investigación sobre los efectos de las experiencias tempranas, se centraron en programas compensatorios (para niños de familia de bajos recursos y niños con problemas de desarrollo).

Afirma que los resultados iniciales de investigaciones mostraron, que estos programas mejoraban las puntuaciones CI en un principio, pero que esta mejoría desaparecería después de los años de primaria. Pero, evaluaciones recientes han mostrado un panorama más positivo. Cuando se han utilizado criterios de éxito (no simplemente puntuaciones en las pruebas), y se ha llevado a cabo seguimiento de los egresados de estos programas, los resultados han sido definitivos.

Estudios realizados por Berrueta-Clement y colaboradores (1984) y Lazar y Darlington (1982)⁷ muestran que niños que asistieron a estos programas repitieron menos cursos, estuvieron con menos frecuencia en educación especial, se graduaron de preparatoria y asistieron a estudios avanzados con mayor frecuencia, dependían menos de la beneficencia social, trabajaban más y tenían menos hijos ilegítimos.

Se encontró además que los efectos positivos de estos programas no se limitan sólo a las familias de bajos recursos como lo demuestran niños de clase media que participaron en el Proyecto Educación Temprana de Brookline. En el segundo año, leían mejor y tenían menos problemas para adquirir conocimientos básicos que otros niños que no participaron del proyecto (Harvard Education Letter, 1985).

En el país, en el 1981 presentamos en el Congreso Latinoamericano de Psicología, un estudio llevado a cabo en un consultorio de seguimiento longitudinal, en el que se mostraban los efectos de la intervención temprana en una población de niños de alto riesgo biológico nacidos en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, con una variedad de diagnósticos. Aunque no dispusimos de grupo control, fue evidente el efecto beneficioso (se compararon los sujetos consigo mismo en diferentes momentos) que lograron estas actividades y la integración y credibilidad en éstas por parte de las madres. En todos los casos contemplados se llevó⁸ a los niños a un desarrollo normal al término del primer año.

¿Cuándo empezar?

La experiencia con el programa Head Start dejó bien claro que si se quería tener verdadero éxito en la prevención del deterioro, era necesario empezar temprano. Hodges (1971) afirma que uno de los problemas de la mayoría de los programas existentes es que empiezan demasiado tarde. Cadwell y O'Connor⁹ sobre este particular sostienen, que para que tengan efectos perdurables, las actividades de intervención deben empezar antes de los tres años; "quizá inmediatamente después del nacimiento, ya que (...cuanto mayor es el organismo, menor es el cambio" (Horowitz, 1974)¹⁰; ya que, de acuerdo con Cadwell el lapso comprendido entre los 18 meses y los tres años es el momento en el

⁶ Woolfolk, Anita, *Psicología Educativa*. Prentice Hall Latinoamericana, México, 1991.

⁷ *Ibid.*

⁸ Díaz Solís, María y Salas, Amelia. *Los Efectos de la Intervención Temprana sobre el Desarrollo Motor, Verbal, Social y Perceptual en Niños de Alto Riesgo Biológico*. Congreso Latinoamericano de Psicología. Rep. Dom. 1981.

⁹ Ellis y Cross, *Ibid.*

¹⁰ Ellis y Cross, *Ibid.*



que empiezan a aparecer las diferencias en los niveles cognoscitivos entre los niños de diferentes estratos sociales.

Rick Herber planteó que había que empezar más temprano que los programas existentes de preescolar y formó con mujeres embarazadas provenientes de áreas de riesgo, un grupo experimental. Inició las actividades tan pronto como nacieron los niños. Asegura el autor que a los doce meses ambos grupos estaban más o menos en el mismo nivel, pero que pronto los niños del grupo experimental superaron significativamente a los del grupo control.

Implicaciones

Los esfuerzos en torno a la intervención de la niñez temprana de alto riesgo tanto biológico como ambiental tienen implicaciones humanas, sociales y económicas.

Desde el punto de vista personal está comprometido el futuro de un ser humano y esto por sí solo justifica estos esfuerzos.

Y el punto de vista social, estudios socioepidemiológicos realizados en Latino América muestran que alrededor del 75% de los casos de retardo (la mayoría de los retardados leves y lentos de aprendizaje y que terminan desertando del sistema escolar) corresponde a retardos desde el punto de vista ambiental.

Aunque alto riesgo biológico y ambiental se consideran para fines de intervención como categorías diferentes, lo cierto es que una alta tasa del riesgo biológico está asociada con factores ambientales o más bien, con condiciones de pobreza.

Carrera Michelli (1977)¹¹, ejemplifica esto, aportando cifras con las cuales demuestra que la incidencia de prematuridad en pacientes de centros privados es mucho menor que en los que asisten a centros públicos; y además que existe diferencia entre el pronóstico de niños de bajo peso, dependiendo de la clase social.

Asimismo Cromwell (1976)¹², a partir de la revisión de un gran número de estudios, concluye que una gran incidencia de retardo mental, así como elevadas tasas de mortalidad infantil y problemas agudos de salud es una característica de los sectores más pobres.

Este aserto se ve apoyado también por las diferencias entre las cifras de deserción escolar en los niños del nivel básico de escuelas públicas y los de centros privados. Estas cifras varían también de un área geográfica a otra, siendo mucho más elevada en los polos de pobreza.

Implicaciones Económicas

La educación especial cuesta generalmente más que la regular. Hobbs (1975)¹³, reporta algunos estudios que muestran que el cuidado especial de niños disminuidos puede ser reducido gracias a una intervención temprana y que esto hace posible que dichos niños pasen a formar parte de programas regulares. Scribes (1974)¹⁴ concluye afirmando que "...un dólar gastado en selección y tratamiento (en esta etapa) está más que compensado por un ahorro de 4 dólares en intervenciones institucionales". De igual modo Conley (1973) sostiene que un cálculo del costo del retardo mental (en EUA) en 1970 dio como resultado la cantidad de 700,000 millones de dólares incluyendo la cuantificación de las pérdidas por falta de productividad y el costo de los servicios. Visto de este modo, los beneficios de los programas para la prevención del retardo son enormes, lo que justifica grandemente la inversión de esfuerzos con estos propósitos.

¹¹ Carrera Michelli, Fernando. *Papel del obstetra en la prevención del retardo mental. Seminario Centroamericano y del Caribe sobre Retardo Mental, Caracas, Venezuela, Nov. 1977.*

¹² Cromwell, David. *El niño de Alto Riesgo. I Jornada Internacional a nivel Latinoamericano sobre Retardo Mental y III Jornadas de AVEPANE. Caracas, Venezuela, 1976.*

¹³ Ellis y Cross, *ibid.*

¹⁴ Ellis y Cross, *ibid.*



Programas de Intervención Temprana en el País

Hasta el año de 1978, sólo el Centro de Rehabilitación atendía niños con problemas de desarrollo. En ese año se crea en la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia un programa con el propósito de prevenir el retardo en el desarrollo, dirigido a la población de niños de alto riesgo biológico nacidos en el hospital.

A continuación se describen los programas para la niñez que actualmente dispone el país.

Sector Salud

En la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS) a través de la División de Protección al Menor existen varios servicios para la niñez desprotegida en diferentes edades, incluyendo adolescentes y localizados en varios puntos del país. Pero programas específicos de Estimulación Temprana existen tres en las correspondientes maternidades*:

- . Nuestra Señora de La Altagracia para niños de alto riesgo biológico, con intervención a partir del nacimiento.
- . Materno-Infantil de Los Mina
- . Seguro Social, para niños de 0 a 6 años.

En el Hospital Robert Reid Cabral este servicio se abrirá a partir de enero del próximo año.

Sector Educación

Dentro de este sector funcionan el programa de Preescolar Formal y el no Formal.

El primero funciona en los Centros de Educación Básica y que reúnen las condiciones de espacio físico. Este servicio está reglamentado por una ley que establece la obligatoriedad del Estado para el último grado de preescolar (niños de 5 años).

Establece esta ley asimismo que la Secretaría de Estado de Educación apoyará programas para menor edad que reúnan los requisitos necesarios.

El programa de preescolares no formal se encuentra en este momento en evaluación. Está dirigido a menores de 3 a 6 años. Existían a inicios de la presente gestión de gobierno 918 centros ubicados en Mao, Monte Cristi, Azua, Barahona, San Juan y tres en barrios marginales de la ciudad de Santo Domingo.

Consejo Nacional para la Niñez (CONANI)

Coordina los Centros de Educación Integral (CIANI) para niños de 2 hasta 6 años.

Centro de Rehabilitación

Atiende niños de alto riesgo biológico, ambiental y establecido. Se inicia el trabajo a cualquier edad tan pronto como los niños son remitidos de los tres hospitales mencionados anteriormente y del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, FFAA.

El Programa de Intervención incluye:

- Evaluación del Desarrollo
- Servicio Médico
- Programa de Estimulación Temprana (se utiliza el Portage)

* *Consultas a expertos.*



- Integración Familiar y Social (asesoramiento, patrones, hábitos, etc.).

A partir de los dos años, los niños con necesidades educativas especiales son integrados al preescolar del centro; los evaluados normales se refieren a preescolares comunes con seguimiento.

Además, aquellos niños que presentan trastornos en el desarrollo son remitidos al Hospital Infantil Robert Reíd Cabral.

Mantienen en el interior varios programas:

- Educación en el Hogar. Que consiste en la visita domiciliaria una vez a la semana para evaluación y actividades de promoción del desarrollo.
- Centros de Intervención. A éstos asisten las madres con sus niños. Estos centros se encuentran en Santiago, Bonaó, La Vega, San Francisco de Macorís y el de Puerto Plata con todos los servicios de Santo Domingo.

El Centro tiene acuerdos con la SESPAS, la SEEC para medicina física y entrenamiento. Con CONANI y el CIANI, los cuales refieren a los niños con necesidades especiales de educación (el de Cristo Rey y el de Villas Agrícolas).

El Sur no dispone de servicios de Educación en el Hogar, ni de Estimulación, se refieren a los Centros de Santo Domingo.

La Organización de Programas de Intervención Temprana

Ellis y Cross (1978) definen programa como el “conjunto de actividades para afectar a un grupo particular, de una manera particular a través de un grupo particular de acciones”. (Pág. 63).

La planificación de programas de intervención temprana debe partir de las cuestiones siguientes:

1. ¿Qué tipos de sujetos serán tratados? (alto riesgo biológico ambiental o establecido).
2. ¿Cuál población requiere intervención más urgente?
3. ¿En qué momento de la vida del niño se inician las actividades?
4. ¿Cuándo terminará la intervención?
5. ¿Cuáles estrategias se utilizarán para el acceso de la población meta?
6. ¿Cuáles organizaciones o unidades intervendrán conjuntamente?
7. ¿A quién se encargará de continuar con las actividades para el desarrollo del niño?

Plantaremos aquí dos perspectivas para estos programas.

1. La perspectiva estatal (macroprogramas)
2. Los programas en instituciones.

John Melcher (en recopilación de Ellis y Cross), describe 7 aspectos a considerar (en la organización del servicio de intervención temprana desde el Estado).

1. Identificación de niños
2. Empleo de servicios existentes
3. Predicción de la incidencia de determinadas deficiencias
4. Prestación de servicios (¿cuáles?)
5. Utilización de sistemas de gestión hogareña
6. Sincronización entre servicios y organizaciones
7. Provisión de capital humano (entrenamiento)



Programas desde la Perspectiva Institucional

La planificación de un programa de intervención temprana aborda los siguientes elementos:

4. Población Meta.
 - ¿Quiénes?
 - ¿Qué necesidades?
 - ¿Para qué?
2. Definición y/o diseños de componentes
 - Curriculum de Estimulación
 - Servicios
 - Infraestructura (espacio, útiles y equipos, materiales)
 - Equipo humano
3. Estrategias Programáticas
 - Formal en Centros de Salud o Educación
 - No Formal (hogares, comunitarios)
4. Criterios y mecanismos de evaluación.

Población Meta

La definición de la población que será objeto de intervención determinará la selección e identificación de los sujetos, las estrategias programáticas y los servicios que serán prestados. De esta manera, en el nivel institucional estaríamos manejándonos básicamente con dos tipos de poblaciones y programas:

- Niños de Alto Riesgo Biológico y Establecido
- Alto Riesgo Ambiental.

Alto Riesgo Biológico

En la primera etapa de planificación se establecen claramente las categorías que van a ser consideradas para intervención tempranas.

- Detección: momento de nacimiento
- Estrategia programática:
 - Referimiento (médicos generales, pediatras, parteras, promotores refieren estos niños al programa).
 - Asistencia y servicios en consultorías y centros de salud o educación.
- Servicios
 - Salud
 - Nutrición
 - Educación-Terapia
 - .Asesoramiento y educación a padres
 - .Orientaciones para el trabajo en el hogar
 - .Trabajo con el niño
 - .Evaluación
 - .Estimulación
- Referimiento
- Equipos Humanos:
 - Personal de salud/nutrición
 - Personal de psicología/orientación.
 - Otros (según disponibilidad)
- El momento de inicio: Primer mes de nacido

Alto Riesgo Ambiental



1. Niños de familias en condiciones de pobreza extrema (áreas marginales).
2. Estrategias Programáticas
Centros comunitarios para las áreas urbanas marginales y visitas a hogares en áreas rurales.
3. Servicios.
 - Reeducación nutricional
 - Atención primaria en salud
 - Educación
 - Terapia (orientación a la madre, evaluación y estimulación al niño)
 - Referimiento
4. Momento de inicio: Primer mes de nacimiento
Equipo humano según disponibilidad: Médicos, enfermeras, promotores, educadores, psicólogos, orientadores.
5. Referimiento
 - A centros de salud
 - A programas no formales de educación preescolar o a los CIANI. En caso de déficit, a los programas de rehabilitación.

Consideraciones Adicionales

- Los servicios educativos deben dirigirse no sólo a las debilidades del niño, sino también a las potencialidades en todas las áreas de desarrollo.
- Los servicios a la familia son imprescindibles porque los padres desempeñan una función vital, no incluirlos implica lograr una escasa influencia sobre el niño.
- La coordinación entre el personal clínico, educativo y los padres, en el centro o el programa, puede hacer que el niño progrese rápidamente y que los adelantos logrados perduren.

Factibilidad

Los programas para la intervención de la niñez en este período temprano requieren básicamente de la coordinación de esfuerzos ya que existe en el sector salud la infraestructura física necesaria y es posible elegir alternativas en base a estrategias no formales para atender desde el sector educación la otra parte de la población.

Asimismo, los programas de intervención temprana no conllevan la utilización de equipos sofisticados o costosos, sólo instrumentos simples.

En cuanto a los recursos humanos, se pueden lograr acuerdos con universidades para organizar programas de estudio-trabajo en los que se beneficien todos los involucrados, así como programas de entrenamiento para formar al equipo existente en las instituciones.

Viabilidad y Aceptabilidad

La experiencia obtenida en el consultorio de seguimiento, nos indica que una vez la madre hace conciencia de los beneficios de esta intervención temprana se involucra activamente. Al iniciar la intervención psicológica en el centro, el ausentismo (que es generalmente alto) se redujo casi a cero y en cuanto a la viabilidad política, es un asunto de ir construyendo esos espacios.

A Modo de Recomendaciones

A nivel estatal es urgente que se formulen políticas para apoyar el desarrollo de la niñez, declarando en estado de emergencia los niños pertenecientes a las clases económicamente desventajadas, tanto en las áreas rurales como las urbanas marginales.



Estimular los programas que incluyan los tres primeros años, los que al parecer resultan cruciales para el desenvolvimiento futuro del ser humano.

Lograr acuerdos que permitan coordinar los esfuerzos a nivel de las instituciones públicas, para diseñar estrategias que permitan por un lado cubrir los rangos de edades necesarias y por la otra, un enfoque integrado transdisciplinario basado en equipos de intervención.

Asumir como máxima prioridad aquellas áreas geográficas, en las cuales un alto porcentaje de la población vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, complementando los programas de intervención con nutrición y reeducación nutricional y de educación para la salud.

Fomentar el desarrollo de programas de Estimulación Temprana para los niños de alto riesgo biológico en el sector privado, concientizando al personal médico, sobre todo pediátrico, sobre esta necesidad.

PSICOLOGÍA SOCIAL

Disonancia Cognoscitiva: Una “Nueva Mirada” o lo Central del Autoconcepto

*Lic. Carlos Ruiz Matuk
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).*

Resumen

Desde el 1957, cuando León Festinger irrumpió con su teoría de la disonancia cognoscitiva en la psicología social, los aportes heurísticos y su papel en la fusión de la cognición y la motivación no aseguraron que fuera valorada coherentemente a través del tiempo. A mediados de los 70's el interés por sus aplicaciones declinó entre los psicólogos sociales. Sin embargo, al final de los ochenta y principios de esta década, nos encontramos con un retorno de la discusión sobre la importancia de dicha teoría. La nueva discusión se centra en dos revisiones separadas de la teoría de Festinger. Por un lado está la propuesta de Aronson, quien plantea que la disonancia emerge cuando un importante elemento del autoconcepto es violado. Por el otro está la argumentación de Cooper y Fazio de que ésta se produce al sentirse personalmente responsable de un resultado aversivo. Examinaremos las dos posiciones asumiendo una superioridad de la formulación de Aronson, para lo cual presentamos datos que refutan la hipótesis de la "nueva mirada" y otros sugiriendo que los postulados de responsabilidad personal y consecuencias aversivas pueden integrarse a la centralidad del autoconcepto en la experiencia y reducción de la disonancia cognoscitiva.



Introducción

Hace unos diez años, un profesor de Psicología irrumpió con una pregunta curiosa en la clase de una asignatura que no tenía en su programación ningún tema de psicología social: "A ver quien sabe ¿Qué es la disonancia cognoscitiva?" No niego que siempre fui un estudiante pretencioso, por lo que decidí ser el héroe delante del curso, levanté mi mano y respondí: "Es el estado que se encuentra la persona cuando tiene dos pensamientos que se contradicen entre sí. Para el momento esa fue la mejor respuesta, porque ninguno de mis compañeros quiso dar otra. Por lo menos el citado profesor asintió y terminó relatando que cuando hizo la misma pregunta en otro grupo de la misma asignatura sólo un estudiante se atrevió a levantar su mano para manifestar que realmente había escuchado el término, pero que no sabía qué significaba. Esto sucedió aún cuando casi todos mis compañeros y los del otro estudiante habíamos cursado por lo menos una de las dos asignaturas de psicología social de la carrera en aquel entonces.

Una respuesta que me he dado es que al parecer tendemos a preguntarnos más sobre las situaciones en las cuales la actitud influye o no en el comportamiento de una persona. Y el concepto de disonancia cognoscitiva invierte la pregunta, y se refiere a ¿cómo influye el comportamiento a nuestras actitudes?

Gran parte de la investigación al respecto ha sido provocada por León Festinger después del 1957. Se ha dicho que ya existían propuestas del proceso por el cual se deshace la persona de dos cogniciones que no concuerdan. Están por ejemplo, Heider en 1946 en la *Journal of Psychology* en su artículo titulado *Attitudes and cognitive organization* (Actitudes y organización cognitiva) y Newcomb en su artículo *An approach to the study of communicative acts* (Una aproximación al estudio de los actos comunicativos) publicado en la revista *Psychological Review* en el 1953. La gran contribución de Festinger fue hacer explícito el proceso por el cual las cogniciones pierden disonancia y expresarlo de manera que pudiera ser comprobado mediante experimentos.

Los elementos básicos de la teoría son las cogniciones o "fragmentos de conocimiento" que tenemos sobre el mundo. Dos cogniciones son disonantes cuando una sigue de otra opuesta, es decir, que una contradice a la otra. Según esta relación de disonancia entre las dos cogniciones producen un estado de tensión que la persona tiende a reducir.

Para Eliot Aronson, alumno y discípulo de Festinger, lo que logra la teoría de la disonancia es forjar un matrimonio entre lo cognitivo y lo motivacional. Es decir, que la disonancia puede ser considerada como un estado motivacional. En otras palabras, no es agradable tener dos pensamientos que se contradicen, y la persona buscará la manera de deshacerse de esa sensación desagradable.

¿Cómo se reduce este estado desagradable? Se han propuesto tres formas de reducir la disonancia: cambiando una de las dos para hacerlas coherentes, añadiendo una o más cogniciones consonantes o alterando la importancia de varias cogniciones.

Festinger propuso que algunas cogniciones son más resistentes al cambio que otras. Por ejemplo, las que se basan en la realidad, como nuestro conocimiento de que el hielo es frío o de que acabamos de comer verduras son particularmente difíciles de modificar. Por el contrario, las que se basan en opiniones y actitudes (no me gustan las verduras) son menos resistentes al cambio.

La base de estos conceptos se derivó de un experimento ya clásico desarrollado por Festinger y Cadsmith (1959), Reclutaron sujetos para lo que sería un experimento sobre desempeño de tareas, Conforme iban llegando, se les asignaba una serie de tareas bastante tediosas para que ocuparan su tiempo, Por ejemplo, se les pedía que hicieran girar una de las clavijas de un tablero, primero un cuarto de giro hacia la izquierda, después un cuarto de giro hacia la derecha, Cuando terminaban, el experimentador les explicaba que el verdadero experimento estaba relacionado con disposiciones o expectativas mentales. Se les informaba de que otros sujetos se reunirían con un ayudante del experimentador antes de llevar a cabo sus tareas y estarían convencidos de que serían interesantes y divertidas.

A continuación se les dijo que formaban parte del grupo control del experimento, es decir, que se evaluaba el desarrollo sin que el ayudante despertara expectativas de ningún tipo, En ese momento los sujetos suponían que había terminado el experimento, pero en realidad apenas empezaría la parte medular del mismo. Mostrándose un poco perplejo, el experimentador les hacía saber que el ayudante estaba por llegar para hablar con el siguiente sujeto, que



debía adoptar un estado de "expectación positiva". Después el experimentador debía simular una idea repentina: quizá el sujeto que estaba con él podría hacerse pasar por ayudante. Lo que tendría que hacer es convencer al siguiente "sujeto" (quien en realidad era el ayudante del experimentador) de que las tareas eran en verdad interesantes y divertidas, Para ello, se les ofrecía una paga de un dólar (a otro grupo de "control" se les ofreció 20 dólares por hacer lo mismo). Después de hacer lo que el experimentador solicitaba, se les pedía que expresaran su actitud "real" respecto de las tareas.

El comportamiento de los sujetos al tratar de influir en los ayudantes realmente estaba en desacuerdo con su actitud original con respecto de las tareas. Además, el aliciente de un dólar no parece haber sido suficiente para justificar ese comportamiento (es decir, servir de cognición de apoyo). Es poco probable que los sujetos hubieran cambiado de opinión respecto del comportamiento (difícilmente se les hubiera convencido de que no había desempeñado las tareas). La teoría de la disonancia pronosticaría un cambio en las cogniciones menos resistentes (la actitud respecto de las tareas), de manera que llegaría a concordar con el comportamiento. En otras palabras, se esperaría que los sujetos evaluaran las tareas como si en realidad hubieran sido interesantes. De hecho comparando con el segundo grupo de sujetos (a quienes se les pagaron 20 dólares por tratar de influir en el ayudante), y un verdadero grupo de control (que sólo evaluó las tareas después de terminadas), los sujetos que recibieron un dólar adecuaron su punto de vista con su comportamiento y dijeron que las tareas habían sido interesantes. Los del grupo de 20 dólares mostraron poca disonancia desde un principio, pues la cantidad ofrecida (cuando menos en 1959) proporcionaba la explicación del comportamiento.

La cantidad de experimentación que se produjo a partir de éste fue considerable.

Ned Jones (1976), citado por Aronson, caracterizó a lo que él llamó *movimiento de la disonancia* como "el más importante desarrollo singular en la psicología social hasta la fecha". En sus inicios jugó un papel importante en la conciencia de la psicología de los presupuestos simplistas de las teorías del reforzamiento. Y como Aronson apuntó desafió la teoría psicoanalítica, específicamente en la noción de catarsis de la agresión.

¿La Nueva Mirada o la Mirada más Cercana?

La visión simplista de la teoría pronto comenzó a tener problemas de todos modos, debido a las evidencias de que las cogniciones inconsistentes particularmente no eran suficientes para producir disonancia. Sólo tres años después de la formulación de Festinger, Aronson comenzó a llamar la atención de la importancia del autoconcepto en la mediación de los efectos de la disonancia. Años después este autor presentó una elaboración más acabada en relación a la centralidad del autoconcepto en la experiencia y reducción de la disonancia implicando que las personas luchan por tres cosas:

- 1) Preservar un consistente, estable y predecible sentido del yo
- 2) Preservar un sentido completo del yo
- 3) Preservar un sentido moralmente bueno del yo.

Cooper y Fazio (1984) por otro lado presentaron una "nueva mirada" como propuesta para salvar las debilidades de la teoría de la disonancia. En esta posición se plantea que lo que produce el estado desagradable de tensión se relaciona directa y exclusivamente al sentimiento de responsabilidad por una consecuencia aversiva. Es decir, las implicaciones teóricas de esta nueva mirada comprenden dos elementos básicos: la previsión de consecuencias aversivas como resultado del comportamiento y percepción de una responsabilidad personal.

Nuestra posición consiste en que los planteamientos teóricos de la "Nueva Mirada", además de las evidencias experimentales encontradas pueden reducirse a la posición de Aronson, de que el autoconcepto sigue siendo central para que se experimente la disonancia cognoscitiva. Por ejemplo, Scher y Cooper (1989), ofrecieron la evidencia de que una conducta contractudinal, que no produce como resultado un evento negativo, no produce cambio de actitud. De acuerdo a la posición del autoconcepto es la significación psicológica de la conducta, como el reflejo del Yo, lo que produce el potencial, para hacer surgir la disonancia. La evidencia como sea, no contradice la formulación del autoconcepto y aún más, existen evidencias modernas de que la autoestima es mediadora en la experiencia de la disonancia. (Lammers y Becker, 1992). Además, Steele y sus colaboradores (1988, citados por Thibodeau & Aronson, 1992) han producido considerables datos mostrando que, después de afirmarse un aspecto importante del autoconcepto que es irrelevante a la inconsistencia inducida experimentalmente, los sujetos cesan la reducción de la disonancia con el cambio de actitud. Por ejemplo, cuando a sujetos que mantenían fuertes valores estéticos se les permitió afirmar estas creencias después de



escribir un ensayo oponiéndose a los fondos para los minusválidos, sus actitudes se mantuvieron sin cambio. Los sujetos que no prestaban importancia a los valores estéticos, evidenciaron el cambio de actitud en la dirección del ensayo contractudinal.

Después de todo no quiero decir que las discusiones modernas, sobre la reducción de la disonancia cognoscitiva se enmarcan solo en esta controversia. Actualmente, se han presentado nuevas posiciones teóricas, por ejemplo está el nuevo modelo de redes neurales en la limitación de la satisfacción (Constraint satisfaction neural network model) o modelo de la consonancia. Según Shultz y Lepper (1996) este modelo puede simular datos de los paradigmas de justificación insuficiente y de elección libre, y en muchos casos se adapta mucho mejor que la teoría de la disonancia. Esta aproximación no escapa de las influencias computacionales de los últimos tiempos. Según sus defensores, el éxito del modelo remarca las similitudes importantes e imprevistas entre los que habían sido anteriormente vistos como procesos exóticos de reducción de la disonancia y una variedad de otros procesos psicológicos más mundanos.

Referencias Bibliográficas

- Aronson, E. (1992) The return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback, Psychological Inquiry, 3 (4): 303- 311.
- Cooper, J. & Fazio, R.H. (1984). A new look at dissonance theory. In L. Berkowitz (Ed.). Advances in experimental social psychology 17. Orlando, Fl: Academic Press.
- Festinger, L. & Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. Journal of Abnormal and Social Psychology, 58: 203-211.
- Heider, F. (1958) Attitudes and cognitive organization. Journal of Psychology of Interpersonal relations. New York: John Wiley & Sons.
- Newcomb, T. (1953) An approach to the study of communicative acts. Psychological Review, 60: 393-404. 1953 by the American Psychological Association.
- Scher, S.J. & Cooper, J. (1989) Motivational basis of dissonance: the singular role of behavioral consequences. Journal of Personality and Social psychology 56. (6): 889-906.
- Shultz TR, Lepper MR (1996) Cognitive dissonance reduction as constraint satisfaction. Psychological Review 103 (2) 219-40.
- Thibodeau, R; Aronson, E. (1992) Taking a closer look: Reasserting the role of the self concept in dissonance theory. Personality and Social Psychology Bulletin 18 (5): 591-602.

Aborto Obtenido y Denegado: Perspectivas Psicosociales

Dr. Henry P David

Instituto de Investigación Transnacional de la Familia, E. U.A.

Introducción

Es un privilegio especial unirme a ustedes en la celebración del 30mo. aniversario de la creación de las escuelas de psicología dominicanas. Mis calurosas congratulaciones.

Mi primera visita a Santo Domingo fue en los días difíciles a finales de la década de los años sesenta. El programa de asistencia técnica inicialmente desarrollado primeramente con la Universidad Autónoma y luego con la UNPHU gradualmente evolucionó hacia estudios cooperativos sobre comportamiento reproductivo a principios de 1970. Es un placer regresar, encontrarse con viejos amigos y tomar nota del progreso logrado.

Mi exposición estará dedicada a los aspectos psico-sociales del aborto obtenido y del aborto denegado. Quizás no



ha habido otro procedimiento electivo que haya evocado tanto debate público, generado tanta controversia emocional y moral, o recibido mayor atención sostenida por parte de los medios de comunicación. Tal como ha sido bien reconocido, no hay ninguna manera psicológica libre de dolor para enfrentar un embarazo no deseado. Mientras un aborto podrá crear sentimientos de remordimiento, culpabilidad o pérdida, una solución alternativa, tal como el matrimonio forzado, el dar el bebé en adopción, o agregar un bebé no deseado a una ya de por sí familia numerosa o a una relación de pareja ya tensa de por sí, es igualmente probable que esté acompañado de problemas psicológicos para la mujer, para la criatura y para la sociedad. (David, 1972).

Hoy trataré de presentar breves vistas generales de tres estudios: las respuestas psicosociales al aborto legal en los Estados Unidos, la cultura que rodea al aborto clandestino en la República Dominicana a principios de 1970 y los puntos sobresalientes de estudios que actualmente continúan sobre niños nacidos entre 1961-1963 en Praga, República Checa, a mujeres que en dos ocasiones les fue negado el aborto para el mismo embarazo y controles en pares emparejados.

Respuestas Psico-sociales al Aborto Legal Inducido en los Estados Unidos

De todas las complicaciones del aborto, las respuestas psicosociales son las más difíciles de evaluar mucho más que las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Asumiendo que la morbilidad psiquiátrica o psicológica es un fenómeno real y mensurable, la explicación para la amplia gama de opiniones expresada en la literatura puede bien que descansa en lo inadecuado de muchos de los trabajos publicados. (David, 1985).

Dentro de las deficiencias científicas está el énfasis extremado sobre casos de historias clínicas que ignoran a la gran mayoría de mujeres que dan terminación a embarazos no deseados y nunca más buscan consulta de salud mental post-operatoria; la ausencia de procedimientos estandarizados de seguimiento; la falta en lograr el consenso sobre los criterios de diagnóstico psicológico; o el desacuerdo sobre variables psicológicas relacionadas al contexto sociocultural dentro del cual la decisión de aborto ocurre. Perspectivas políticas, morales, éticas y religiosas que difieren influyen en la manera en que es percibido el aborto por diferentes observadores (David, 1997).

En respuestas a preguntas elevadas ante el Congreso de los Estados Unidos acerca de los efectos del aborto sobre la salud mental y física, la Asociación Americana de Psicología, en 1989 convocó un panel de expertos para examinar los factores psicológicos (Adler, David, et al, 1990, 1992). La misión del panel no era evaluar valores sino considerar las mejores evidencias disponibles sobre respuestas psicológicas al aborto. Este panel enfocó los estudios con los más rigurosos diseños de investigación, reportando hallazgos sobre el estatus psicológico de mujeres que han tenido abortos bajo circunstancias legales no restrictivas, es decir, a solicitud, en el primer trimestre y no exclusivamente sobre las bases de salud mental o física.

El panel encontró que la aflicción psicológica es generalmente mayor antes del aborto cuando la mujer tiene que decidir cómo resolver un embarazo no deseado. Las respuestas después del aborto reflejan la gama de experiencias y recursos psicológicos que una mujer tiene para enfrentar eventos negativos de la vida.

A pesar de que puede haber sentimientos temporales de remordimiento, tristeza o culpabilidad, el peso de la evidencia indica que el aborto legal de un embarazo no deseado en el primer trimestre no presenta riesgo psicológico severo para la gran mayoría de las mujeres.

Efectivamente, muchas mujeres reportan el experimentar un sentimiento de alivio, de ansiedad resuelta (Russo, 1992).

Al examinar el argumento en búsqueda de un alegado Síndrome Post-Aborto (SPA), el panel citó el trabajo de Major et al (1985) quien encontró que las pacientes promediaban más altas puntuaciones sobre el formulario corto del Inventario Beck de Depresión, inmediatamente después del aborto y puntuaciones mucho más bajas tres semanas después. Ninguna de las puntuaciones excedió el umbral indicando depresión. Mujeres que culparon de su embarazo a su propio carácter estuvieron significativamente más deprimidas antes del aborto, anticiparon más consecuencias negativas, y tendieron a tener más estados de ánimo negativos severos inmediatamente después del aborto que mujeres



que no eran auto-culpabilizadoras. Más aún, estudios de otros angustiantes (estresantes) de la vida sugieren que mujeres que no muestran evidencia de respuestas negativas severas después de un evento angustiante (estresante) de la vida no parecen desarrollar subsecuentemente problemas psicológicos significativos en conjunción con ese evento (Wortman & Silver, 1989). De manera similar, Miller (1992) encontró en un estudio empírico que mujeres que tenían una relación fuerte y satisfactoria con una pareja estable, pero que a la vez eran capaces de tomar decisiones independientes, eran menos propensas a dificultades tempranas o tardías post aborto.

En un estudio a más largo plazo de Russo y Zierk (1992) notaron que el bienestar de 773 mujeres, entrevistadas anualmente en una muestra nacional de 5,295 mujeres, no estaba relacionado con su experiencia de aborto ocurrida con ocho años de anterioridad. Mujeres que tuvieron un aborto tenían una tasa estadística significativamente más alta de autoestima global que las mujeres que nunca habían tenido un aborto. Esta diferencia era aún mayor cuando se comparaba mujeres que abortaron con mujeres que dieron a luz de embarazos no deseados (las cuales tenían la más baja autoestima). Mujeres que habían experimentado abortos repetidos no diferían en autoestima de las mujeres que nunca habían tenido un aborto. En general, la evidencia confirmó hallazgos anteriores de que otros factores, que no eran la experiencia del aborto en sí mismo, determinan el estatus emocional post-aborto, particularmente el saber como una mujer percibe su embarazo y como ella cree que es percibido en su entorno social inmediato (Adler, 1975). Algunas mujeres continuamente reconstruyen y reinterpretan eventos pasados a la luz de experiencias subsiguientes y pueden ser presionadas a sentir culpabilidad y vergüenza mucho tiempo después (Russo & Zierk, 1992).

En suma, las reacciones psicológicas severas después del aborto son poco frecuentes. Las psicosis son muy pocos comunes. A pesar de que, estudios de casos individuales y reportes anecdóticos de angustia (stress) severa o psicopatología siguiente al aborto abundan en la literatura (e.g. Doherty, 1995), no hay clara evidencia de que haya un vínculo causal con el aborto (e.g. Dagg, 1991). Aunque dichas respuestas puedan ser emocionalmente sobrecogedoras para la mujer en cuestión y para su familia, el primero de dichos casos es muy pequeño, y ha sido caracterizado por el antiguo Cirujano General de los Estados Unidos C. Everett Koop (1989) como "minúsculo desde el punto de vista de la salud pública". Mujeres identificadas en la literatura de investigación como estando en algo de situación de riesgo de reacciones psicológicas negativas -y en potencial necesidad de consejería especial- son aquellas que terminan, por razones médicas, un muy deseado embarazo; falta de apoyo de sus parejas o parientes al tomar su decisión; son coercionadas a tomar una decisión de la que posteriormente se arrepienten; se sienten en conflicto acerca de valores religiosos profundamente sostenidos; sienten incertidumbre antes de tiempo, acerca de sus habilidades para salir adelante; se culpabilizan por su embarazo; dilatan la toma de la decisión entrado el segundo trimestre, o han tenido previamente algún otro episodio psiquiátrico.

Para la vasta mayoría de mujeres, un aborto será seguido de una mezcla de emociones, con un predominio de sentimientos positivos. Esto se mantiene para lo que es inmediatamente después del aborto y por algún tiempo después. Poco se conoce acerca de los efectos a largo plazo más allá de los 10 años. Sin embargo, el cuadro positivo reportado hasta 8 años después del aborto hace que parezca poco probable que más respuestas negativas puedan emerger más tarde. El tiempo de mayor angustia (estrés) es probable que suceda antes de que la decisión del aborto sea tomada. La literatura de investigaciones sugiere que, en términos acumulativos, el aborto legal de un embarazo no deseado en el primer trimestre no presenta riesgo psicológico para la mayoría de las mujeres. Ellas tienden a enfrentarlo con éxito y continúan con sus vidas. Tal como aparece en un comentario en la revista periódica "Journal of the American Medical Association", (Stotland, 1992) no hay hasta ahora ninguna evidencia creíble de la existencia de un síndrome post-aborto.

Aborto en la República Dominicana a Principios de 1970

Comparada con la legislación a través del mundo, las leyes de países de habla hispana y portuguesa del Caribe, Centro y Sur América son mucho más restrictivas. El aborto a solicitud de una mujer es técnicamente ilegal donde quiera excepto, en Cuba y Puerto Rico. La dureza de los estatutos escritos es aliviada sólo por la usual no aplicación (David y Pick, 1992). En la República Dominicana, el aborto es técnicamente ilegal sin excepción (Ley No. 690 del 19 de abril de 1948). Aunque las penalidades son severas para el proveedor del servicio y la mujer, parece que ha habido pocas persecuciones. Sin embargo, el aborto continúa siendo un tema tabú, frecuentemente cargado con el estigma social y el secreto (Paiewonsky, 1995). En el verano de 1973, un estudio del aborto clandestino fue conducido en cooperación con colegas de la Unidad de Estudios Especiales del Centro de Investigaciones, de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Los investigadores entrevistaron 200 mujeres que habían sido internadas en dos hospitales de Santo



Domingo por razones de abortos incompletos o complicaciones. La muestra representaba 200 internamientos consecutivos de sospecha de aborto inducido sobre un período de 1.5 meses. La media de edad de las mujeres era de 26 años; el 75 por ciento estaba casada o viviendo en unión consensual; 86 por ciento había completado menos de seis años de educación primaria. El número promedio de partos con vida era de 3.2 pero 38 por ciento de las mujeres tenía más de cinco niños. (UNPHU, 1975; Ramírez et al, 1978).

Sólo 14 de las 20 mujeres reconoció haber tenido un aborto y 16 negaron haber estado embarazadas. Sin embargo, las mujeres estaban muy dispuestas a contestar preguntas que no trataran sobre el aborto inmediatamente recién pasado, pero sí de sus experiencias y actitudes que no las incriminaban personalmente. La mayoría de las 200 mujeres no querían tener más hijos, estaban preocupadas acerca de los potenciales riesgos de salud de los anticonceptivos y tendieron a aceptar el aborto clandestino como un medio confiable de regulación de la fertilidad.

Una indicación de la aceptación del aborto por parte de las mujeres, a pesar de las sanciones legales y sociales que existen contra el mismo, era que la búsqueda del aborto no era peligrosamente pospuesta.

De acuerdo a los estimados del personal de hospital, 84 por ciento de los abortos ocurren previos a la 12va semana de gestación. Las complicaciones serias fueron poco frecuentes. De las 200 mujeres, dos murieron mientras estaban en el hospital y 14 estuvieron peligrosamente enfermas pero se recuperaron. Sin embargo, 4 por ciento de las mujeres fueron hospitalizadas por menos de un día y 75 por ciento por no más de 48 horas.

Numerosas mujeres tuvieron experiencia previa con abortos. De 177 mujeres con embarazos previos, 75 por ciento había dado terminación a por lo menos un embarazo; 35 por ciento habían tenido dos o más procedimientos previos. Los hallazgos fueron consecuentes con aquellos de nuestro estudio de 1970-71 de 880 hombres cabezas de familia en los hogares dominicanos (Friedman, 1975). Aunque 80 por ciento de los hombres desaprobaban los abortos, 12 por ciento admitió que sus parejas habían tenido uno en el pasado. La incidencia de aborto estaba muy probablemente sub-reportada. En total, los hallazgos de los dos estudios sugirieron que 25 años atrás el aborto era el único método de regulación de la fertilidad más practicado en la República Dominicana. Entrevistas más a fondo con mujeres hospitalizadas con complicaciones de aborto en Santo Domingo en 1992 revelaron hallazgos similares. (Paiewonsky, 1994).

El Estudio de Praga

Aunque no ha habido mucha discusión sobre las dinámicas de las concepciones intencionadas y no intencionadas, y de los embarazos deseados y no deseados y los subsiguientes partos, ha sido pocas veces posible el conducir estudios de seguimiento desde la niñez hasta la edad adulta de niños no deseados durante los principios del embarazo. Hasta donde es de mi conocimiento, hay solamente un estudio que continúa. Iniciado a finales de los años de 1960 en Praga, en la entonces Checoslovaquia, se da seguimiento a 220 niños nacidos entre 1961-1963 de mujeres a quienes dos veces se les negó el aborto para el mismo embarazo y controles emparejados por pares. Cada criatura de Embarazo No Deseado (END) (110 varones y 110 hembras) fue emparejada por pareja con criaturas de Embarazos Aceptados (EA), es decir, un hijo nacido a padres que querían concebir o, si el embarazo no estuvo planificado, aún así lo aceptaron. (Sus nombres no fueron encontrados en los registros de solicitud de aborto).

El emparejamiento en pares de los niños se hizo por edad, sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y categoría en su curso.

Las madres fueron emparejadas por edad, estatus socioeconómico (determinados por su propio nivel de educación y el de sus maridos), y por la presencia de su esposo o pareja en el hogar (es decir, cuan completa estaba la familia). Todos los niños fueron criados en hogares con padre y madre, aunque algunas veces con un padre sustituto en lugar del padre natural. El proceso de emparejamiento requirió más de un año de esfuerzos de un colega, quien quedó como el único miembro del equipo de investigación en conocer precisamente cuál niño pertenecía a cuál grupo de estudio de participantes. El estudio también involucró todas las madres de los niños y en un menor alcance, sus padres o sustitutos de padre. Al momento de la primera evaluación, todos los niños de END y EA estaban viviendo en hogares completos funcionales.



Conducido en cooperación con colegas checos asociados con el Centro de Psiquiatría de Praga (David et al, 1988, David, 1992, Kubicka et al, 1995), el Estudio de Praga ha sido apoyado a través de los años por los Institutos Nacionales de Salud de la Niñez y el Desarrollo Humano de los Estados Unidos (Donaciones HD-O5569 y 25574), el Plan de Investigación del Estado Checo, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Ford, y más recientemente, por el Ministerio de Salud Checo. Es imposible en el breve tiempo a mi disposición el resumir más que unos cuantos puntos sobresalientes. Sin embargo, estoy entregando nuestro libro, "Nacido No Deseado", y varias reproducciones recientes a la biblioteca de la UNPHU.

Puntos Sobresalientes a la Edad de 9 Años

La revisión de los archivos de la temprana infancia mostró que los niños END y EA habían comenzado la vida bajo condiciones similares. No había diferencias estadísticamente significativas en peso o tamaño al nacimiento, en la incidencia de malformación congénita, o en signos de disfunción cerebral mínima. A la edad de 9 años, ambos grupos obtuvieron puntuaciones similares promedio sobre el WISC: 102 para los niños de END y 103 para los niños de EA controlados. Sin embargo, los niños de END recibieron puntuaciones escolares más bajas y fueron calificados menos favorablemente por sus maestros y por sus madres en materia de desempeño escolar, diligencia y comportamiento.

Aunque había pocas diferencias estadísticamente significativas a la edad de 9 años, todas las diferencias eran consistentemente desfavorables para los niños nacidos de embarazos no deseados. Los varones aparecen considerablemente más afectados que las hembras. El hijo de una mujer a quien se le ha negado el aborto parece haber nacido en una situación potencialmente en desventaja, una condición que es cónsona, con el concepto de subprivación psicológica. (Matejcek, 1987).

Puntos Sobresalientes a la Edad de 14-16 Años

Ya a la edad de 6 años más niños de END que niños de EA habían sido vistos por los centros de: consejería escolar y psiquiátrica de la niñez en Praga. Diferencias en desempeño escolar previamente consideradas no significativas, alcanzaron significación estadística. La diferencia no era tanto en que los niños de END reprobaban con mayor frecuencia, sino en que se encontraban sustancialmente menos representados entre los estudiantes calificados por encima del promedio o más alto. Ellos raramente aparecían en ningún renglón de excelencia. Hallazgos similares fueron observados en las calificaciones de los maestros. Tal como se comparó con los controles de EA, un número significativamente más alto de niños de EA no continuó su educación en la escuela secundaria, sino que en cambio, se convirtieron en aprendices o comenzaron a trabajar sin entrenamiento vocacional previo. Mucho más niños de END que de EA reportaron relaciones contenciosas con sus padres. En todas las áreas en que se obtuvieron muestras, las primeras diferencias no solamente persistieron sino que se ampliaron.

Puntos Sobresalientes a la Edad de 21 a 23 Años

Un tercer seguimiento fue conducido en 1983-1984 cuando los participantes del estudio eran jóvenes adultos con edades de 21 a 23 años. Los hallazgos demostraron una tendencia significativamente mayor a problemas entre los participantes del estudio de END que en participantes de EA. Menos de un tercio de cuantos dieron respuesta entre los END y los EA dijeron que sus vidas se habían desarrollado tal como esperaban, y más de la mitad de los mismos declararon que ellos habían encontrado más problemas que los anticipados. De manera similar, una proporción significativa más pequeña de madres de END que de madres de EA expresaron satisfacción con el desarrollo de su hijo, y una proporción significativamente más grande expresó insatisfacción con el estatus social y educacional actual de su hijo.

Comparado con los controles de EA, los jóvenes adultos de END reportaron significativamente menos satisfacción en el trabajo, más conflicto con sus compañeros de trabajo y supervisores, menos cantidad de relaciones con amistades y de menor satisfacción y más desengaños en el amor. Más estaban insatisfechos con su bienestar mental y activamente



buscaban o estaban en tratamiento. Una mayor proporción tuvo su primera experiencia sexual antes de los 15 años y tuvo relaciones sexuales con más de diez parejas. Entre los jóvenes adultos casados en ambos grupos, los participantes del estudio correspondientes a END con mayor frecuencia juzgaron sus matrimonios como menos felices y con mayor frecuencia expresaron su deseo de no estar casados en absoluto o de no estar casados con su pareja actual. Jóvenes madres de END de manera más frecuente que las madres de EA indicaron que sus embarazos no habían sido deseados.

Seguimiento Subsiguiente

Estudios adicionales de seguimiento fueron conducidos entre 1992/93 cerca de la edad de 3 años con participantes del estudio, parejas maritales y sus hijos. La tasa de seguimiento es extraordinaria: de un 98% de todos aquellos que pudieron ser constatados (190 de los 220 sujetos END originales y 200 sujetos de los 220 EA controlados). Los detalles completos están reportados en Kubicka et al (1995). Estudios adicionales continúan.

La cohorte de sujetos nacidos de mujeres a quienes dos veces se les negó aborto para el mismo embarazo todavía manifestó menos adaptación psicosocial favorable a los 30 años que sus pares emparejados para la muestra de control de sujetos nacidos a EA. Sin embargo, las diferencias disminuyeron comparadas con las de edades más tempranas y las diferencias por género desaparecieron. Aún así, la observación de que a la edad de 30 años las diferencias significativas permanecen en la adaptación psicosocial entre niños (ahora jóvenes adultos) nacidos de madres a quienes se le negó dos veces el aborto para el mismo embarazo y los pares emparejados de control, sugiere que la subprivación psicológica en la temprana infancia, subsiguiente al parto de un embarazo no deseado, es la condición más probablemente responsable de los efectos nocivos al desarrollo.

Importancia de este Tema para los Profesionales de la Salud en las Américas

Aunque las restricciones de jure sobre el aborto en países de habla hispana y portuguesa en pocas ocasiones son aplicadas, los esfuerzos de los especialistas en salud pública y de las organizaciones de mujeres en traducida situación de hecho en una situación de acceso legal y seguro al aborto, hasta ahora, han sido infructuosos excepto en Cuba y Puerto Rico. Hay, sin embargo, reconocimiento creciente entre los psicólogos orientados hacia la salud pública de que detrás de todos los números demográficos hay personas que deciden estar sexualmente activas, gente que decide hacer uso o no de anticonceptivos, y gente que decide practicar un comportamiento reproductivo responsable. En numerosos países, los psicólogos están ayudando a desarrollar iniciativas de investigación interdisciplinarias diseñadas para mejorar la educación sexual, facilitar los cambios de comportamiento en la regulación de la fertilidad y reducir la confianza puesta sobre el aborto.

Mejorando el comportamiento reproductivo responsable y reduciendo la incidencia de embarazos no intencionados es finalmente un asunto de convergencia de políticas públicas y valores privados, Es tiempo de trabajar con los hacedores de las políticas para facilitar mayor receptividad de las políticas públicas enfocadas a las necesidades privadas en áreas tales como la salud sexual y reproductiva. Como científicos de la salud y psicólogos profesionales podemos hacer una importante contribución adoptando un racionalismo científico, enalteciendo valores de salud pública y promoviendo el bienestar a través de la diseminación de conocimientos científicamente fundamentados tendentes a avanzar la convergencia de los valores públicos y los privados y a estimular un comportamiento reproductivo responsable. Al darle poder a las mujeres y asegurarles el derecho a una autodeterminación reproductiva nos acercaremos más a la ejecución de las recomendaciones endosadas por la República Dominicana y más de 100 otros países en la Conferencia Internacional de El Cairo de 1994 convocada por las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (ICPD, 1995).

Referencias

Adler, N.E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.



- Adler, N.E., David, H.P., Major, B., Roth, S.H., Russo, N.F., and Wyatt, G. (1990). Psychological responses after abortion. Science, 248, 41-44.
- Adler, N.E., David, H.P., Major, B., Roth, S.H., Russo, N.F., and Wyatt, G. (1990). Psychological responses after abortion: A review American Psychologist, 47, 1194-1204.
- Dagg, P.K.B. (1991). The psychological sequel of therapeutic abortion denied and completed. American Journal of Psychiatry, 148, 578-585.
- David, H.P. (1972). Abortion in psychosocial perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 4, 61-66.
- David, H.P. (1985). Postabortion and postpartum psychiatric hospitalization. In R. Porter and M. O'Connor (Eds.) Abortion: Medical progress and social implications. Ciba Symposium No. 45. London: Pitman, 150-161.
- David, H. P (1992). Born unwanted: Long term developmental effects of denied abortion. Journal of Social Issues, 48, 163-181.
- David, H.P. (1997). Postabortion psychological responses. In E. Ketting and J. Smit (Eds.). Abortion matters. Utrecht: Stimezo Nederland, 341-347.
- David, H.P., Dytrych, Z., Matejcek, Z. and Schuller, V. (Eds.). (1988). Born unwanted: Developmental effects of denied abortion. New York: Springer. (Also published in Prague by Avicenum, 1988; in México city by EDAMEX, 1991).
- David, HP and Pick, S. (1992) Abortion, in the Americas. In AR. Omran, J. Yunes, J. Solís, and G. Lopez (Eds.), Reproductive health in the Americas. Washington; Pan American Health Organization, 32, 3-354.
- Dolierty, P. (Ed.) (1995). Post-abortion syndrome: Its wide ramifications. Dublin: Four Cours Press.
- Friedman, H.L, Ramirez Medina, A. and García, E. (1975) Attitudes of a sample of male heads of households in the Central, Oriental, Sur, and Cibao regions, Dominican Republic. In HP. David with S. Cambiaso (eds.) Epidemiology of abortion and practices of fertility regulation in Latin. America: Selected reports. Washington: Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 306, 89- 99.
- International Conference on Population and DeveLopment (1995). Report of the International Conference on Population and DeveLopment, Cairo, September 15-19. New York: United Nations.
- Koop, CE. (1989). Cited in The federal role in determining the medical and psychological impact of abortion on women. Washington: 10th Report by the Committee on Government Operations, 11 December. House Report 11-132.
- Kubicka, L; Matejcek, Z.; David, H.P, Dytrych Z.; Miller, W.B. and Roth, Z. (1995), Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech. Republic revisited at age thirty. Acta Psychiatrica Scandinaviaca, 91, 361-369.
- Mayor, B., Mueller, E, and Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations, and coping with abortion. Journal of personality and Social psychology, 48, 585-595.
- Matejcek, Z. (1987). Concept of psychological subdeprivation. Psychologia a patopsychologia dietata, 22, 419-428.
- Miller, W.B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. Journal of Social Issues, 48, 67-93.
- Paiewonsky, D. (1994). Algunos hallazgos en torno a los condicionantes sociales del aborto inducido en la República Dominicana. Paper presented at the Research, Conference on Induced Abortion in Latin America and the Caribbean, Bogotá, Colombia, November 14-18.
- Paiewonsky, D. (1995). Determinantes sociales y consecuencias de aborto inducido en la República Dominicana. Santo Domingo: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo.
- Ramírez, CE.; Russin, A. and Johnson, RL. with A. Ramírez; E. Carda, and AE. Noboa-Mejía (1978). The preferred risk of illegal abortion in the Dominican Republic. In H.P. David; H.L. Friedman; J. Van Der Tak, and M.J. Sevilla. (eds.). Abortion in psychosocial perspective. New York: Springer, 225-238.
- Russo, N.F. (1992). Psychological aspects of unwanted pregnancy and its resolution. In J.D. Butler and D.F. Walbert (Eds.). Abortion, medicine, and the law (4th. Ed). New York: Facts on File, 593-626.
- Russo, NF. And Zierk, KL. (1992). Abortion, childbearing, and women's well-being. Professional Psychology, Research and Practice, 23, 269-280.



Stotland, N.L. (1992). The myth of the abortion trauma syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 268 (15), 2078-2079.

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (1975). *Estudio del Aborto en la República Dominicana*. Santo Domingo: UNPHU Centro de Investigaciones. Unidad de Estudios Sociales.

Wortman, CB. and Silver, RC (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.

Toxicomanías y Narcotráfico: Una Perspectiva Realista

Dr. Tirso Mejía-Ricart
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Introducción

Se ha dicho muchas veces, quizás con buenas razones para ello, que el consumo y tráfico de drogas constituye el mayor problema de la Humanidad en el presente siglo. En realidad, una centuria que ha transcurrido entre grandes convulsiones sociales, económicas y políticas que ha conocido dos guerras mundiales y muchas otras de gran envergadura que ha padecido horribles genocidios y más de cuarenta años ininterrumpidos de guerra fría, de armamentismo y continua amenaza de una guerra termonuclear, no puede tipificarse por una problemática que se ha ido apoderando de la mente colectiva sólo hacia los finales de ese período, en la medida en que los problemas anteriores han ido desapareciendo o cediendo en importancia.

En cambio, todo parece indicar que el problema de las drogas estará entre los primeros de la lista de las calamidades públicas de la nueva centuria que se avecina, junto a otros no menos graves como la degradación del ambiente, la pobreza extrema, la inseguridad ciudadana, las grandes migraciones internacionales, el fundamentalismo religioso, el chauvinismo y el racismo; por lo menos hasta que surja de nuevo la amenaza de una gran confrontación internacional entre potencias nucleares que desplace a las demás de la conciencia colectiva.

Sin embargo, ninguno de los problemas enunciados, pasados y presentes, no obstante sus proporciones y peligrosidad, se equipara al de las drogas en cuanto a la diversidad de sus manifestaciones médicas, psicosociales, culturales, económicas y políticas; y por la complejidad de las soluciones que es necesario arbitrar a fin de evitar el deterioro creciente de la calidad de vida que éstos generan por doquier.

Conviene pues hacer una revisión de las toxicomanías y del narcotráfico a la hora actual, desde una perspectiva no tradicional, para examinar entonces sus posibles soluciones a partir de las realidades de países como el nuestro.

Para esos fines examinaremos primero el tema de las toxicomanías, luego el del narcotráfico, para luego tratar de sacar algunas conclusiones y recomendaciones de acuerdo a las realidades que se plantean.

Drogas y Toxicomanía

El término droga, en su sentido más amplio, tiene el significado que le da la Organización Mundial de la Salud; a saber: "toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste", es decir, que incluye a multitud de sustancias, y por supuesto, a todo fármaco utilizado por el hombre. En un sentido más restringido, sin embargo, el concepto de droga se refiere exclusivamente a aquellas sustancias de uso ilegal que afectan primordialmente la actividad psíquica de los individuos y son susceptibles de producir hábito o adicción, así como trastornos orgánicos diversos, en cuyo caso deja fuera el alcohol, el tabaco, el café y otras sustancias tóxicas de uso permitido en mayor o menor grado en gran parte de las sociedades conocidas, particularmente dentro de la llamada civilización occidental.

En cambio, toxicomanía es un término genérico que sirve para calificar a todas las dependencias psicológicas y orgánicas que se desarrollan en torno a ciertas sustancias que afectan la salud física y mental de los individuos, las cuales



son asimiladas a través de diferentes sistemas del cuerpo humano: digestivo, respiratorio, circulatorio, cutáneo, las mucosas, etc.

Pero, hay que admitir que en la calificación de una sustancia como legal o ilegal intervienen también factores de tipo cultural y hasta climático propio de cada sociedad, susceptible de ser más importantes que los puramente médicos.

Así, sólo consideraciones de orden cultural permiten comprender cómo toxicomanías de tan grande impacto médico-social como el alcoholismo, y el mismo tabaco pueden ser mantenidas dentro de la legalidad, mientras, que otras, como las de la marihuana y la cocaína no procesada, de menor importancia relativa desde el punto de vista de su influencia sobre la salud física y mental de la población, pero extrañas a la cultural tradicional de origen europeo, son consideradas peligrosas y declaradas ilegales.

A ese respecto, son bien conocidos los resultados trastornadores que tuvo para la sociedad norteamericana la Ley de Prohibición (Ley Seca); que estuvo vigente entre los años 1919 y 1933 en ese país, que ilegalizó la fabricación venta y el consumo de bebidas alcohólicas, sin otros resultados que un extraordinario ascenso del crimen organizado e incontables muertes por intoxicación con alcoholes mal procesados e imitaciones.

Pero también hay poderosos intereses económicos que giran en torno a la fabricación y venta de bebidas alcohólicas, cigarros y otros estimulantes basados en la cafeína y las drogas sintéticas, que explican esa discriminación.

Desde el punto de vista psicológico, las toxicomanías descansan frecuentemente en fallas de la personalidad más o menos estables, que han sido denominadas "caracteropatías", entre cuyos síntomas más frecuentes podemos contar la inestabilidad emocional, los sentimientos de culpa e inferioridad, la dependencia excesiva hacia otras personas, sustancias y objetos, las actitudes pasivo-agresivas manifestadas como terquedad, negativismo, conductas agresivas frecuentes y la subvaloración de las normas morales y sociales establecidas.

Los toxicómanos, entre los que están incluidos tanto los alcohólicos, la cafeinómanos y los tabacomaniacos, como los llamados drogadictos, pueden ser comprendidos como sujetos que buscan en el consumo de esas sustancias reducir la ansiedad y la frustración que padecen en la vida cotidiana, pero su dependencia se vincula también estrechamente a ciertas normas culturales y a las estructuras socioeconómicas prevalecientes, en cuanto éstas favorecen la corrupción social y la manipulación de los medios de comunicación de masas, que estimulan a su vez, el consumo de drogas psicoactivas, así como el alcohol, el tabaco y otras sustancias de uso legal, aunque dañinas para la salud.

Pero es cierto también que en la gran mayoría de las sociedades conocidas, antiguas y modernas, han estado presentes drogas estimulantes, alucinógenas o narcóticas. Estas cumplen muy diversas funciones psicosociales, entre las cuales se encuentran las de facilitar la comunicación entre los individuos, ambientar fiestas y reuniones sociales, romper el bloqueo emocional de los sujetos, superar la depresión, propiciar actos rituales de iniciación, inauguraciones, tomas de posesión, bautizos, aniversarios, etc.; así como facilitar la realización de trabajos pesados, ahuyentar las sensaciones de hambre o de apetito, controlar los síntomas que acompañan al llamado "mal de las montañas", aumentar la competitividad deportiva, incrementar la agresividad en el combate para olvidar los problemas, evitar las preocupaciones, etc.

A esas prácticas no eran ajenos los antiguos habitantes de esta isla que utilizaban la droga alucinógena cohoba en actos rituales y el tabaco en forma más generalizada por sus supuestas propiedades curativas, ni tampoco las grandes naciones industrializadas modernas, cuyos ejércitos han utilizado el alcohol, las anfetaminas y hasta la cocaína para estimular a sus soldados a la hora de ir al combate.

Dependencia, Habitación y Adicción a las Drogas

De acuerdo a Nahs, las toxicomanías son causadas por sustancias tóxicas neuropsíquicas, que tienen algunas de las características siguientes:

- a) Actúan primordialmente en el cerebro
- b) Poseen toxicidad neuropsíquica con síntomas generalmente reversibles y efectos nocivos sobre el "arousal" y las capacidades de funcionamiento psíquico y



- psicomotor.
- c) Provocan una sensación primaria agradable, modificando las percepciones sensoriales y atenuado las sensopercepciones desagradables.
 - d) Actúan como potentes reforzadores, determinando una necesidad compulsiva a su consumo.
 - e) Su empleo frecuente conduce a la tolerancia, es decir, a la necesidad de incrementar las dosis para conseguir el mismo efecto. A veces, la tolerancia reforzada es cruzada con otras drogas de similar constitución química.
 - f) Después de un tiempo de su uso, la supresión brusca de su administración suele producir un síndrome de abstinencia, benigno o grave, según la droga.
 - g) El uso frecuente de la droga durante un período prolongado, variable según la droga, el sujeto y otras circunstancias, suele agravar enfermedades físicas o psíquicas preexistentes o hacia las cuales el drogadicto se halla predispuesto.

Pero, en realidad, existen notables diferencias en cuanto al efecto de las drogas sobre los individuos, de acuerdo a su naturaleza y también en virtud de la acción sinérgica de dos o más de éstas sobre el organismo.

Anteriormente, la mayor parte de los drogadictos en Occidente era de origen médico, es decir, que adquirían la dependencia como consecuencia de la medicación normal o excesiva para combatir las enfermedades, sobre todo las muy dolorosas o con alteraciones mentales. Por esa razón, la drogadicción era más frecuente en personas de edad madura, más propensas a padecerlas, a los que se añadieron médicos, gente de espectáculo, artistas y sujetos alcoholizados o moralmente degenerados que se ponían en contacto con el mundillo de las drogas de las grandes urbes. Hoy en día, sin embargo, son sobre todo jóvenes, insertados en subculturas auspiciadas en gran medida por los narcotraficantes, en las que el consumo de drogas se ha incorporado a los **rituales de "iniciación" juvenil, a la búsqueda de nuevas experiencias y emociones, al escape de las situaciones de frustración o conflicto y a las llamadas crisis de identidad de los adolescentes**, que son otras tantas causas del auge del consumo de las drogas entre los jóvenes contemporáneos.

La dependencia a las drogas ilegales, al alcohol y en menor grado al tabaco y a la cafeína, puede manifestarse en dos niveles de intensidad: la adicción y la habituación, sin que haya una línea divisora clara entre ambos síndromes.

La adicción es un grado profundo de dependencia en el que se crea un estado de necesidad y compulsión de consumir drogas o alcohol por cualquier medio, así como de tolerancia hacia la droga, es decir, que requiere dosis crecientes para satisfacerse. En esos casos, la suspensión de la dosis genera en el adicto un **síndrome de abstinencia o desintoxicación**, debido a mecanismos bioquímicos que se han establecido en el organismo, relacionados con la tolerancia adquirida. La dependencia en estos casos tiene raíces fisiológicas muy arraigadas, que pueden hacer del sujeto un irresponsable social, como resultado de un proceso de deterioro físico y mental.

La habituación, por su parte, supone un grado de dependencia menos acusado, que incluye un gran deseo y cierto grado de compulsión hacia el consumo de sustancias psicoactivas, por los efectos que éstas producen en el psiquismo, sin que haya tolerancia propiamente dicha, ni un síndrome de abstinencia caracterizado luego de la suspensión de su uso.

Existen sustancias como los opiáceos y la cocaína que son muy adictivas, mientras otras, como la marihuana y el alcohol, lo son en menor grado; pero la constitución somatopsíquica de cada individuo influye también considerablemente, hasta el punto de que otras sustancias menos psicoactivas, como las anfetaminas, los barbitúricos, el tabaco y hasta la cafeína, pueden generar no sólo habituación sino adicción, mientras que otros sujetos pueden consumir altas dosis de drogas con pocos efectos secundarios.

Por otra parte, muchas sustancias consideradas inocuas y no psicoactivas, como el chocolate, las golosinas, las mentas, los refrescos gaseosos y hasta el agua helada, son susceptibles también de crear habituación en algunos individuos, que supone cierto grado de dependencia psicológica con respecto a las mismas.

La adicción y en menor grado, la habituación, son causas frecuentes de serias dificultades familiares, de delitos diversos, incluso crímenes horrendos, la falta de adaptabilidad social y de incapacidad de trabajo útil que afectan a la sociedad en su conjunto.



Clasificaciones de las Drogas Toxicomaníacas

Tanto la historia de la medicina como la farmacología moderna recogen una gran cantidad de drogas psicoactivas, capaces de generar dependencia, alteraciones de la conducta y problemas sociales diversos, las cuales son susceptibles de ser agrupados de acuerdo a diferentes criterios, tanto sociales como médicos, y se destacan los que sirven de base para hacer diversas clasificaciones, entre las cuales proponemos, de acuerdo a su interés innegable, las cinco siguientes:

De acuerdo a su origen, tales drogas pueden ser divididas en **naturales**, cuando se basan en los extractos y síntesis de sustancias que se dan en la naturaleza, generalmente de base vegetal como los opiáceos, alcohol etílico y la mescalina; y **sintéticas**, que son las constituidas artificialmente por el hombre, entre las que figuran el LSD-25, las anfetaminas y las sustancias volátiles.

De acuerdo a su status jurídico, estas drogas pueden ser **institucionalizadas**, por su venta libre al público, aunque sea con ciertas restricciones de edad, lugares y horarios, como el alcohol, el tabaco y el café; de **uso farmacéutico**, bajo receta médica, tales como las anfetaminas, los barbitúricos, los ansiolíticos y la morfina, para **uso industrial solamente**, que no incluye el consumo humano como el polvo de ángel y las sustancias volátiles, y **clandestinas**, de adquisición prohibida (cocaína; LSD-25, heroína, etc.).

De acuerdo a su impacto social, las drogas toxicomaníacas se pueden clasificar en **principales**, por la importancia de su influencia sobre la conducta individual y colectiva, como son las bebidas alcohólicas, los opiáceos, la cocaína, la marihuana y el LSD-25; y las consideradas **secundarias**, como son los casos del café, el tabaco, la mescalina y la psilocibina.

De acuerdo a su peligrosidad, dichas drogas toxicomaníacas se califican de **pesadas o duras**, cuando se trata de sustancias que generan gran dependencia y toxicidad, tales como los opiáceos y la cocaína; y **livianas o suaves**, cuando sus efectos son ligeros y no generan adicción, como la cafeína, el tabaco y la marihuana.

De acuerdo a sus efectos psicofisiológicos sobre el organismo, dichas drogas se distinguen en tres grandes categorías: los **estimulantes** que son sustancias que se caracterizan por su capacidad de incrementar la actividad o excitación del sistema nervioso central, la cual puede alcanzar altos niveles de euforia y confusión mental, acompañadas de diversas manifestaciones conductuales, estado que usualmente es seguido por un período de depresión y letargo que puede ser tan intenso como el anterior, entre los cuales podemos citar la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y las anfetaminas; los **alucinógenos** que son sustancias que generan primordialmente experiencias alucinatorias con escasa alteración de la conciencia, de manera que los sujetos bajo sus efectos pueden percibir y comunicar a los demás sus vivencias, en los cuales podemos citar el LSD-25, el polvo de ángel, la mescalina, la psilocibina y distintas sustancias volátiles; y los **hipnóticos**, que son drogas cuyo efecto principal es psicodestructor, es decir, que actúan sobre el sistema nervioso central induciendo la analgesia, el sueño y la relajación a todos los niveles, entre las cuales se destacan: los opiáceos, los barbitúricos y los ansiolíticos.

El Narcotráfico

El tráfico ilegal de drogas psicoactivas merece especial atención por su gran impacto sobre la salud, el orden social y la economía de los países tanto productores como consumidores de drogas prohibidas, debido a su capacidad para envolver a gran número de personas, tanto en la producción, el transporte, y el almacenaje de las mismas como en la distribución de las sustancias a los consumidores y adictos a ese flagelo. A tal punto, que se le considera "el mal del siglo", capaz de influir a veces decisivamente sobre la estabilidad y control de gobiernos y sobre el equilibrio macroeconómico de los países afectados.

Se trata en realidad de una "industria" que según se estimó en 1989 generaba ganancias por valor de 300,000 millones de dólares anuales, la tercera parte del dinero que se movía en todo el mundo. Sólo en los Estados Unidos la venta de drogas ascendía entonces a unos 110,000 millones de dólares, el doble de lo que producían sus 500 empresas principales y superior al producto de toda su agricultura; que pagaban más de dos millones de consumidores, a los que debían sumarse otros 60,000 millones que perdía la industria norteamericana en productividad y por accidentes a causa



del uso de drogas, según señala el informe de la Casa Blanca en su "National Drug Control Strategy (1989). Hoy en día se estima que las drogas que se venden a nivel mundial pagan más de 400,000 millones de dólares.

En América Latina, se calcula que la producción y tráfico de drogas emplea a más de tres millones de personas de manera directa, los que con sus dependientes superan a quince millones. Con los empleos indirectos que genera y sus respectivos dependientes llegan hoy en día a más de cincuenta millones los latinoamericanos vinculados a la economía de las drogas, dentro de los cuales hay que contar a políticos, funcionarios administrativos y judiciales, militares, policías y hasta sacerdotes. Todo ello a pesar de que se estima que en esta región sólo queda el 5% del total del dinero producido por las drogas.

Estamos pues ante un problema mayúsculo, que no sólo afecta a la salud de millones de personas, sino que atenta contra las bases éticas, sociales y políticas sobre las que puede descansar un futuro de paz, prosperidad y democracia, así como la supervivencia misma de las sociedades contemporáneas.

Frente a este flagelo, la política represiva y de persecución legal generalizada, con énfasis en los países productores, impuesto por el gobierno norteamericano a los países latinoamericanos, no obstante las amargas experiencias y secuelas que dejó la "Ley Seca", con millares de muertes por intoxicación, el auge del pandillerismo, la corrupción generalizada y el incremento en la adicción. (Álvarez, Ana J, 1991).

Esa política ha tenido la virtud de atestar las cárceles de consumidores pobres y pequeños traficantes en todo el Continente, en tanto que la masa de los grandes traficantes encuentran vías para hacer crecer la oferta al amparo de sofisticadas técnicas y del cohecho de las autoridades civiles y militarizadas.

La participación de los narcotraficantes en la política activa, aunque por debajo de muchas especulaciones periodísticas, se hace presente usualmente en el nivel local, aunque no son infrecuentes los candidatos y dirigentes vinculados al tráfico de drogas; sin que hayan faltado casos como el del General García Mesa, en Bolivia en 1980, quien dirigió un régimen de gobierno al servicio del narcotráfico, y otros, como en Haití y Panamá, en los que las Fuerzas Armadas han estado casi abiertamente envueltas en dicho negocio. La implicación económica de los carteles del narcotráfico en la elección del presidente Samper de Colombia y la detención de altos jerarcas civiles y militares en muchos países latinoamericanos acusados de complicidad con el narcotráfico, indican la gravedad creciente de la situación.

Pero tal como ha señalado Vázquez-Viaña (1980), "la ley de la economía de mercado es la única Ley que el narcotraficante no ha violado". De manera que siempre que haya demanda potencial de drogas con poder adquisitivo para satisfacerla a precios atractivos, habrá también quienes las produzcan y las distribuyan; y de paso que induzcan su consumo en nuevos adictos, no importa cuán severos sean los castigos que se establezcan para tratar de controlar dicho tráfico. En su crecimiento, los cárteles de la droga han llegado a tratar de someter a las autoridades civiles y militares para detener su persecución y eventual extradición hacia los Estados Unidos, a través de secuestros, asesinatos y verdaderos actos de terrorismo genocidio contra la población y las instituciones policiales y judiciales de los países en los que tienen mayor incidencia.

El Tejido Social del Narcotráfico

No se puede pretender solucionar o atenuar siquiera la problemática de la toxicomanías y el narcotráfico si no se analizan con cierta profundidad los roles que cumplen los diferentes actores que participan en este drama humano, y particularmente en la cadena de relaciones sociales que se establece para hacer posible que las drogas lleguen del productor al consumidor, y sus beneficios se repartan entre éstos y sus colaboradores de acuerdo a su poder y a su utilidad relativa.

En primer lugar, conviene recordar que las toxicomanías como problema médico y psicológico de dependencia de las drogas psicoactivas, es un fenómeno casi tan viejo como la humanidad; en tanto, que el narcotráfico es algo mucho más reciente, aún cuando desde mucho tiempo atrás marineros, mercaderes, potentados, leones y bohemios, se prestaban a transportar y vender drogas prohibidas, así como médicos, boticarios y enfermeras.



Aunque existen diferencias importantes en la organización del narcotráfico de una droga a otra y de una región del mundo en otra, podemos decir que sobre todo en el caso de las drogas duras (opiáceos y cocaína), entre el productor y el consumidor de la droga se establecen por lo común una cadena de intermediaciones, que puede incluir todos o una parte de los eslabones siguientes:

a) **Los productores**, que son tanto los cultivadores, como quienes le dan procesamiento inicial a la materia prima de las drogas (opio y pasta de coca, etc.), que por lo general son independientes relativamente en sus empresas, y reciben una paga relativamente poco significativa (5%) del valor final de la venta de ésta.

b) **Los capos de la droga**, con sus secuaces, que son quienes compran y procesan la droga de los productores, dirigen las operaciones en gran escala y se asocian con los demás sectores en "carteles", imponiéndoles fidelidad y disciplina.

c) **Los patrocinadores**, que son las personas que sin participar en el narcotráfico, financian sus operaciones, los orientan intelectualmente, suministran equipos de transporte o lugares para su almacenamiento, o disponen de cualquier otro medio que facilite el negocio; entre los cuales los hay políticos, empresarios, hacendados, militares, policías y hasta oficiales de agencias especializadas en el control de drogas.

d) **Los transportistas de la droga**, que son básicamente de dos tipos: "las mulas", que son sujetos sin conexión directa con la distribución, quienes por su condición (niños, mujeres, artistas, militares, diplomáticos, etc.), se les facilita rebasar los controles policiales e interestatales de las mercancías ilegales; y los "contrabandistas de drogas", que son verdaderos profesionales, expertos en el tráfico clandestino de esas sustancias por vía terrestre, marítima o aérea, valiéndose de los más variados e ingeniosos recursos para ocultarlas o sobornar a las autoridades encargadas de evitarlo.

e) **Los traficantes mayoristas**, que pertenecen a una organización que recibe, almacena y reparte las drogas de que se trata o los distribuidores de una localidad o barrio que controla, que por lo común son delincuentes que se han distinguido por su habilidad en el manejo del negocio y en la captación de nuevos clientes, aunque también caen bajo esa categoría los que comienzan a operar detrás de negocios diversos, particularmente de bares, discotecas y hoteles.

f) **Los simples intermediarios**, que hacen los contactos entre los distribuidores y los consumidores o entre los mayoristas y los distribuidores, por lo general, delincuentes menores, vecinos de las comunidades donde se distribuyen las drogas ilegales.

g) **Los distribuidores**, que venden casa por casa en las calles y centros de estudio, trabajo o diversión, por lo general, son drogadictos que trafican para sufragarse su vicio, delincuentes de poca monta y sujetos provenientes de sectores sociales débiles: mujeres, niños y adolescentes, inmigrantes ilegales y minorías étnicas y nacionales en estado de necesidad, atraídos por ingresos fáciles que pueden participar aisladamente o en grupos.

h) **Los consumidores** propiamente de las drogas toxicománicas, que dependiendo de su grado de dependencia se clasifican en: aficionados, que son quienes se inician o la usan eventualmente, los habituales y los adictos.

Además de los integrantes de esa cadena del narcotráfico, se benefician directamente de dicha actividad los que participan en la legitimación (lavado) de dinero procedente del mismo o sirven de pantalla a sus actividades, así como los que administran los negocios paralelos de los narcotraficantes (bancos, bienes raíces, supermercados, farmacias, etc.). El propio Estado, con sus compras de divisas "por ventanilla" y con las importaciones que se hacen con narcodólares, contribuye a la estabilidad macroeconómica de esos países con los beneficios indirectos de ese tráfico. Finalmente están los asociados al negocio del narcotráfico, que son una verdadera legión, de autoridades civiles y militares (jueces, fiscales, militares, policías, agentes antidrogas, políticos, funcionarios penitenciarios, periodistas y artistas), que mediante el soborno, la extorsión, la publicidad, la lenidad en sus funciones, la prevaricación y otras formas de complicidad, participan en forma creciente en esta nueva "industria sin chimeneas", sin olvidar a los habitantes de las comunidades de donde son oriundos o realizan sus actividades los capos, para comprar así su solidaridad o su silencio en los momentos difíciles.

El Control de las Toxicomanías y el Narcotráfico



Las toxicomanías y el narcotráfico son calamidades que crecen a costa de la salud del cuerpo social de las naciones, por lo que es necesario actuar para detener sus efectos con medidas efectivas y realistas a la brevedad posible.

Pero el consumo de drogas, es un problema relativamente diferente del referente al narcotráfico, ya que tanto las causas generales, como los motivos individuales, la cultura prevaleciente y los propios recursos disponibles de los principales actores de ambas actividades varían sustancialmente, por lo cual deben buscarse mecanismos de control que sean coherentes con tales diferencias.

Más lejos aún, la estrategia a seguir en la lucha contra el narcotráfico, debe tener en cuenta también las diferencias que existen en cuanto a la extracción social, hábitos de vida, habilidades, peligrosidad y potencialidad de rehabilitación de los tipos de traficantes ya definidos: distribuidores, intermediarios, mayoristas, capos, productores y otros asociados que puedan identificarse.

Hasta el presente, la lucha contra las drogas en el continente americano, debido a la abrumadora influencia norteamericana en ese campo, ha presentado las siguientes características:

- a) El predominio absoluto de los recursos policiales-legales de control sobre los preventivos y curativos.
- b) La persecución de los consumidores, los distribuidores y los productores en los países productores de las drogas ilegales, así como de los transportistas y capos de la droga, con el agravante de que los grandes responsables y los que poseen recursos económicos y poder político o armado de escapar, de una u otra forma a los castigos; y en tanto que los consumidores y pequeños distribuidores reciben castigos desproporcionados a sus penas.
- c) El descuido o lenidad en la persecución o castigo a los consumidores, distribuidores y mayoristas locales de los países consumidores desarrollados para evitar los enojos y violaciones que muchas veces provocan las acciones policiales en la población.
- d) La falta de un trato realmente diferenciado de acuerdo a las responsabilidades y potencial de rehabilitación de los diferentes sectores que participan en la cadena del narcotráfico. Un ejemplo señero de esa situación es la legislación vigente en materia de drogas en la República Dominicana, que califica de distribuidores a quienes se encuentren en posesión de apenas 20 gramos de marihuana o 20 mg. de las demás drogas; y de traficantes a quienes posean una libra de marihuana o 250mg. de otras drogas; a excepción de los alucinógenos y opiáceos, para los cuales basta cualquier cantidad que sea para que puedan ser procesados como traficantes. Esto es sencillamente una distorsión penosa del sentido que deben tener las penas en este caso.
- e) La ausencia de una estrategia que tienda a aislar a los suplidores de los consumidores, para evitar así que los primeros incrementen su mercado potencial reclutando a nuevos adictos.
- f) La virtual ausencia de programas de rehabilitación física, moral y laboral de habitados adictos y delincuentes.
- g) La conversión de las cárceles y otros centros de reclusión en verdaderos infiernos, donde se trafica casi libremente con drogas e impera la violencia y la degradación en todos los aspectos, que contribuye a que, tanto los consumidores de drogas ilegales, como los delincuentes comunes, se hagan virtualmente irrecuperables para la sociedad, luego de pocas semanas de permanencia en esos antros.

De hecho, todo parece indicar que mientras no se tomen medidas efectivas para romper el vínculo que se establece entre los traficantes y los adictos o dependientes que consumen la droga, muchas veces después de ser inducidos a ellos por los primeros, no es posible controlar esa práctica, porque entre el victimario y la víctima se establece la ley del silencio en torno a ese delito, lo que ha impedido hasta ahora los múltiples intentos realizados por combatirla exitosamente.

De ahí que los esfuerzos de la comunidad y de las autoridades deben dirigirse más a buscar fórmulas que permitan prevenir la extensión del consumo de drogas toxicomaniacas, aislando a los traficantes de los adictos, mediante una mezcla de control policial de los primeros, con la asistencia médica y psicológica de los segundos, incluyendo una cierta tolerancia hacia éstos y hasta el suministro, bajo ciertas condiciones, de dosis de mantenimiento para los no rehabilitados, tal como se ha practicado con bastante éxito en diversos países europeos, como Holanda, Suiza y la propia España; en lugar de persistir en una política puramente represiva que ha demostrado hasta hoy su ineficacia.



Pero para que ello sea posible, es necesario que las autoridades judiciales, básicamente las procuradurías fiscales y los jueces, los cuerpos judiciales, se autodepuren y asuman un control efectivo de las agencias de control de drogas, especializadas y policiales, y dismantelen la maquinaria de extorsión, cohecho, prevaricación, atropellos y lucro ilegítimo en que se han convertido muchas de éstas y las dominicanas no son una excepción ni muchos menos, incorporando activamente a dicha labor a profesionales experimentados de la conducta: juristas, médicos, psicólogos sociales, sociólogos, antropólogos, educadores, religiosos y planificadores, para que establezcan mecanismos de identificación, clasificación y control caso por caso, para darles un trato que sea coherente con una estrategia humanista y de largo plazo de control de esta calamidad pública.

Esa estrategia debe incluir necesariamente una evaluación científica de los efectos de cada una de las drogas psicoactivas, actualmente ilegales o no, para definir su manejo, que debe incluir la eliminación de la propaganda de algunas, como las bebidas alcohólicas y del tabaco y por lo menos en horas de mayor uso por parte de niños y adolescentes de la radio y televisión; así como una campaña educativa por esos mismos medios y en las escuelas y centros culturales, acerca de los perjuicios a la salud, a la moral y al desenvolvimiento personal del uso y abuso de las drogas.

En el campo internacional se requiere aumentar la cooperación no hegemónica con los demás países, a fin de evitar que existan santuarios en el proceso de elaboración y transporte y almacenamiento de drogas especialmente peligrosas y que se persiga y condene efectivamente a los grandes capos y el contrabando de éstas al precio que sea, ya que estos amenazan la estabilidad de las instituciones democráticas y la seguridad de la ciudadanía.

Es con políticas como las señaladas que podemos comenzar a combatir realmente los problemas de las toxicomanías y del narcotráfico, de cara al tercer milenio de la era cristiana.

Bibliografía Básica

- Alonso-Fernández, Francisco. Psicología Médica y Social. Salvat Editores, S.A. España, 1989.
- American Psychiatric Association DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson, S.A. Barcekm, 1995.
- Andry, RG. Psychosocial Aspects of Drug-Taking. Pergamon Press, Londres, 1964.
- Aparicio, Octavio. Drogas y Toxicomanías. Editora Nacional. Madrid.
- Arana, J; y Cols. Drogas y Familia. Covarrubia, Madrid, 1987.
- Carrol, Ch., y Miller, D. Heatch: The Science of Human Adaptation Brown Company. Publishers Dubuque, Iowa, 1982.
- Erikson, E.H. Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI. México, 1985.
- Forte M., Vicente. Toxicomanías y sus Ambientes. S.RL, Caracas.
- Gale, Anthony; Chapman, Anthony J. Psicología y Problemas Sociales. Editorial LIMUSA. México, 1990.
- UNESCO, 1984. Impact of Science on Society Man's Addictions and How to Deal with Them. Paris.
- Llazos, Alexander. People First: An Introduction to Social Problems. Allyn and Bacon, Inc. Boston, 1982.
- Martin, Barclay. Psicología Anormal: Enfoques Científicos y Clínicos. Interamericana, S.A. México, 1985.
- McCord, William y McCord, Arline American Social Problems C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1977.
- Myers, David G. Psicología Social. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1991.
- Nahs, G. y Frick, H.C Una Política de las Drogas Contemporáneas. Boletín de Estupefacientes. Naciones Unidas, 1986.
- National Institute on Drug Abuse Bibliography on Multicultural Drug Abuse Prevention Issues. DHHS. New York, 1981.
- Nowlis, Helen. La Verdad sobre la Droga. Unesco, París, 1975.



-
- Ribé, Marco J; Tusquets, Martí J.L.; Bartrán, R. Pons. Psiquiatría Forense. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1990.
- Roberts, Ron E. Social Problems: Human Possibilities. CV. Mosby Company, Saint Louis, 1978.
- Rubington, Earl y Weinberg. Martin S. Deviance: The Interaction's Perspective. The Macmillan Company, New York, 1969.
- Thivierge, Guy-Real. La Calidad de Vida de la Persona. II Coloquio Internacional. Editora Amigo del Hogar. Santo Domingo, 1992.
- Valdez, José y Cols. Drogas y Sociedad. Editora Teófilo, S.A. Santo Domingo, 1991.
- Vásquez-Viana. Bolivia: Desatanización de la Coca y Desmitificación de la Cocaína: un intento. LAIS. Estocolmo, 1990.

LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA DE HOY

Reflexiones sobre el Papel del Psicólogo Educativo en el Proceso Educativo de Cara al Nuevo Siglo

*Licda. Pura Sánchez
Colegio Escuela Nueva*

Introducción

El propósito de estas reflexiones es compartir mis inquietudes sobre el proceso de las reformas educativas que vive nuestro país inscritas en el Plan Decenal de Educación y la participación activa de psicólogos y pedagogos; no sólo en los procesos de implementación, sino en todo lo que tiene que ver con los procesos de capacitación, ajustes y adecuaciones a nuestra compleja realidad educativa.

Desde el mismo momento en que nos integramos a la elaboración de la propuesta curricular para cada uno de los niveles, ciclos y modalidades, comenzamos a percibir la ausencia y a la vez necesaria presencia de psicólogos y pedagogos con dominio de los fundamentos teóricos metodológicos que sustentan cada una de estas propuestas, ya que parten de premisas teóricas totalmente diferentes a las que predominan en el quehacer educativo.

Los fundamentos psicológicos provenientes de la psicología cognitiva y de la psicología socio-cultural, articulados en el constructivismo, resultaban nuevas, no sólo para los maestros y maestras dominicanos, sino también para la mayoría de los psicólogos educativos.

Sin pretender ser exhaustiva o presentar una propuesta acabada, voy a intentar hacer una lectura de algunos fundamentos psicopedagógicos que sustentan la propuesta curricular, con la finalidad de ubicar aspectos centrales de la misma que comprometen el accionar de psicopedagogos dominicanos en un movimiento socio educativo que busca: "garantizar que todos los niños (as) y jóvenes construyan los conocimientos, valores y actitudes que requieren para su desarrollo como sujetos libres, activos, críticos y conscientes para el mejoramiento de la calidad de vida, de su comunidad y de la sociedad en su conjunto, así como para su incorporación, creativa, eficiente y solidaria a la producción, a la sociedad ya la construcción de la democracia" (Por qué y para qué de la transformación curricular, pág. 21).

Como se puede observar claramente, se está operando con un nuevo paradigma de desarrollo humano que implica la potenciación de las capacidades para vivir, sobrevivir y aprender, y estos aspectos fundamentales, deberían constituir un reto y un desafío para nuestro sector profesional de cara al nuevo siglo.

Psicología y Currículum



Uno de los aspectos centrales de los fundamentos del nuevo currículum que implican una ruptura con el modelo tradicional, es la definición de los sujetos entendidos como personas y sujetos activos en su proceso de aprendizaje.

Ese sujeto ubicado como ser activo, contrasta con el ser pasivo reproductor acrítico de la información del modelo anterior.

En esta nueva perspectiva el ser humano en su accionar cotidiano, se va construyendo como persona y como sujeto en la medida en que tiene posibilidad de actuar, argumentar y elegir, es decir, en capacidad plena de ser agente creador, planificador y conductor de su propia vida.

Estas condiciones de este ser humano que se privilegia en el nuevo currículum, requieren para su formación que se diseñen ámbitos de aprendizajes en donde pueda desarrollarse como persona libre, crítica, autocrítica, dueña de sus propios procesos de vida, con una alta capacidad propositiva, con procesos de autoestima e identidad personal equilibrados, que le permitan asumir una escala de valores en responsabilidad y en pleno ejercicio de sus deberes y derechos.

Para que los ámbitos de aprendizaje promuevan todos los procesos cognitivos, afectivos y sociales que se proponen, deben reunir una alta significación para el sujeto que aprende, tanto en lo que se refiere a la satisfacción de sus intereses intelectuales, como a la movilización de su curiosidad, como al deseo de aprender más y mejor.

En consonancia con esta nueva perspectiva se han formulado una serie de propósitos educativos enmarcados al proyecto curricular y que resitúan la concepción de aprendizaje, lo cual implica que las premisas psicológicas en las cuales se inscribe, nos aboquen a un proceso de estudio e investigación profundo de la misma.

Para dar sólo algunos ejemplos de lo que acabamos de plantear, enumeraré las dimensiones y reseñaré algunos de sus presupuestos básicos.

En la dimensión "Formar sujetos capaces de interactuar en sus ambientes naturales y sociales" encontraremos que se pretende fomentar el desarrollo de seres humanos libres, reflexivos, autocríticos, dueños de sí mismos, creativos y capaces de producir respuestas imaginativas en proyectos de trascendencia personal y social.

En la dimensión "Formar ciudadanos democráticos y participativos" se plantea fomentar seres humanos que desde las aulas se formen en el respeto, la tolerancia, la autogestión, la equidad, la justicia, la paz y en las máximas capacidades de constituirse en corresponsabilidad con otros.

En la dimensión "Formar sujetos capaces de recuperar, reelaborar y producir conocimiento", es situado el aprendizaje desde los conocimientos previos de los sujetos, en un diálogo de saberes con el saber acumulado por la ciencia y en una dinámica y significativa relación con el saber pedagógico de maestros y maestras en una dinámica de búsqueda, indagación, descubrimiento y de trabajo compartido, que redimensionan el valor del trabajo como medio esencial para su desarrollo personal y social, que es otra de las dimensiones de relevancia que plantean los propósitos educativos, la cual, junto con las demás dimensiones, plantean una reconceptualización de las relaciones maestro(a)-alumno(a), Escuela-Sociedad.

Así como en las dimensiones de sujetos capaces de expresarse en sus diferentes lenguajes y de desarrollar al máximo su creatividad y talentos, encontramos un énfasis fundamental en un ser humano que construye sus conocimientos en un ambiente de libertad y expresión espontánea de sus necesidades y en búsqueda de un desarrollo integral y armónico de todo su ser: inteligencia, afectividad y motricidad.

Para que la educación dominicana pueda cumplir con estos propósitos formativos que trasciende a la mera acumulación de conocimientos y que privilegian procesos fundamentales para la vida de los seres humanos, se requiere incentivar procesos de comprensión, representación y razonamiento, que posibiliten el desarrollo intelectual para la investigación, descubrimiento, la aprehensión de la realidad, mediante la invención y el aprovechamiento de múltiples alternativas, en la solución de problemas, en la toma de decisiones, en la elaboración y reelaboración de nuevas formas



de aprender y en la adquisición de una autoconciencia de sí mismo y de sus potencialidades personales y sociales.

Con esta breve panorámica se puede ver claramente que en nuestra transformación curricular subyacen conceptos y teorías psicológicas, a lo que suele denominarse "fuentes psicológicas del currículum" que los docentes, técnicos y supervisores, deben tener en cuenta a la hora de concretar una serie de actividades y dispositivos encaminados a estimular, organizar y poner en funcionamiento las capacidades y disposiciones de los y las individuos que aprenden.

Cuando se enuncia partir del nivel de desarrollo de los alumnos y las alumnas, asegurar la construcción de aprendizajes significativos, desarrollar estrategias para que los aprendices aprendan a aprender, cuando se plantea la reconstrucción de las experiencias previas para establecer ricas y duraderas relaciones entre el nuevo conocimiento y los esquemas de conocimientos preexistentes que la experiencia cotidiana le aporta al aprendizaje; estamos hablando de planteos provenientes de las teorías del conocimiento y que resultan problemáticos en su aplicación en el contexto educativo, sino se cuenta con especialistas psicopedagogos que puedan hacer las adecuaciones de lugar.

Si un maestro(a) no conoce cómo estimular los procesos cognitivos de sus alumnos(as) y cómo garantizar aprendizajes más efectivos y duraderos, estará queriendo encauzar su práctica con acciones o técnicas que aunque novedosas, no se adecuan al contexto de su clase ni a las características de sus alumnos (as). Estas prácticas de ensayos y errores se tornan en obstáculos insalvables y llevarán al docente a apelar constantemente a las prácticas anteriores, pudiéndose tornar éstas, por su eficacia para él o ella, en herramientas de resistencia para los cambios expresados en el nuevo contexto de la transformación curricular, donde no hay recetas, ni técnicas únicas, ni mucho menos programas estructurados que indiquen un sólo y único camino para que el quehacer pedagógico, pues de lo que se trata es de encontrar múltiples y válidas maneras para que él o la que aprenda se convierta en sujeto activo(a) en el proceso de aprender y el que enseñe, guíe, oriente y también aprenda en su proceso de enseñar.

Por lo anteriormente expuesto, que es sólo un esbozo simple del conjunto de implicaciones psicológicas subyacentes en la reforma educativa, se podrá observar que se pretende dar un vuelco a la educación tradicional que no sólo tiene que ver con la adquisición de conocimientos por parte de los alumnos (as), sino que implica la formación de unos ciudadanos (as) con mejor capacidad de solucionar problemas de forma crítica y creativa y de adentrarse en su cultura, para conocerla y transformarla.

¿Cuáles son pues estas premisas psicológicas?

¿En cuál o cuáles corrientes están inscritas?

En términos generales, la mayoría están inscritas dentro del constructivismo que salvando las diferentes tendencias que hay en su interior, poseen más elementos comunes que diferencias, entre las cuales podemos citar la teoría de Piaget, Vygotsky, Ausubel, Bruner, entre otros.

Sin embargo, es bueno aclarar que las investigaciones en el campo de la psicopedagogía constructivista no son acabadas, se siguen retrabajando, por lo tanto, aplicarlas dogmáticamente al ámbito educativo, no contribuirían en nada a los procesos de cambios reales que se esperan se produzcan en la educación de hoy, muy por el contrario, nuestra propuesta se inscribe en que los psicólogos nos dediquemos a un proceso de investigación-acción de estos principios o fundamentos y los revisemos a la luz de los datos recogidos en nuestro quehacer en el ambiente escolar con maestros, psicólogos, sociólogos y demás profesionales interesados, y de esta forma estaremos contribuyendo a potenciar una educación más cualitativa a través de una revisión teórica y una renovación metodológica y práctica que afectan la filosofía, estrategias y actividades que le dan identidad al modelo curricular que nos proponemos, que implica como propósito fundamental el desarrollo de las máximas capacidades de los que aprenden, por medio de la resolución de problemas, toma de decisiones, alto nivel de razonamiento lógico, creatividad, criticidad, originalidad y autenticidad. (Ver ¿Por qué y para qué de la transformación curricular?, págs. 53-57).

Premisas Psicopedagógicas y Procesos a Trabajar en el Aula

Para poder hacer de las teorías psicopedagógicas una guía o referente en el quehacer cotidiano de la escuela, se requiere su traducción operacional entre esas teorías y las prácticas educativas, entre la planificación y la acción, entre el



diseño y la implementación, entre lo que se prescribe y lo que realmente sucede en el día a día en las aulas escolares.

Si los procesos educativos se basan en los principios psicopedagógicos, antropológicos, o socio-culturales, es obvio que los psicólogos, no sólo manejemos las teorías, sino que con nuestro accionar al interior de los centros hagamos de éstas, verdaderas herramientas para diseñar actividades para ponerla en ejecución y hacer de ellas una guía de investigación e intervención permanente.

Reviste una importancia crucial que el psicólogo educativo trabaje e investigue sobre los procesos de aprendizaje y de desarrollo de los (as) alumnos (as) y a la manera de influir sobre esos procesos con una finalidad educativa.

Es por esto que el papel del psicopedagogo debe estar involucrado en el diseño del currículo general de un país, en los diseños particulares de cada centro, en la formación de los maestros (as), en las dinámicas de relación y organización de los centros, en la confección de las unidades de aprendizajes, en los procesos de evaluación y en la relación escuela-comunidad, incluyendo en esta, como aspecto fundamental, la relación con las familias con el fin de que los proyectos familia-escuela, configuren un todo armónico que proyecte un ser humano más integral y equilibrado.

El desarrollo y crecimiento de las potencialidades humanas, requiere que se establezcan a la luz de las teorías psicopedagógicas, las mejores maneras de promoverlo. Los procesos de desarrollo y los procesos de aprendizaje, están íntimamente vinculados. Cuando no se tienen claros ambos procesos, se pueden estar aplicando programas educativos que parecen efectivos de manera inmediata, pero que no repercuten en los niveles de desarrollo a mediano y largo plazo.

Los niveles de crecimiento de las potencialidades humanas deben estar previstas en las acciones pedagógicas, con el fin de garantizar competencias cognitivas generales, cuidar y garantizar procesos de desarrollo, pues como argumentar (Cote y Scribner, 1974), a partir de sus investigaciones que hay unos procesos cognitivos universales que se encuentran en todos los grupos culturales estudiados por ellos, pero lo que difiere es que su puesta en funcionamiento o la utilización, depende de la naturaleza de los aprendizajes específicos que promueven las experiencias educativas.

Las informaciones e investigaciones que provienen del campo de la psicología, son útiles para seleccionar objetivos, para ubicar destrezas de pensamiento para cada conjunto de contenidos, para diseñar secuencias de aprendizajes que favorezcan al máximo su asimilación, para orientar en las maneras de enseñar o compartir la enseñanza, es decir, enseñar a aprender a aprender. Y la mejor manera de evaluar si se han conseguido los aprendizajes previstos en la extensión y profundidad deseada.

Un maestro (a) no propiciará tan fácilmente procesos de indagación, búsqueda, comparación, inferencias, deducción, formulación de hipótesis, descubrir, inventar o formular reglas para resolver problemas, sino están conscientes de los procesos de desarrollo cognitivos que se están desarrollando, ampliando o fortaleciendo, cuando los alumnos (as) se involucran activamente en sus procesos de aprender y sobre todo, cuando de acuerdo a sus intereses y necesidades, los mismos surgen espontáneamente, creándose otra dificultad, pues tampoco se recuperan estos intereses para incentivar aprendizajes autónomos y niveles de desarrollo superior.

Estos niveles de desarrollo cognitivos tan presentes en la teoría piagetiana, se ven enriquecidos por aportes de la teoría de Vygotsky, como lo es el de zona de desarrollo próximo, que no es más que la distancia entre el nivel de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver problemas de forma independiente y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de problemas bajo la guía de un adulto o en colaboración con sus compañeros más capaces (Vygotsky, 1978, pág. 133-134 de la traducción castellana).

Este planteo de Vygotsky de la zona de desarrollo próximo, replantea un nuevo rol para el que enseña como guía y propiciador de nuevos retos para el que aprende y pone nuevos énfasis a los procesos vinculados con el aprendizaje general. Es decir, mientras más oportunidades de aprender encuentran los (as) alumnos (as) (no sólo se adquiere información significativa, sino de desarrollar destrezas de pensamiento), mejor será su desarrollo cognitivo.

Otro aspecto que adquiere una dimensión especial en nuestro currículo y que debe ser también objeto de estudio e investigación, es el papel que se le asigna al lenguaje. Al plantearse como relevante que los (as) alumnos (as) sean capaces de expresarse en sus diferentes lenguajes, se evidencia claramente la importancia del lenguaje como instrumento



que cumple una función de mejorar los procesos cognitivos y por ende potencia sus capacidades de entender la realidad, actuar activamente en ella y transformarla, mediante la construcción y reconstrucción de conocimientos en un ambiente de colaboración e intercambio con los saberes previos de cada uno de los y las estudiantes, con los saberes acumulados por la ciencia y el saber pedagógico en un amplio diálogo de saberes en donde se propicie el debate, el análisis, la discusión en grupo, se favorezca el pensamiento divergente, la argumentación, entre otros.

En el párrafo anterior señalamos uno de los aspectos de importancia capital en nuestro diseño curricular que tiene una trascendencia en las concepciones psicológicas que sustenta el nuevo currículo y es el de recuperar los aprendizajes previos.

Este concepto novedoso y significativo para los procesos de aprendizaje, implica que en cualquier nivel educativo, se parta de lo que los y las estudiantes conocen sobre lo que se quiere que aprendan, pues de este modo, el nuevo conocimiento tendrá el papel de reestructurar los esquemas o preconceptos inadecuados o ampliar y redefinir una mayor edad de significados que favorecerán la construcción de aprendizaje y permitirán que se aumente la capacidad de seguir aprendiendo.

La crisis se evidencia al enfrentar una concepción del aprendizaje que prescribe la organización de los contenidos de forma lineal y rígida y la repetición mecánica y memorística de estos, por otra concepción que plantea el aprendizaje como una actividad significativa para los sujetos que aprenden.

El grado de significatividad dependerá pues, de la existencia de relaciones entre el conocimiento nuevo y el que ya posee el que aprende. En esta dinámica de reconstrucción y construcción del conocimiento, es más importante los procesos de evocación, recuerdo, conexión, ubicación y estructuración (asimilación, acomodación, adaptación, equilibrio), que el mero resultado memorístico que los alumnos (as) exhiban al aplicársele una situación de examen o evaluación.

El recuperar el error no para calificarlo o valorarlo, sino para precisamente estar informados de cuál es el nivel de reelaboración o no de los aprendizajes que se están trabajando, es otro aspecto que los psicólogos educativos deben trabajar para reorientar conjuntamente con los pedagogos, nuevas prácticas educativas que permitan a los alumnos (as) pasar de unos conocimientos menos elaborados o incorrectos, a otros más elaborados, a través de los organizadores previos o puentes cognitivos como los llama Ausubel.

Procesos de Memoria, Atención, Comprensión, Generalización y Metacognición. Satisfacción por Aprender

En un ambiente educativo dominado por la concepción de que los aprendizajes escolares se retienen por el mayor número de práctica que se pueda hacer con ellos o en esquemas de refuerzos para garantizar la memoria y retención, sin que se produzcan aprendizajes efectivos y duraderos, se requieren una amplia discusión, análisis e investigación para resituar el aprendizaje, ya no como acumulación pasiva y repetitiva de conocimiento, sino desde otro paradigma que nos sitúa en cómo esos conocimientos se organizan en la mente del que aprende, y de la significación que tienen los conocimientos para la vida del que aprende.

El énfasis en este momento reside pues, en lo que Mario Carretero, sitúa en su libro *Constructivismo y Educación*, en los procesos de comprensión, en la actividad cognitiva que debe desplegar el alumno (a) para lograr comprender "para qué aprende y cómo lo aprende" y la relación inicial que tiene lo que pretendemos enseñarle con lo que ya él o ella conocen, han vivido y experimentado.

Otros de los dilemas centrales en estos momentos que ha sido planteado por múltiples investigadores psicólogos y pedagogos de los últimos 10 años, es: ¿cuáles prácticas educativas tienen más resultados: las planificadas o estructuradas con alta significación para el que enseña o las estructuradas, planificadas o no, pero con alta significación para el que aprende?

Muchos son los resultados de las investigaciones que reflejan que las prácticas educativas más eficaces son aquellas donde se involucran los intereses personales del que aprende, despierta la necesidad de aprender, se basan en la comprensión y se pueden generalizar a múltiples contextos y situaciones.



También las teorías actuales que trabajan la motivación a la luz de los avances de la psicología cognitiva, han elaborado posiciones más complejas y trascendentales para trabajar y propiciar los estados motivacionales en los y las alumnos (as) que aprenden, el planteo de que hay que explorar los diferentes sistemas y estilos de motivaciones que tienen los alumnos (as). Resulta chocante para la mayoría de los docentes que están acostumbrados a referirse a la motivación extrínseca que ellos implementan como garantía de movilización de las conductas que esperan que observen los estudiantes, que muy a su pesar, muchos, tal y como se puede registrar, "no se motivan". Nada más incierta que esta afirmación, pues cada quien de acuerdo a su historia previa de socialización, conserva un estilo motivacional propio que lo conduce a actuar y a reaccionar de una manera particular.

Resulta pues vital, que los psicopedagogos se aboquen a un estudio en este particular, que permita que los docentes puedan entender que las tareas que debe realizar un alumno (a) para favorecer un aprendizaje eficaz, debe estar acorde con su estilo motivacional, pues de él dependerá la buena marcha de los aprendizajes, ya que no se trata de que pueda dar una respuesta inmediata, sino que lo que se aprenda permita resolver problemas y facilitar futuros aprendizajes.

Otros de los procesos psicológicos presentes en nuestro curriculum, como parte esencial al tipo de aprendizaje que se debe propiciar, es el de aprendizaje autónomo o aprender a aprender.

Subyacente a los procesos de aprendizaje autónomo está el de metacognición, que desde hace más de 20 años ha ocupado un lugar de primer orden en los estudios experimentales de los principales psicólogos del mundo, cuyos precursores se encuentran en la Escuela de Würzburg de Alemania.

El término Metacognición se refiere a la posibilidad del ser humano de reflexionar acerca de su capacidad cognitiva, es decir, que el acto mismo de conocer se convierte en objeto de conocimiento. También en los procesos de auto-evaluación que plantea el mismo currículum, se trabaja metacognición, cuando los que aprenden revisan lo que aprendieron: cómo lo aprendieron; qué dudas le quedaron, entre otras y tienen que replantearse nuevas metas de conocimiento, cambio de actitudes, re trabajar lo conocido y aprender del proceso de conocer.

La metacognición, que en sus inicios fue objeto de estudio de los filósofos (Spinoza, Hegel, entre otros), y posteriormente trabajado por William James, Flavell, Ana Brown, Kainer, Klurwe, Piaget, Bruner, etc., no es en este momento un problema teórico, sino que las implicaciones prácticas de su estudio reviste importancia trascendente para la psicología educativa, pues esta capacidad está íntimamente relacionada no sólo con las situaciones de aprendizaje que se propicien, sino como la capacidad de reflexión sobre los procesos cognitivos que hagan los y las estudiantes y posibilitan un mayor y mejor aprendizaje y cómo se convierten en experiencias de vida.

Por lo tanto, los procesos de metacognición están encaminados a que los y las alumnos puedan dirigir su aprendizaje por sí mismos, mediante la adquisición de estrategias de un saber práctico, que les permitirá involucrarse de lleno, responsable y reflexivamente, en todo el proceso de aprender, diagnóstico, planeación, ejecución, control y evaluación de los procesos de aprender.

La metacognición reviste crucial importancia para los procesos de evaluación educativa, ya que desde la perspectiva de la transformación curricular, la evaluación es entendida como el proceso a través del cual se posibilita volver a recorrer el camino transitado en el proceso de aprendizaje para identificar cuánto aprendí, cómo lo aprendí, qué falta por aprender y qué debe hacerse para recuperar los aprendizajes problemáticos o no adquiridos. A este proceso de evaluación se le llama Autoevaluación (tanto para alumnos (as) como para docentes), con el cual culmina y cobra sentido el proceso de evaluación auténtica.

Pudiéramos seguir ampliando, detallando otros aspectos psicológicos, donde la metacognición juega un papel de trascendencia, como los procesos de auto-control, para el manejo y regulación de los procesos de disciplina auto-regulada, en la toma de decisiones, en los procesos de auto-estima y seguridad en sí mismo, y en todos aquellos procesos que implican reflexión, toma de consciencia. Por ahora sólo me interesa plantear la necesidad de estudiar y profundizar en estos procesos vitales para el logro de un ser humano más capaz, consciente y crítico.

Necesidad de un Relanzamiento de la Psicología Educativa en Nuestro País



Como hemos venido reseñando, hay principios generales del aprendizaje que se plantean en el curriculum, que tienen que hacerse prácticos en el salón de clases, que deben ser validados empíricamente para concretarlos a los diferentes contextos educativos y por qué no decirlo, que deben ser trabajados, discutidos, analizados e investigados desde las aulas universitarias, para poderlos relacionar con la naturaleza de los procesos de aprendizaje en el salón de clases y con las características de los factores cognitivos, afectivos y sociales de nuestros alumnos(as), y maestros (as).

No es posible quedarnos como en el pasado que los principios psicológicos del aprendizaje que manejaban los (as) estudiantes de psicología en las aulas universitarias, no guardaban ninguna relación con los procesos de enseñanza que se manejaban en el salón de clases.

Es imprescindible vincular a los estudiantes de psicología y sobre todo aquellos que van haciendo su opción por la psicología educativa, con el quehacer educativo, ya que la función principal de la misma debería ser la adecuación de los principios de aprendizaje con la implementación del aprendizaje concreto en el aula, las condiciones o el diseño de ámbitos adecuados con métodos adecuados, los factores que influyen y su evaluación en él.

El psicólogo educativo se ocupará de armonizar la teoría del aprendizaje significativo con las teorías pedagógicas, para que se implementen las investigaciones psicopedagógicas, ya que las primeras dan dirección general a las prácticas educativas, pero necesitan traducirse y ajustarse a las complejidades de un salón de clase con estudiantes con distintas aptitudes, disposiciones e intereses, como también las características propias de cada área de estudio, sobre la que deben operar los principios generales del aprendizaje significativo.

Los psicólogos deben poner sus conocimientos sobre capacidades, procesos de adquisición cognitiva, al servicio de la enseñanza, pues por un lado se garantizarán mejores procesos de enseñanza-aprendizaje, como también los procesos de investigación necesarios para ir recogiendo y reencauzando procesos.

En la aplicación de estos principios de aprendizaje se requiere crear constantemente, para lo cual se necesita conocer los principios e innovar con ellos.

Un cuerpo de principios teóricos no podrá convertirse en premisas válidas al menos que no se avalen con hallazgos empíricos en diferentes situaciones, por lo cual el papel del psicólogo educativo será vital para el avance de esta rama tan importante de la psicología en nuestro país.

La pedagogía y la psicología se necesitan. Los maestros aportan al psicólogo problemas prácticos, ya sea de alumnos en particular o de grupos, así cuestiones vitales de los procesos de enseñanza-aprendizaje que acontecen en las clases y que en la mayoría de las veces parten por un lado del desconocimiento de las características particulares o generales de los sujetos que aprenden (intelectuales, afectivos o sociales) y por el otro de las dificultades que provienen de los métodos que se usan para enseñar.

Tanto uno como el otro tienen consecuencias psicológicas que de no ser encarados, pueden provocar problemas en la autoestima del que aprende, fatiga, miedos, desencanto, entre otros, imposibilitando que se desencadenen procesos positivos de disfrute, alegría, espontaneidad e iniciativa en los grupos de clase.

Nos falta mucho por investigar sobre cuáles características cognitivas y de la personalidad de los y las estudiantes, afectan los resultados del aprendizaje y cuáles serían las condiciones más propicias para organizar y presentar materiales de aprendizaje que permitan ajustarse no sólo a grupos completos, sino a características particulares o formas de aprender diferentes.

El psicopedagogo debe partir de que el proceso educativo presupone transformar a los y las individuos y ayudarlos a desarrollar sus máximas capacidades, así la prevención activa de sus perturbaciones o desequilibrios, sean estas sociales, escolares o afectivas, son elementos imprescindibles en su accionar al interior de las escuelas.

Los contextos familiares son también, elementos importantes en la acción del psicólogo educativo, dada la influencia de la familia en el marco de referencia cultural que los (as) alumnos traen a la escuela, es evidente la



necesidad de que haya una estrecha relación entre la familia y la escuela.

Esta relación podrá insertarse en dos grandes procesos vitales:

1. Lograr que las familias adquieran conciencia sobre el rol que les corresponde jugar en la educación de sus hijos e hijas.
2. Armonizar los procesos de potencializar capacidades y de reestructurar esquemas o pre-conceptos que los ambientes familiares vivencian en la cotidianidad y que se manifiestan en las escuelas como elementos que hay que tomar en cuenta para partir de los aprendizajes previos de los y las estudiantes, los cuales juegan un papel trascendental en la concepción de aprendizaje que se maneja en la transformación curricular.

Es pues necesario, que el psicólogo educativo encuentre en su formación elementos básicos que le permitan armonizar y encauzar las relaciones escuela-familia-sociedad, pues de nada valdrían sus herramientas para operar al interior de la escuela, si unos ámbitos cercanos a él-familia-sociedad mantienen una influencia permanente y decisiva de la misma.

Como se infiere de todo lo anteriormente expuesto, el campo de acción del psicólogo educativo es directamente el salón de clases, el sistema de relaciones del ámbito educativo, los procesos de evaluación y los contextos socioculturales de los estudiantes que afecten su aprendizaje y el más relevante de ellos sus contextos familiares.

Con estas reflexiones no me animo a entrar en la polémica de Gage (1964, Pág. 268-269), la cual plantea que las teorías del aprendizaje tienen poca o ninguna probabilidad de encontrar aplicación en el accionar educativo y que por el contrario deberían ser reemplazadas por teorías de enseñanza (como se ha venido haciendo hasta ahora) o las consideraciones de Smith (1960), mucho más racionales y entendibles, cuando sitúa que el aprendizaje y la enseñanza son fenómenos distintos, lo cual lo considero obvio de mis reflexiones. Lo que sí deseo que quede esclarecido es que debe haber una articulación entre las teorías de aprendizaje que subyacen a las técnicas provenientes de las teorías de enseñar, pues será sumamente difícil encauzar una investigación sobre los efectos de los procesos de enseñanza, sino tenemos claras las premisas teóricas metodológicas de las teorías de aprendizaje que subyacen, las cuales son puertos de partida y confieren dirección y sentido a la enseñanza misma. Además no sólo por lo que afirma Ausubel (1991, pág. 27), "buscar métodos de enseñanza más eficaces, que puedan describirse tan sólo en términos de características del acto de enseñar y que no puedan relacionarse con las leyes de aprendizaje, es derrochar tiempo y esfuerzo", sino que tanto nuestra Ley Orgánica de Educación, como todos y cada uno de los documentos de nuestra transformación curricular, sitúan muy claramente los procesos de aprendizaje que se deben privilegiar y cuáles las estrategias de enseñanza que deben implementarse.

Le tocará ahora a las escuelas de psicología del país, readecuar sus programas de estudios así como sus líneas de acción a estas necesidades que tiene la educación nacional y favorecer que sus egresados con opción a la psicología educativa cuenten con las herramientas idóneas para favorecer la implementación de este proyecto educativo con los necesarios procesos de investigación que toda nueva propuesta psicopedagógica requiere para que pueda ser implementada, seguida y reformulada cuando sea necesario.

Es por esta razón que afirmamos que los conocimientos psicológicos tienen una utilidad inmensa para encauzar el acercamiento de una práctica educativa diferente en las aulas, pues al educador se le pide que diseñe un currículum, pero estos no cuentan con los referentes teóricos para inventar, innovar o crear a partir de una propuesta curricular abierta y flexible.

Fuentes Consultadas

- Aebli, H., Colussi G.; Sanjurjo L. 1995. Fundamentos psicológicos de una didáctica operativa. Horno Sapiens.
- Alonso Tapia, J. 1991. Motivación y Aprendizaje en el Aula. ¿Cómo enseñar en el aula? Madrid, Santillana.
- Ausubel, DP; Novak, J.D.; Hanesian, Helen. 1991. Psicología Educativa, México, Trillas.
- Bruner, J.S. 1972. Hacia una teoría de la instrucción, México, Uteña.
- Bruner, J.S. 1992. La importancia de la educación. Barcelona, Paidós.



-
- Carretero, Mario. 1993. Constructivismo y educación. Madrid, Edelvives.
- Coll, C. 1995. Psicología y Currículo. Barcelona, Paidós.
- Deval, J. Creer y Pensar. 1983. La construcción del conocimiento en la escuela, Barcelona, Laia.
- Flavell, J.H. 1993. El desarrollo cognitivo, Madrid, Visor.
- Fundamentos del Curriculum, tomos 1, 11, 1994. República Dominicana, Innova 2000.
- Cagné E.D. 1991. La Psicología cognitiva del aprendizaje escolar. Madrid, Visor.
- Gimeno, J. 1988. El curriculum, una reflexión sobre la práctica. Madrid, Morata.
- Cimeno, J; Pérez, AI. Comprender y transformar la enseñanza, Madrid, Morata.
- Nickerson, R.S; Perkins, D.N. y Smith, E.E. 1990. Enseñar a pensar. Madrid, Paidós.
- Novaes, M.H. 1973. Psicología de la actividad escolar. Argentina, Kapeluz.
- Palacio, L; Henry Wallon. 1987. Psicología y educación del niño, una comprensión didáctica del desarrollo y la educación infantil. Madrid, Visor,
- Piaget, J. 1978. La equilibración de las estructuras cognitivas, Madrid, Siglo XXI.
- Pozo, J. 1989. Teorías cognitivas del aprendizaje. Madrid, Morata.
- Vygotsky, LS. 1985. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires, Pléyade.
- Vygotsky, LS. 1979. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona, Crítica.

Conocimiento, Aprendizaje y Enseñanza. Temas Relevantes en la Reforma Educativa

Licda. Minerva Vincent
Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC)

En la escuela dominicana del presente se producen transformaciones que tendrán repercusiones trascendentes en la sociedad. Esas transformaciones se sustentan en procesos que se impulsan para promover el desarrollo pleno de las potencialidades y capacidades humanas.

Aspiramos a contribuir, desde la educación, a la construcción de la sociedad que merecemos los dominicanos y las dominicanas; una sociedad orientada hacia un modelo de desarrollo autosostenible, donde prime el bienestar, la equidad y la justicia. Pero, en un evento de esta naturaleza la pregunta pertinente va orientada al papel jugado y por jugar por nuestra ciencia, la Psicología, en la reforma educativa en marcha.

Para responder a dicha interrogante describiremos de manera muy breve en un primer momento lo que está sucediendo en la actualidad en nuestras escuelas, las concepciones que sobre el conocimiento, el aprendizaje y la enseñanza subyacen en los procesos que se impulsan, y en lo específico cómo los/as psicólogos/as del área educativa hemos ido construyendo explicaciones, definiendo estrategias y dándole seguimiento a dichos procesos en un trabajo colectivo en el que participamos junto a pedagogos, orientadores y especialistas de las diferentes áreas de la ciencia, la tecnología y el arte. En un segundo momento expondremos, con la brevedad que el tiempo que se nos ha asignado nos impone, el por qué y para qué de las reformas que se impulsan.

¿Cuáles son los cambios que están sucediendo en la escuela dominicana?

Los cambios se expresan en una nueva mentalidad, conciencia, compromiso, actitudes y ruptura de esquema de parte de todos los actores involucrados en la Reforma Educativa. Un cambio en la mentalidad de los actores fundamentales de los procesos educativos, el cual se expresa en una conciencia cada vez creciente de la necesidad de



cambio. Los múltiples diagnósticos realizados como paso previo a la definición y puesta en marcha del Plan Decenal de Educación -hito glorioso en la historia educativa nacional- dan cuenta de la magnitud de los problemas, entre los que se destacaron problemas graves de infraestructura, equipos y mobiliario, analfabetismo, cobertura, repitencia, deserción, sobriedad, deficientes niveles de formación del magisterio, bajos salarios, transferencia de profesores a otros sectores, obsolescencia curricular y descuido en el ámbito político, social, comunitario y familiar para sólo referimos a indicadores tradicionalmente considerados.

La asunción de un compromiso en la tarea de elevar la calidad de la educación de nuestro pueblo (empresarios, trabajadores, profesionales, académicos, políticos, religiosos, sindicalistas, padres y madres de familia) participan de manera activa y entusiasta en las:

- Juntas Administrativas Distritales
- Asociaciones de Padres, Madres y Amigos de la Escuela
- Comisiones y Consejos Técnicos y de Apoyo, tales como los que impulsan la ejecución de la nueva Ley de Educación, de apoyo y mantenimiento de la infraestructura escolar, el programa masivo de alfabetización y a la transformación curricular, producción de libros de texto entre otros proyectos y programas priorizados por la Secretaría de Estado de Educación y Cultura en la presente gestión.

Una ruptura con los esquemas tradicionales de pensar y hacer educación, en los cuales nos centraremos a continuación.

Pero lo más importante una actitud sorprendentemente positiva hacia el cambio, que nos impulsa a todos/as a aprovechar cualquier espacio y momento para aprender uno/a de los/as otros/as.

La ruptura a que aludimos se expresa en un repensar, en una reflexión colectiva, en el estudio concienzudo, en la discusión franca y abierta de los saberes y experiencias que cada uno la de los/as que participamos en la reforma hemos ido incorporando a la formación y al quehacer profesional y social.

Procurando consensos hemos diseñado un currículum dominicano, en el cual se establecen los fines, propósitos, procesos y estrategias de la educación en el momento histórico actual. Los conceptos claves que manejamos se sintetizan en los fundamentos del currículum, Tomos I y II, de amplia circulación en el medio educativo.

A partir de la articulación de visiones, del entramado de ideas y acciones que se derivan del currículum se promueven procesos que superan situaciones y prácticas, en un intento de responder a los requerimientos de un país que apuesta a la educación, como vía para incorporar a su gente a los esfuerzos de la humanidad por construir un mundo más justo, equitativo y competente. El cambio de dirección de estos procesos abarca aspectos tan disímiles como complejo es el acto educativo.

Concepciones sobre el Conocimiento, Aprendizaje y Enseñanza

Las transformaciones que se vienen dando en las prácticas cotidianas que se desarrollan en la escuela, se sustentan en nuevas concepciones sobre el conocimiento, el aprendizaje y la enseñanza.

Es así como el conocimiento lo entendíamos y lo trabajábamos en educación, como la incorporación a nuestra memoria de un cúmulo de verdades, (informaciones, datos y hechos) que constituían el acervo cultural, científico, tecnológico, artístico y las costumbres, usos y normas requeridas para el buen desenvolvimiento de las personas en la cotidianidad de sus vidas.

Hoy el conocimiento más que en la acumulación pone énfasis en la construcción. Lo que interesa es la formación de "esquemas" (en el sentido piagetiano del término), que posibiliten la integración de nuevas actitudes, aptitudes, habilidades, destrezas, conocimientos que posibiliten entender y actuar en y sobre el mundo.

La idea de aprendizaje (como proceso de integración de dichos esquemas) que de esta concepción se deriva supone a sujetos que en vez de reaccionar a estímulos (antecedentes y/o consecuentes a la conducta) se implican activamente,



con toda la subjetividad y carga energética que caracteriza a las personas en el acto de aprender.

Esta concepción de aprendizaje, que se inscribe en una perspectiva cognitiva, ha sido socializada en nuestro medio como "aprendizaje significativo". El cual, como todos los colegas saben, puede ser integrado por estrategias receptivas y/o por descubrimiento. Por lo tanto, métodos y técnicas tradicionales y exitosas como la lectura, el estudio individual, la recepción por múltiples medios de información no pueden ser descartados.

Las formas de representación de la realidad (que vienen a constituirse en "el conocimiento" a que aludíamos en el punto anterior) que posibilitan integrar un conocimiento con sentido para los sujetos han sido retomados de los planteamientos desarrollados por Vygotsky, Bruner, Ausubel, el maestro Piaget y sus discípulos.

Son estos aportes desde la Psicología los que vienen a sustentar las nuevas estrategias de aprendizaje que se promueven. Estas estrategias (de recuperación de la percepción individual, de problematización, recepción, descubrimiento, inserción en el entorno, socialización y proyectos) han desplazado el énfasis en la vieja concepción de enseñanza, entendida como transmisión de informaciones, hechos, datos, conceptos, procedimientos, valores, actitudes y normas que los estudiantes debían recibir acríticamente porque constituían los conocimientos y una determinada ética, considerada como la representación de la cultura hegemónica, al menos en el mundo occidental.

Hoy el nuevo curriculum conceptualiza la enseñanza como un proceso de orientación, acompañamiento, seguimiento y animación a los procesos de aprendizaje en los que se involucran todos los actores.

De esta reconceptualización se deriva toda una revisión del rol de los actores involucrados en los procesos de enseñanza y de aprendizaje; considerando importante destacar la idea de que se trata de procesos en los que, independientemente del papel que desempeñemos en un escenario particular (estudiante, maestro, directivo, personal de apoyo, técnico, padre, madre o simple ciudadano implicado en los asuntos educativos) vamos aprendiendo los unos de los otros, conceptualización que se articula con la conciencia de la necesidad de promover procesos en los cuales el aprendizaje sea considerado como una actividad a desarrollarse a lo largo de toda la vida.

Significación de Estos Cambios. El por qué y para qué de la Reforma

Los cambios, a nivel mundial y nacional, que se operan en todos los ámbitos: político, económico, social, cultural, científico, tecnológico y en la cotidianidad misma de nuestras vidas, imponen un cambio de rumbo. Se trata de dar el salto hacia la modernidad o quedamos rezagados en un mundo que marcha a ritmos y en direcciones insospechadas hasta hace tan sólo pocos años. La revolución tecnológica ocurrida en el ámbito de las comunicaciones y en la informática abre posibilidades que nos hacen tomar muy en serio ideas que en otros tiempos pasábamos por alto.

Cuando desde el paradigma positivista entendíamos el conocimiento, el aprendizaje y la enseñanza como objeto a estudiar desde la "objetividad", "verificabilidad", "predictibilidad", y "replicabilidad" preconizada por el conductismo, respondíamos también al "espíritu de la época". El orden socioeconómico y político se sustentaba en el capitalismo industrial, por lo que a la educación se le pedía la formación de obreros y cuadros capaces de continuar produciendo en un mundo caracterizado por la mecanización y la reproducción en cadena. Poco importaba la subjetividad, lo intangible, el universo simbólico en que se movían los sujetos y tan siquiera las creencias y la afectividad de la gente en un mundo centrado en el consumo y en el placer por el disfrute de sus logros materiales.

Pero como paradoja de la vida, ha sido la explosión de la ciencia y la tecnología la que nos ha devuelto hacia el mundo del espíritu, de lo intangible. Ya los psicólogos no nos sentimos acorralados, ruborizados por no poder dar cuenta de manera medible y replicable de esferas del ser humano que manejábamos como la "caja negra", la cual nunca hemos negado pero hoy reconocemos como las energizantes de la actividad humana.

Hoy devolvemos a la educación, con todo el rigor, el estudio de la percepción, la motivación, la emoción, el pensamiento. Por eso hablamos al inicio de un cambio en el paradigma dominante. La Psicología Cognitiva, de la Personalidad, de la Emoción recuperan el lugar que, sin desconocer sus valiosos aportes, ocuparon en su momento los representantes de la Psicología Experimental, abogada por los conductistas, a los cuales muchos de nosotros/as nos afiliábamos.



El acceso instantáneo a la información que posibilita la Informática, el predominio de las imágenes, las comunicaciones que han convertido el mundo en una aldea, la revalorización del mundo subjetivo devuelven el verdadero sentido de sujetos a los seres humanos, explicando la amplitud de los múltiples aportes que la Psicología puede hacerle a la educación.

¿Pero por qué la educación es considerada hoy como elemento clave del desarrollo? ¿No siempre fue así? ¿Por qué el renglón más importante en los Presupuestos Nacionales es hoy en día reservado a la educación?

Muchos factores pueden explicar este fenómeno. Nosotros destacaremos tres:

- Desde que el mundo recibió los resultados de lo que ha sido denominado el milagro de los tigres asiáticos, entendió la significación de la educación vista como inversión y no como gasto. La década de los años 80 fue escenario propicio para la diseminación de esas ideas, bajo el nuevo concepto de capital humano.
- Un mundo signado por cambios acelerados, que se expresan a un ritmo vertiginoso y en direcciones impredecibles tiene que centrar en la gente, en la persona, en los seres humanos, como especie "inteligente" del planeta, el "control" de la situación. Un "control", entendido como ese equilibrio entre nuestras intencionalidades más privadas hasta el compromiso con la satisfacción de expectativas sociales, sólo puede ser ejercido por personas que hayan tenido la posibilidad de desarrollar al máximo sus potencialidades y capacidades. Y esto, como lo entendemos hoy, se alcanza cuando la persona se implica en procesos constructivos que le posibilitan el desarrollo de la inteligencia, el compromiso social, el despliegue de la creatividad y de los talentos particulares que caracterizan al ser humano. Es en este contexto que la triada conocimiento, aprendizaje, enseñanza, como conceptos que aluden a resultados, procesos y estrategias vienen a articularse.
- La Reforma Educativa que en el orden institucional y académico se desarrolla en República Dominicana, se plantea como el camino más seguro para avanzar hacia la satisfacción de las aspiraciones que de manera valerosa y responsable han impulsado el accionar público y privado de los mejores hombres y mujeres de nuestro pueblo.

Entendiendo que el progreso, el desarrollo, la justicia, la equidad se sustentan en el conocimiento, no en la fuerza bruta y brutal; no en las máquinas sino en la riqueza espiritual y material de los pueblos, los educadores y demás profesionales al servicio de la educación apostamos a la educación de nuestra gente, niños/as, jóvenes y adultos, reconociendo que es en ese espacio que se llama escuela, en ese tiempo que se permanece en ella donde se da la posibilidad de formar la conciencia y la inteligencia de las futuras generaciones de dominicanos/as.

Sólo elevando el nivel educativo estaremos en capacidad de construir el país que deseamos. Un país donde se respete y preserve el medio ambiente, con identidad propia, que valore la diversidad que potencializa la creatividad que nos caracteriza como pueblo, competentes para articularnos a un mundo global y plural, para lo cual el concepto de "aprender a aprender", que venimos trabajando en Psicología desde principios de siglo, nos permitirá integrar los avances que se operan en la ciencia y la tecnología, y modestamente contribuir como país al salto necesario de una sociedad de la información hacia la sociedad del conocimiento. En fin un pueblo sano y feliz que valore el trabajo como medio de realización personal y social, siendo éstos los principios en que se fundamenta nuestro Sistema Educativo, los cuales han quedado formulados en nuestra recientemente promulgada Ley de Educación.

Bibliografía

- Delors, Jacques. 1996. La Educación Encierra un Tesoro. Santillana. Ediciones UNESCO, Madrid, España.
- García, D; Hernández, R. 1992. La Calidad, la Innovación y los Actores en el Marco del Plan Decenal de Educación. Plan Decenal de Educación, Área Calidad de la Educación. SEEBAC, 2 de noviembre.
- Hernández, R.; Fiallo, J.A.; Zaiter, J.; Álvarez, J.L. 1993. Comisión de Construcción del Conocimiento. Plan Decenal. Proceso de Transformación Curricular, República Dominicana, julio. Documentos Inéditos.
- SEEBAC. 1992. El Plan Decenal de Educación en la Perspectiva de sus Áreas y sus Consultas. Serie A, Documento 4. Congreso Nacional de Educación, diciembre.
- SEEBAC. 1992. Síntesis del Plan Decenal de Educación. Plan Decenal de Educación, Serie A, Documento 5. Congreso Nacional de Educación. Diciembre.



SEEBAC. 1993. Plan Decenal de Educación. 2, 3, 4 de diciembre. Serie A, Documento 6, Memorias del Congreso Nacional 1992.

SEEBAC. 1994. Fundamentos del Curriculum. Tomo I. Editora Alfa y Omega, Santo Domingo, R.D. Serie Innova 2000.

ALTERNATIVAS PSICOTERAPEUTICAS E INTERVENCIÓN

Psicoterapia Breve Multidimensional

Jorge Corsi

Profesor Titular de Psicoterapias Breves.

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

El enfoque multidimensional en Psicoterapia Breve surge con la finalidad de superar algunas falsas dicotomías planteadas por los sistemas tradicionales, adoptando una actitud abierta y no dogmática que permita dar respuestas flexibles y creativas a la diversidad de problemas planteados en el campo de la clínica.

La Psicoterapia Breve Multidimensional intenta tener en cuenta la amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas, y trabajar con recursos que sean lo suficientemente flexibles como para operar sobre las diferentes dimensiones del problema.

La multidimensionalidad se da, por lo tanto, en dos ejes:

1. La multiplicidad de los niveles significativos de la vida del paciente que son tomados en cuenta:
 - a) Las dimensiones cognitiva, conductual, intrapsíquica e interaccional.
 - b) Los Contextos en los que participa el paciente: microcontexto, exocontexto,
macrocontexto.
 - c) Las dimensiones temporales: pasado (historia personal), presente (situación
actual), futuro (proyecto personal de vida).
2. La multiplicidad de recursos terapéuticos de que dispone el terapeuta, caracterizados por la flexibilidad y la creatividad, pero dotados de coherencia interna respecto de la estructura conceptual de la cual emergen.

Por lo tanto, cada vez que aludimos a un abordaje multidimensional, nos estamos refiriendo simultáneamente a estos dos ejes.

Las coordenadas que permiten delimitar este enfoque son las siguientes:

- Una concepción acerca de los determinantes: La Teoría del Determinismo Recíproco.
- Una concepción acerca del cambio: La Teoría Ecosistémica.
- Una estructura conceptual: el Modelo Ecológico.

La Teoría del Determinismo Recíproco

Existe una evidente correlación entre la concepción acerca de la determinación psíquica y los métodos terapéuticos propuestos. Las distintas variantes del mecanismo causal, por ejemplo, postulan que es necesario actuar sobre las causas para resolver los efectos. A su vez, distintas teorías privilegian algún tipo de determinantes por sobre los demás. La clásica discusión entre "natura y nurtura" ejemplifica un eje sobre el que ha girado la cuestión en el campo de la psicología.



Las teorías psicológicas contemporáneas se han polarizado en lo que respecta a las explicaciones de la conducta humana, tanto normal como patológica, centrándose algunas en los determinantes "externos" o ambientales, otras en los determinantes "internos" o intrapsíquicos y otras en la interacción entre ambos. El conductismo, el psicoanálisis y la psicología genética son ejemplos de cada una de esas formas de entender la determinación.

Si bien en la actualidad resulta difícil encontrar defensores de enfoques unidireccionales "puros" (ya sean éstos ambientales o pulsionales), las distintas escuelas psicoterapéuticas recogen, en su práctica, la influencia de algunos de ellos.

En los últimos quince años, Albert Bandura, profesor de la Universidad de Stanford, ha venido trabajando sobre la idea de superar los obstáculos que representan los modelos mecanicistas de causalidad, proponiendo una teoría del determinismo recíproco.

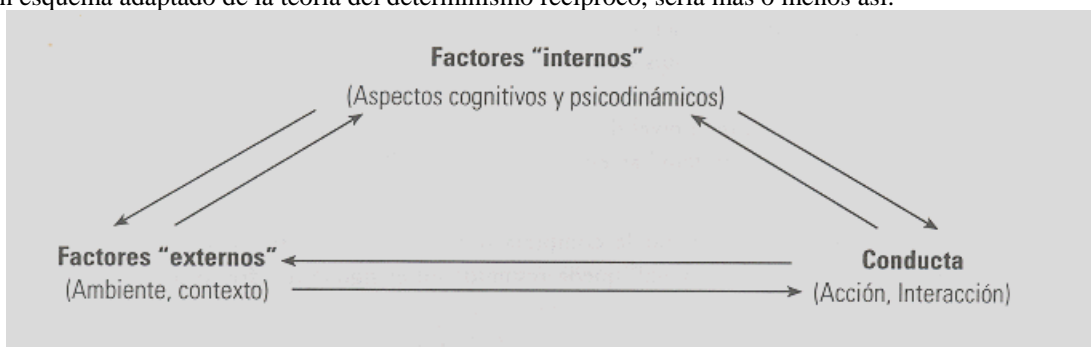
Bandura critica, por una parte, el ambientalismo extremo del conductismo que transforma al ser humano en un sujeto pasivo, a merced de las influencias externas. Por otra parte, critica el descuido de las influencias sociales que se observa en algunos psicólogos cognitivos contemporáneos.

Su cuestionamiento es aún más amplio: rechaza las teorías que se basan predominantemente en el determinismo interno, explicando la conducta en relación a motivaciones o actividad pulsional. Considera que cuando las explicaciones se apoyan exclusivamente en el factor que predomina en cada una de esas teorías las mismas se transforman en mecanicistas y reduccionistas.

Bandura entiende los procesos regulatorios en términos de un determinismo recíproco. Tanto la conducta como otros factores personales y ambientales actúan como determinantes que están entrelazados. Este enfoque no se limita a afirmar que existe una "interacción" entre los factores personales y los ambientales, sino que explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, los comportamentales y los ambientales. Así, las personas y el medio se determinan en forma recíproca. Es verdad que la conducta está regulada por sus contingencias, pero las contingencias están producidas, en parte, por la propia persona. El sujeto, por medio de sus acciones, juega un papel activo en la producción de contingencias que, a su vez, influyen sobre él.

Señala Bandura que en la búsqueda de causas anteriores, por cada "gallina" descubierta por los enfoques unidireccionales, habrá un "huevo" identificado por el teórico del determinismo recíproco. Dada esta interdependencia y esta causalidad circular, el determinismo no implica una visión fatalista en que las personas son simples peones de las influencias externas o de impulsos internos. Cada uno de esos factores es parte de un engranaje, en el cual cada uno determina a los otros.

Un esquema adaptado de la teoría del determinismo recíproco, sería más o menos así:



En este esquema, cada uno de los factores es permanentemente "resignificado" por los otros, por lo que no adquiere un valor absoluto, sino que debe ser considerado permanentemente dentro del esquema de reciprocidad.

El enfoque multidimensional en psicoterapia que estamos construyendo se basa en una perspectiva derivada de la teoría del determinismo recíproco.



El Modelo Ecológico

Además de una concepción acerca de los determinantes, un enfoque terapéutico necesita partir de una estructura conceptual que brinde coherencia interna a sus procedimientos. Para ello, hemos adaptado el modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner (1979), que postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica.

Bronfenbrenner sostiene:

"...se concibe al ambiente ecológico como algo que se extiende mucho más allá de la situación inmediata que afecta directamente a la persona en desarrollo: los objetos a los que responde o las personas con las que interactúa cara a cara... (microsistema)..., sino también, con la misma fuerza y las mismas consecuencias, a los vínculos entre entornos, tanto aquéllos en los que la persona en desarrollo participa realmente, como aquéllos en los que tal vez no entre nunca, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el ambiente inmediato de la persona. Los primeros constituyen lo que llamará los mesosistemas, y los últimos, los exosistemas. Por último, se considera el complejo de sistemas seriados e interconectados como una manifestación de los patrones arqueados de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura. Estos patrones generalizados se denominan macrosistemas..."

Pueden entenderse los distintos subsistemas descriptos como los contextos en los que necesitamos ubicar a la persona, si no queremos recortarla y aislarla de su entorno ecológico.

El contexto más amplio (macrosistema) nos remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. El exosistema está compuesto por la comunidad más cercana, que incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual. El microsistema es, fundamentalmente, el contexto familiar, en el que se desarrollan los intercambios cara a cara más intensos.

La dificultad para considerar la compleja red de contextos en los que surge una determinada problemática "individual" queda resumida en el siguiente párrafo del texto de Bronfenbrenner:

"...La ideología en vigor que sustenta las actividades profesionales está imbuida de un "modelo deficitario" de función y crecimiento humano. Este modelo supone que lo que consideramos inadecuación o perturbación en la conducta y el desarrollo humano (incluso, o, tal vez, en especial, cuando no es producto de un daño orgánico) refleja una cierta deficiencia dentro de la persona, o, desde una perspectiva más ilustrada pero sin alteraciones fundamentales, dentro de su ambiente inmediato. Se comienza con el individuo, buscando señales de apatía, hiperactividad, deficiencias en el aprendizaje, mecanismos de defensa y otros elementos similares. Si no se encuentra la fuente de la deficiencia dentro del niño, debe residir en los padres..."

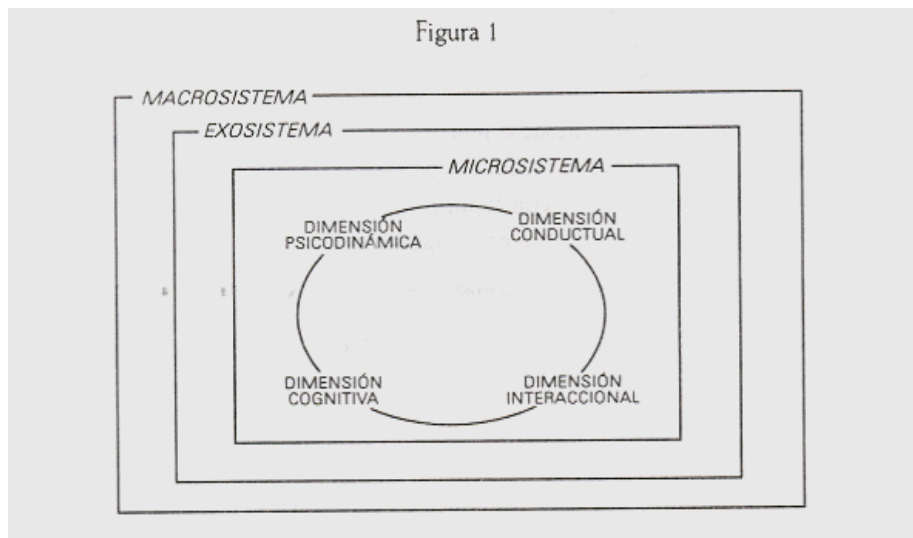
Desde la perspectiva del modelo ecológico, necesitamos evaluar la peculiaridad de las relaciones intra e intersistémicas, con el fin de contextualizar adecuadamente cada situación particular.

Bronfenbrenner propuso este modelo en el ámbito de la investigación del desarrollo humano (la investigación ecológica se propone no aislar a la persona en estudio de sus entornos naturales). Para poder adaptarlo a nuestros propósitos de construir un marco conceptual que sustente el quehacer psicoterapéutico, fue necesario incluir en el modelo el nivel individual. Tratando de ser coherentes con la perspectiva ecológica, hemos concebido este nivel como un subsistema en el cual discriminamos cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:



1. La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo del sujeto.
2. La dimensión conductual, que abarca el repertorio comportamental con el que una persona se relaciona con el mundo.
3. La dimensión psicodinámica, que considera la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta la dinámica del psiquismo inconsciente).
4. La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Estas cuatro dimensiones deben considerarse en su relación recíproca con los distintos contextos (ver fig. 1) y todo el esquema, en su conjunto, admite una lectura sincrónica o diacrónica, según estemos interesados en hacer un corte en la situación actual o considerar el desarrollo ontogenético (en cuyo caso deberemos conservar la perspectiva ecológica a lo largo de cada corte temporal).



La Concepción Ecosistémico-multidimensional del Cambio

Cuando relacionamos el modelo ecológico que acabamos de describir con la teoría del determinismo recíproco, surge con evidencia una concepción acerca del cambio psicológico. Dada la interconexión entre los distintos sistemas y dimensiones, por una parte, y la reciprocidad de las cadenas causales, por otra, podemos inferir que un cambio en cualquiera de los sistemas o dimensiones va a ocasionar cambios en cada una de las partes de la estructura. Pero esto todavía es una afirmación muy general, es preciso hacer algunas puntualizaciones:

- Debemos considerar la asincronía con que se producen los cambios en los distintos niveles: los cambios en el macrosistema pueden llevar siglos, en el exosistema suelen tardar décadas, mientras que en el microsistema pueden contarse por años o meses. Con respecto al nivel individual, las reestructuraciones intrapsíquicas pueden implicar muchos años de trabajo terapéutico, mientras que las reestructuraciones cognitivas, conductuales o interaccionales pueden requerir un tiempo más acotado.

- No hay reciprocidad temporal en las influencias mutuas entre sistemas de diferente grado de complejidad. Así, los cambios en las pautas culturales ejercen una influencia más rápida en los usos y costumbres de las personas, que a la inversa.

- Cuando pensamos el cambio desde el campo de las psicoterapias, recortamos nuestro campo de acción en el microsistema (grupo, familia, diada, individuo). En cambio, la psicología institucional, tanto como la social o la comunitaria, se proponen el logro de cambios en contextos más amplios.

- En el nivel individual, un cambio en alguna de las dimensiones conlleva cambios en cada una de las otras.



Es necesario aclarar que esta concepción acerca del cambio no es una simple derivación deductiva del marco conceptual expuesto, sino producto de la observación clínica. Un modelo terapéutico no podría construirse sobre la base de la teorización pura, por más coherencia epistemológica que la sustente.

Por el contrario, nace por y desde la práctica clínica, para luego encontrar el sustento teórico. Muchas veces se dice que la práctica debe estar sólidamente apoyada en un marco referencial teórico; pero, consistente con la idea de determinismo recíproco, no podemos concebir una teoría sin un sólido sustento en la práctica clínica.

Veamos un ejemplo extraído, precisamente, de dicha práctica:

Un paciente consulta porque experimenta angustia frente a situaciones que implican intercambio social, tales como reuniones, situaciones grupales, etc., piensa que va a ser rechazado, que lo van a considerar tonto y, por lo tanto, adopta una conducta de aislamiento y evitación de situaciones sociales.

Un terapeuta cognitivo intentaría introducir un cambio en su creencia de que va a ser rechazado o considerado tonto.

Un terapeuta comportamental trabajaría en la dirección de promover ensayos conductuales graduales, que lo llevarán a acercarse lentamente a las situaciones temidas, con el fin de romper la asociación entre situación grupal=situación peligrosa.

Un terapeuta psicodinámico exploraría el conflicto subyacente y los significados inconscientes asociados, buscando producir el insight.

Cada uno de estos presupuestos es correcto dentro del correspondiente marco teórico. De hecho, cada uno de ellos puede producir el cambio usando su propio método. Ahora bien, desde la concepción de cambio que estamos tratando de definir, un terapeuta multidimensional pensaría del siguiente modo:

- Si el paciente modifica su creencia de que va a ser rechazado (dimensión cognitiva), se va a reducir su nivel de angustia (nivel psicodinámico) y disminuirá su conducta evitativa (dimensión conductual), pudiendo comunicarse de otro modo con los demás (dimensión interaccional). Al hacerlo, los demás modificarán su actitud hacia él (microsistema), lo cual producirá un cambio en la autoimagen (dimensión cognitiva), lo cual, a su vez, le permitirá experimentar mayor seguridad y menor ansiedad (dimensión psicodinámica)... y así sucesivamente.

En realidad, la dimensión por la cual se comenzó a analizar el ejemplo es arbitraria; podríamos haber comenzado por cualquier otra. Lo importante es ver que, con el criterio de circularidad y de reciprocidad, un cambio en cualquiera de las dimensiones conduce a un cambio en cada una de las otras.

A partir de esta concepción acerca del cambio, la cuestión que queda por resolver es evaluar la dimensión que en cada paciente va a resultar más facilitada para introducir un cambio en el sistema.

Un punto central en la planificación terapéutica y en la elección de recursos, es poder determinar cuál es la vía más facilitada para poder operar terapéuticamente. Dado que la experiencia clínica muestra que un cambio que se genera a partir de una de las dimensiones promueve cambios en las restantes, muchas veces sólo es necesario activar el mecanismo de cambio correspondiente a una dimensión. Esto se ve con mayor claridad en cierto tipo de pacientes que se muestran especialmente colaboradores con la tarea. En términos generales, se suele usar la técnica del "recurso exploratorio", que consiste en poner a prueba la permeabilidad o rigidez que presenta el paciente en relación a la vía de acceso explorada por el terapeuta, para luego decidir intervenciones que privilegien el trabajo a través de la vía más facilitada o permeable.

Una vez en marcha el proceso terapéutico, resulta de esencial importancia la validación sistemática de los recursos terapéuticos utilizados. En realidad, lo único validable, en el estado actual de la psicoterapia, son las técnicas; sería una generalización indebida extender el efecto de la validación al cuerpo teórico que las sustenta, ya que, como señalan Hammond y Stanfield, "las técnicas utilizadas pueden ser efectivas por razones distintas a las de las hipótesis invocadas



por cada teoría en particular".

Finalmente, es importante recordar dos principios que todavía no se hallan totalmente incorporados a la práctica clínica:

1. No todos los pacientes con trastornos psicopatológicos se benefician con psicoterapia.
2. Un mismo terapeuta no puede ser igualmente eficaz con todo tipo de pacientes.

Los fracasos terapéuticos se relacionan muy a menudo con la instrumentación de estrategias terapéuticas inadecuadas por parte del terapeuta, aunque siempre queda el recurso de atribuirlos a las resistencias del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Ardila, A (Comp.). 1980. Terapia del Comportamiento: fundamentos, técnicas y aplicaciones. DDB.
- Balint, M. et al. 1986. Psicoterapia Focal. Gedisa,
- Bandura, A. 1984. Teoría del Aprendizaje Social. Espasa.
- Beck, A. 1983. Terapia Cognitiva de la Depresión. DDB, Bilbao,
- Bronfenbrenner, U. 1987. La ecología del desarrollo humano. Paidós, Barcelona.
- Corsi, J. 1994. Psicoterapia Breve Multidimensional. Editorial Tekné. Bs.As.
- De Shazer, S. 1986. Claves para la solución en terapia breve. Paidós, Bs.As.
- Erwin, E. 1985. Terapia de Conducta. Pirámide, Madrid.
- Feixas, G. y Viaplana, G. 1990. Las Terapias Cognitivas: introducción histórica y perspectivas actuales. Revista de Psicoterapia, Vol. 1., Núm. 2-3. Barcelona.
- Feixas, G. y Miró, M. 1994. Aproximaciones a la Psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona.
- Feixas, G. y Villegas, M. 1993. Constructivismo y Psicoterapia. Ed. PPU. Barcelona.
- Fernández Álvarez, H. 1992. Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Ed. Paidós. Bs.As.
- Fish, R; Wekland, J.; Seagal, L. 1984. La táctica del cambio. Herder, Barcelona.
- Freeman, A. 1992. El desarrollo de las conceptualizaciones del tratamiento en terapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 1. Núm. 2. Bs.As.
- Haley, J. 1987. Estrategias en Psicoterapia. Toray, Barcelona.
- Hammond, C; Stanfield, K. 1981. Psicoterapia Multidimensional. TEA, Madrid.
- Lazarus, A. 1983. Terapia Multimodal. IPPEM, Bs.As.
- Mahoney, M. 1990. Metateoría constructivista: implicaciones para la Psicoterapia. Revista de Psicoterapia. Vol. 1., Núm. 2-3. Barcelona.
- Malan, D. 1983. Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica. Paidós.
- Malugani, M. 1990. Las Psicoterapias Breves. Herder, Barcelona.
- Papp, Peggy. 1988. El Proceso de Cambio. Ed. Paidós. Bs.As.
- Patterson, C. 1978. Teorías del counseling y Psicoterapia. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Pinkus, L. 1984. Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve. Gedisa, Barcelona.
- Rivera, J. 1992. La Transferencia en la Psicoterapia Breve Analítica. En: Focalización y Psicoanálisis. Ed. Roca Viva, Montevideo.
- Safran, J. 1992. Barreras para la Integración en Psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. 1, Núm. 1, Bs.As.



-
- Singer Kaplan, H. 1982. La nueva terapia sexual. Alianza, Madrid.
- Small, L. 1982. Psicoterapias Breves. Gedisa.
- Strong, S. y Claiborn, Ch. 1985. El cambio a través de la interacción. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Strupp, H. y Binder, J. 1993. Una nueva perspectiva en Psicoterapia. D.o.B., Bilbao,
- Villegas Besora, M. 1990. Sincretismo, Eclecticismo e Integración en Psicoterapia. Revista de Psicoterapia. Vol. 1, Núm. 1. Barcelona.
- Watzlawick, P., Weakland, J; Fisch, R. 1980. Cambio. Herder, Barcelona.
- Weakland, J. 1994. Mitos acerca de la terapia breve, mitos de la terapia breve. En: Zeig, J. y Gilligan, S.: Terapia Breve. Amorrortu. Bs.As.
- Wolberg, L. 1970. Psicoterapia Breve. Gredos, Madrid.

El Uso de la Visualización como Herramienta Terapéutica

*Licda. María Elena Asuad
Psicoterapeuta Consultora del Fondo de las
Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).*

El trabajo que presentaré tiene como objetivo dar a conocer la técnica de visualización o fantasía dirigida - herramienta utilizada por la terapia guesáltica y la transpersonal- en la terapia psicoanalíticamente orientada y en trabajo de dinámica grupal.

La primera parte de esta presentación consistirá en el análisis de las variables más importantes que llevaron a la que expone a tomar la decisión de introducir dentro de su trabajo como terapeuta, la relajación y la visualización, no perdiendo de vista la perspectiva de que el objetivo de los procesos terapéuticos es la aprehensión por parte del "paciente" de los procesos hasta ese momento inconsciente que han determinado su modo de operar en la vida.

En la segunda parte se hará una breve revisión teórica de los principios guesálticos relacionados con el tema que expongo, que son sostenidos por algunos de sus autores fundamentales. Un tercer momento se dedicará a compartir con la audiencia algunas de las experiencias llevadas a cabo con esta técnica, enfatizando el manejo que se hace de información obtenida de la visualización, a través de las asociaciones del paciente.

Por último, se compartirán las experiencias que se han obtenido en el trabajo grupal en colegios, develando una vez más de manera proyectiva la situación personal de cada uno de los estudiantes, y como esta información es utilizada.

Para iniciar esta exposición, quisiera hacer una reflexión con respecto a la psicoterapia.

El proceso terapéutico tiene como finalidad el cambio. Cambio que exige como condición la toma de conciencia de los hechos o situaciones que marcan la vida de una persona. Conciencia de hechos o situaciones que involucran sentimientos y emociones.

Sentimientos y emociones que se reviven en un intercambio humano con el otro, facilitando así el re-escribir nuestra propia historia.

Este proceso de re-escribir nuestra propia historia, como bien sabemos es complejo y encuentra en su camino una



serie de bloqueos conscientes o inconscientes que impiden su finalización.

¿Quién de nosotros no se ha encontrado con un "paciente" que está en un impase existencial, es decir, una especie de estancamiento, donde siente que no tiene salida, y que sesión tras sesión repite el mismo discurso con la esperanza de que algo cambie, de que algo suceda o de que el terapeuta le diga qué hacer? Son momentos de aparente inercia y sufrimiento.

Es precisamente en estas situaciones en que uno se cuestiona su trabajo terapéutico, su papel como acompañante de procesos, y porque no decirlo, la eficacia de sus técnicas. Es en un momento así cuando sentimos que debemos hacer algo para facilitar los procesos, aunque sabemos que en gran medida, los bloqueos corresponden a la situación del paciente. Pero, ¿no estamos ahí justo para ayudarle a hacer conciencia?

Esta fue la reflexión básica que motivó mi búsqueda de otras alternativas. Pero, ¿cómo integrar las técnicas de otras teorías -particularmente la de la GUESTALT- con la teoría PSICOANALÍTICA en la cual yo me había formado? ¿Cómo habiendo tantas diferencias entre ellas podía lograr hacerlas no excluyentes?

Veamos algunas de sus diferencias:

En la terapia GUESTÁLTICA se subraya la importancia del DARSE CUENTA, centrándose en el aquí y el ahora y haciendo énfasis en el sentir sensorial, objetivos que alcanza a través del uso de varias técnicas, entre ellas: el trabajo corporal, la ensoñación dirigida, el trabajo de pares, la silla vacía, el arte, etc. Mientras que en el psicoanálisis, se abre, accionan los recuerdos infantiles reprimidos en el inconsciente, que pudieron ser el origen de la "neurosis" a través de la transferencia.

PEARLS, fundador de la GUESTALT sostiene que "...La meta de la terapia es incrementar el potencial humano a través del proceso de integración en base a los intereses, deseos y necesidades genuinas del individuo"¹, necesidades, deseos e intereses que la mayoría de las veces se esconden detrás de una fachada en favor de las exigencias de la sociedad que nos obliga a llevar una máscara, que en un principio nos sirve para cubrirnos, pero que después nos engaña a nosotros mismos creando así, la máscara del ser "ideal".

La GUESTALT insiste sobre aquello que al paciente le resulta desagradable, sobre lo que está inhibido, mientras que el psicoanálisis, usando otras técnicas (asociación libre, interpretación, etc.), trata de llegar a los recuerdos sin insistir sobre lo que amenaza.

Para el psicoanálisis es importante evitar el "acting out" y favorecer el recuerdo, mientras que para la GUESTALT se trata de invocar la acción en una situación controlada².

Ambas teorías trabajan con los sueños, el psicoanálisis con la interpretación de los sueños en base a las asociaciones libres del paciente -las cuales son indispensables, ya que el sueño se deforma por la condensación y el desplazamiento- y en la GUESTALT el sueño se reactiva contándolo lentamente, y a través de algunas maniobras -contar los personajes siempre refiriéndolos en primera persona, y en el aquí y ahora- se trata de que el soñador tome significado de su propio sueño, haciendo énfasis en el movimiento corporal, tono de voz, gestos, tensión, etc. Para ambas teorías, en los sueños generalmente se proyectan en cada uno de los personajes soñados las diferentes "partes" que integran al soñante.

Además de subrayar las diferencias y algunas semejanzas de estas teorías con la finalidad de poder integrarlas, era necesario poner atención sobre mi propio estilo de trabajo, sobre mi modo de traer material a la luz, con la convicción de que invocar lo real "...tiene muchos matices religiosos. Lo actual es sagrado porque es una vida... es una vida que yace desnuda... y cuando una vida yace desnuda, se está en presencia de lo real".³

¹ Pearls, Frederick S. *Terapia Gestáltica y las potencialidades humanas. En esto es Gestalt. Varios autores. Cuatro Vientos Editorial. Santiago de Chile, 1991, 8va. Edición.*

² Cabe señalar que estas no son las únicas diferencias entre ambas teorías, sin embargo para el caso que aquí nos ocupa, son las más importantes

³ Van Dusen, Wilson. *Invocando lo real. En esto es GUESTALT. Varios autores, pág.90.*



A mi juicio, la técnica que me permitía consolidar mis intereses, contradicciones y aptitudes era la visualización o fantasía dirigida, técnica que surge de la teoría GUESTÁLTICA.

El primer paso para entrar a una fantasía dirigida es la relajación que permite que la persona se de cuenta de las partes de su cuerpo que están en tensión⁴, invitándolos a relajarlas y favoreciendo que el paciente se concentre en lo que el terapeuta dice, lo cual facilita el vaciar la "mente" de actividad mental y ser observador del propio proceso⁵.

Pero ¿Por qué es importante vaciarse de actividad mental?

John O. Stevens, teórico de la GUESTALT, en su artículo sobre Compromiso y Apego⁶, sostiene que toda actividad mental, pensar, planear, imaginar, fantasear, adivinar, preocuparse, etc.... se relaciona con el sí mismo, no con el mundo. "El circuito es mucho más breve, si lo comparamos con el que se establece en la actividad que compromete al mundo activamente". En lugar de hacer algo, realmente lo puedo hacer en mi fantasía, la gran ventaja de esto es que puedo revisar los beneficios y riesgos de cada una de las modalidades que puedan surgir para que cuando vuelva a contactarme con el mundo, la fantasía enriquezca la realidad. La dificultad aparece cuando este circuito abreviado mental se mantiene desconectado del mundo y se convierte en un sustituto de este, en lugar de ser una herramienta para relacionarse con él.

En una situación así la "mente" se puede mantener constantemente ocupada en pensamientos y parloteos que puedan impedir que el "mundo interior" entre y que se esté realmente abierto a las personas y eventos, sin prejuicios cegadores ni preconcepciones.

Permítanme ahora definir lo que es una fantasía dirigida dando dos ejemplos, uno para niño tomado del libro de Violet Oaklander⁷ y otro para adultos, basado en el libro de John O. Stevens⁸.

La Caverna (visualización para niños)

"En un minuto pediré que todos en el grupo cierren los ojos, y los conduciré a un viaje imaginario. Cuando terminemos abrirán sus ojos y dibujarán algo que estará al final del viaje. Ahora me gustaría que se pongan tan cómodos como puedan, cierren los ojos y entren a su espacio. Cuando cierren los ojos hay un espacio en que se encuentran a sí mismos. Esto es lo que yo llamo su espacio. Ustedes llenan ese espacio en este cuarto y donde sea que estén. Pero generalmente no lo notan. Con los ojos cerrados pueden tener una sensación de ese espacio donde está su cuerpo y el aire que les rodea. Es un lindo lugar para estar, porque es su lugar, es su espacio. Perciban que está sucediendo en su cuerpo. Noten si están tensos en algún lugar. No intenten relajar aquellos lugares donde pueden estar tensos. Sólo percátense de ellos. Recorran su cuerpo desde la cabeza a los pies y dense cuenta ¿Como están respirando; ¿Están haciéndolo profundamente o con una respiración corta y rápida? Me gustaría que ahora hicieran un par de respiraciones más profundas. Dejen salir el aire con algún sonido. ¡aaaaah!. Muy bien. Ahora voy a contarles una pequeña historia y llevarlos a un viaje imaginario. Vean si pueden seguirme. Imaginen lo que les voy diciendo y observen como se van sintiendo mientras lo hacen. Perciban si les gusta o no ir en este pequeño viaje. Si llegan a un lugar que no les agrada, no tienen obligación de entrar en él. Sólo escuchen mi voz, síganme si lo desean y simplemente veamos que sucede.

⁴ *La relajación además reduce grandemente la amenaza de ser "atacado" por los fantasmas neuróticos con lo cual Las defensas pueden hacerse menos rígida.*

⁵ *El mismo principio de dormir y del sueño es válido en el proceso de relajación y ensoñación dirigida. La diferencia*

radica en que en el sueño no hay ningún "otro" que lo dirija, por lo que es más espontáneo y libre de vela más directamente los contenidos del inconsciente.

⁶ Stevens John. O. *Compromiso y Apego. En esto es GUESTALT. Varios autores. Editora Cuatro Vientos, Santiago.*

⁷ Oaklander, Violet. *Ventanas a nuestros niños. Terapia guesáltica para niños y adolescentes. Editorial Cuatro Vientos, Santiago. 1988. 1era. edición en español. pág. 3.*

⁸ Stevens, John. O. *El Darse Cuenta. Ejercicios y experimentos en terapia guesáltica. Cuatro Vientos Editorial. Santiago de Chile, 1976.*



Quiero que imaginen que van caminando por un bosque. Hay árboles por todos lados y pajaritos cantando. El sol empieza a asomar entre los árboles y está sombreado. Es muy agradable pasear por este bosque. Hay pequeñas flores, flores silvestres, en las orillas. Van caminando por el sendero. Hay piedras a los costados del camino, y de vez en cuando ven corretear a un animalito, quizás un conejo. Están caminando y de pronto se dan cuenta que el camino asciende y que marchan hacia arriba. Ahora saben que están subiendo un cerro. Cuando lleguen a la cumbre se sientan a descansar sobre una gran roca. Miran alrededor. El sol brilla, vuelan las aves. Al otro lado del camino, valle por medio; hay otra montaña. Pueden ver que en aquella hay una caverna y desean poder estar en esa montaña. Se dan cuenta que los pájaros vuelan fácilmente hacia allí y desean ser una ave. De pronto, como esto es una fantasía y todo puede suceder, ¡se dan cuenta que se han transformado en aves! Prueban sus alas, y por supuesto, pueden volar. Así que despegan y vuelan fácilmente al otro lado....

Al otro lado se posan sobre una roca y de inmediato vuelven a ser ustedes mismos. Trepan por las peñas buscando la entrada a la caverna y ven una puertecita. Se agachan, la abren y entran a la cueva. Cuando están dentro hay espacio suficiente para estar de pie. Se pasean examinando las paredes de la cueva y de improviso ven un pasillo. Caminan por éste y pronto se dan cuenta que hay fila tras fila de puertas, cada una con un nombre inscrito en ellas. De pronto llegan a una puerta que tiene su nombre. Se paran frente a ella. Saben que pronto la abrirán y entrarán al otro lado de esa puerta. Saben que ese será su lugar. Podría ser un lugar que recuerden, un lugar que conocen ahora, un lugar en el que sueñan, incluso un lugar que no les gusta, un lugar que nunca vieron, un lugar interior o exterior. No lo sabrán hasta que abran la puerta. Pero, sea lo que sea, será su lugar.

Así que giren la perilla y entren ¡Miren alrededor de su lugar! ¿Están sorprendidos? Obsérvenlo bien. Si no ven un lugar, háganlo ahora mismo. Vean que hay, dónde está, ya sea que esté dentro o fuera. ¿Quién está allí? ¿Hay gente, gente que conocen o no? ¿Hay animales? ¿O no hay nadie? ¿Cómo se sienten en este lugar? ¿Perciben cómo se sienten? ¿Se sienten bien o no? Miren alrededor, caminen por su lugar.

Cuando estén listos abrirán los ojos y se encontrarán de nuevo en esta sala.

Identificación con el rosal (visualización para adultos)

Póngase bien cómodo, si es posible, tendido de espaldas. Cierre sus ojos y tome conciencia de su cuerpo... Aleje su atención de hechos externos y dése cuenta de lo que está sucediendo dentro de usted... Percátese de cualquier incomodidad y vea si puede lograr una posición confortable... Dése cuenta de cuáles partes de su cuerpo emergen a la conciencia... y cuáles partes de su cuerpo parecen vagas e indistintas.... Si se da cuenta de una parte tensa de su cuerpo, vea si puede soltar la tensión... Si no trate de tensar deliberadamente esta parte, á fin de ver cuáles músculos está tensando... y luego, vuelva a soltar. Ahora, centre su atención sobre su respiración... Dése cuenta de todos los detalles de su respiración... Sienta el aire penetrar por su nariz o por su boca... Siéntalo bajar por su garganta... y sienta su pecho y su vientre moverse mientras respira.

Imagine ahora que su respiración es como suaves olas en la playa, y que cada ola lava suavemente alguna tensión de su cuerpo... y lo relaja aún más...

Ahora dése cuenta de cualquier pensamiento o imágenes que entren en su mente... sólo dése cuenta de ellos... ¿Qué son y cómo son?.. Imagine ahora que coloca todos esos pensamientos e imágenes en un frasco de vidrio y los observa... Examínelos... ¿Cómo son estos pensamientos e imágenes y que hacen cuando usted los observa?.. A medida que más imágenes y pensamientos vayan penetrando en su mente, colóquelos en el frasco también, y vea que puede aprender acerca de ellos. Tome ahora este frasco y vierta los pensamientos e imágenes. Observe como se vierten y desaparecen y el frasco se vacía.

Ahora me gustaría que se imaginara que es un rosal y descubra como es ser un rosal... Sólo deje desarrollar su fantasía sobre sí misma y vea que puede descubrir acerca de ser un rosal... ¿Qué tipo de rosal es usted? ¿Dónde está creciendo?.. ¿Cómo son sus raíces?.. ¿Y en qué tipo de suelo está enraizado? Vea si puede sentir sus raíces creciendo en la tierra ¿Cómo son su tronco y sus ramas?.. Descubra todos los detalles de ser este rosal. ¿Cómo se siente siendo este rosal?.. ¿Cómo son sus alrededores? ¿Cómo es su vida siendo este rosal?.. ¿Qué experimenta y qué le sucede cuando cambian las estaciones?.. Continúe aún más detalles de su vida como este rosal, ¿cómo siente su vida y qué le sucede?



Permita que su fantasía continúe por un momento... En un rato más le pediré que abra los ojos y regrese a ese salón y exprese su experiencia de ser un rosal.

Así pues, como ustedes pueden darse cuenta, en las ensoñaciones dirigidas "...se puede invocar cualquier cosa: se pueden matar a los padres y se pueden hacer desaparecer ciudades enteras". Si hay dificultades, los ejércitos de la fantasía pueden ser llamados a ayudar. El mundo fantástico de alguna gente es estrecho y como una prisión, pero con ayuda logran perforar un hoyo en las murallas y escapar. Toda vez que resulta inadecuado o difícil invocar algo a través de la acción, podemos intentarlo a través de la fantasía. No se trata de la fantasía apresurada y socialmente maquinada de una persona sin experiencia, sino de una fantasía practicada con arte, la que emerge del otro con su propia fuente definida, una forma que refleja las realidades de una vida⁹.

Es justamente al final del dirigir la fantasía; cuando uno les pide a las personas que abran los ojos, que estas visualizaciones pueden trabajarse de muy diferentes maneras. Se puede pedir que hagan un dibujo de lo que vieron, que se identifiquen con un objeto que dibujaron, que dibujen sus sentimientos, que relaten la experiencia como si estuviera ocurriendo en el presente y en primera persona, que se percaten en que momento su cuerpo se tensa, que hagan asociaciones con esta experiencia, etc.

Los mismos principios son válidos para el trabajo grupal, la relajación y la visualización se dirige a un grupo. Sus miembros pueden al final compartir su experiencia con los otros y movilizar -en su función de espejos- las asociaciones de los demás componentes del grupo.

Pero, ¿cómo trabajo personalmente con ésta técnica, y de qué manera integro la orientación psicoanalítica?

Mi experiencia con el uso de esta técnica se ha desarrollado en el trabajo individual y grupal. Por lo que respecta al trabajo terapéutico individual, la utilizo cuando observo que un paciente se encuentra en ese llamado "impase existencial" del cual hablamos en párrafos anteriores¹⁰, y que lo hace perder la esperanza, sentir que no tiene salida a su conflicto, y que no encuentra de qué más hablar. Entonces, si no es paciente con muchos rasgos obsesivos y si "siento"¹¹ que está abierto a estas técnicas, inicio la relajación que puede ser de lo más variada, dependiendo del entrenamiento y capacidad que tenga cada una de las personas. Así, si no tienen entrenamiento, inicio con ejercicios de respiración y tensión y relajación, si ya lo tienen, entonces dirijo un ejercicio de respiración y relajación más profunda.

Posteriormente y al confirmar que el paciente está relajado,- inicio la fantasía dirigida. Este puede ser de muchos tipos, pero por lo general, trabajo con viajes imaginarios¹² al final de los cuales pido al paciente que me cuente su experiencia (a veces le pido que lo haga en tiempo presente y en primera persona), y en la medida que lo va haciendo surgen como gotas de agua que caen tras otras, los recuerdos y asociaciones.

No siempre se logra que las personas visualicen, a veces caen en un profundo sueño y despiertan justo al final de la visualización; otras, dicen no haber podido ver nada, simplemente "todo permanece oscuro", y a veces hay que despertarlos después de finalizar la ensoñación. Pero sea cual sea la experiencia que viviesen siempre surgen asociaciones que les permiten darse cuenta de sus bloqueos o de sus contenidos inconscientes. Por ejemplo, aquel que mientras dormía no seguía la visualización, sino que estuvo soñando; otro que no vio nada pero de "repente" se acuerda de algo que tenía mucho tiempo olvidado, otro más que recuerda el sueño de la noche anterior, etc.

En cuanto a mi experiencia grupal, he trabajado con esta técnica como parte de dinámicas grupales en grupos

⁹ Van Deussen, Wilson. *Op. cit.* . 84.

¹⁰ *Especie de estancamiento donde la persona siente que no tiene salida y que sesión tras sesión, repite el mismo discurso con la esperanza de que algo cambie, de que algo suceda, o de que el terapeuta le diga qué hacer.*

¹¹ *Quisiera recordar que en muchas ocasiones, las acciones más terapéuticas no surgen precisamente del marco teórico que las sostiene, sino de la "intuición".*

¹² *Existen un gran número de ejercicios de viajes imaginarios en el libro de John O. Stevens que hemos citado con anterioridad.*



formales de colegios. La información así obtenida, puede ser de utilidad para:

- a) Ubicar a vuelo de pájaro, algunas de las dificultades de los miembros del grupo, que de manera proyectiva relanzan sus problemas a las situaciones y objetos de la visualización.
- b) Develar las expectativas de sus miembros,
- c) Iniciar un trabajo de autoconocimiento, etc.

Otra vertiente de trabajo grupal que he seguido ha sido el trabajo de terapia grupal formalmente establecida, en la cual además de las ventajas señaladas para el trabajo individual, está la función de espejo que cada uno de los miembros ejerce.

La movilización que se logra en un momento determinado, con la fantasía, agiliza que se recuerden y revivan situaciones. Es como si la fantasía dirigida resquebrajara grietas del inconsciente a través de las cuales los recuerdos se hacen presentes.

No acostumbro insistir sobre lo desagradable para cada paciente, respeto la capacidad de cada persona para soportar el dolor y sobretodo, entiendo, que los procesos de crecimiento son largos, penosos y que están llenos de avances y retrocesos.

Es este pues, el estilo de terapia que uso en un proceso terapéutico que se realiza a través de la revisión de las experiencias vividas en la visualización, de lo que estas remueven y de lo que se revive en lo verbal.

No quisiera terminar esta exposición, sin antes señalar dos cosas que me preocupan sobremanera:

1) La preparación de futuros terapeutas. No creo que sea útil formar profesionales que sólo conozcan diferentes técnicas, esto es arriesgado pues pueden convertirse en incitadores de vivencias y no en seguidores de procesos de crecimiento. Es necesario que los futuros profesionales vivencien la terapia como parte de su aprendizaje. No creo que pueda haber buenos terapeutas, sin que ellos mismos hayan vivido el proceso. Debemos insistir en que así sea, que los currículos universitarios contemplen este tipo de entrenamiento.

2) Quiero advertir que mi conclusión sobre el uso de la visualización, como herramienta terapéutica, es una conclusión momentánea, y digo momentánea porque todo cambia y es probable -y ya está empezando a ocurrir- que con esta aproximación me quede corta. Es necesario que nosotros como gremio profesional podamos abrirnos a nuevos paradigmas que a veces por desconocidos, causan temor. Es importante que probemos, que nos dejemos llevar por nuestra intuición, que seamos capaces algunas veces de "saltar al vacío" y arriesgamos con hipótesis que consideren una visión más holística del ser humano. A veces me atrapo pensando, que ser especialista en algo, implica saber mucho de muy poca cosa.

Bibliografía

Pearls, Fritz. 1974. Sueños y Existencia. Terapia Gestáltica. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Stevens, John O. 1976. El Darse Cuenta. Ejercicios y experimentos en terapia gestáltica. Edic. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Oaklander, Violet. 1992. Ventanas para nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Varios autores. 1980. Esto es Gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestálticos. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Una Perspectiva Bio-Desarrollista Sistémica en el Tratamiento de Niños con Conducta Oposicionista-Desafiante

C. Wayne Jones, Ph.D.

Centro de Orientación de Niños del Hospital de Niños de Filadelfia, EUA.

Introducción



Muchos niños con un desarrollo normal tienen dificultades, en algunos momentos, de enfrentarse constructivamente con los límites de la conducta, con el cumplimiento de los requerimientos de los adultos y el control de emociones negativas intensas tales como la ira y la agresión.

Una postura desafiante puede también ser normal y hasta saludable, a cualquier edad, en ciertos contextos socio-políticos disfuncionales, tales como cuando uno es pobre y está viviendo dentro de un sistema opresor. El desafío es auto-protector y se basa en la realidad en tales circunstancias. Como psicólogos y profesionales de la salud mental, tenemos que ponernos particularmente a tono con esta dinámica si vivimos y trabajamos en una sociedad oprimida en la cual los disidentes son de manera rutinaria mal etiquetados como mentalmente desequilibrados, cuando ellos protestan por una injusticia legítima. Sin embargo, este no es mi enfoque en el día de hoy.

No es generalmente el niño rebelde-héroe o el niño con un desahogo ocasional de temperamento o de no-cumplimiento a requerimientos, el que provoca que familias y escuelas lo refieran a un especialista de la salud mental. En cambio, los referimientos se hacen mayormente cuando el desafío, la no cooperación o la agresión se convierten en crónicas y cuando estas conductas perturban el funcionamiento del niño en la casa, en la escuela o en la comunidad. En otras palabras, es cuando el desafío se convierte en un estilo de vida de manera que se convierte en un "trastorno". Los padres frecuentemente experimentan una negatividad crónica.

En el DSM-IV, la categoría general diagnóstica para clasificar estos tipos de patrones de conducta es "Trastornos Conductuales Perturbadores". Aunque estudios epidemiológicos reportan una tasa de predominio para patrones conductuales perturbadores de 6-10%, en la población general no clínica de los Estados Unidos (Costello, 1990), este tipo de conducta es responsable de ser de manera única, la mayor fuente de referimiento de pacientes externos y de pacientes internos a centros de salud mental de niños, dando cuenta de un tercio a una mitad de todos los referimientos (Kadzin, 1995; Sholevar & Sholevar, 1995). Naturalmente, la tasa de prevalencia es mayor para varones en edad escolar, pero la separación entre niños y niñas decrece dramáticamente durante la adolescencia. El Trastorno Oposicionista-Desafiante en el DSM-IV es definido como "un patrón de conducta negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, durante los cuales cuatro o más de los siguientes comportamientos están presentes":

- . a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- . a menudo discute con adultos
- . a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- . a menudo molesta deliberadamente a otras personas
- . a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- . a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
- . a menudo es colérico y resentido
- . a menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente con sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

Hay muchas razones, además de la tasa de prevalencia, para que los clínicos se sientan preocupados con los problemas conductuales perturbadores, particularmente cuando están acompañados de conducta agresiva y problemas con sus hermanos. Como niños, los niños oposicionistas están en una situación de riesgo mayor de abuso. En muchos casos los problemas de conducta perturbadora continúan a través de la vida y se convierten en patrones que son repetidos a través de generaciones, creando dificultades en muchos contextos sociales para el individuo y para aquellas personas que están cerca de él o ella.

Los estudios a este respecto han encontrado que los problemas tempranos de conducta están asociados con riesgo mayor de alcoholismo en adultos, abuso de drogas, problemas maritales, desempleo crónico, y persistente deterioro social o psiquiátrico.

Aunque muchos niños que son oposicionistas no progresan hacia desórdenes de conducta, vivir con éstos o tratar de educar a estos niños puede ser una experiencia altamente angustiante y adversa para otros, llevando a conflictos y problemas interpersonales increíbles.



Estas son personas que literalmente nos hacen sentir mal si usted acepta el vínculo entre angustia o stress crónico interpersonal y aumento de resfriados.

Hay un grupo de niños pequeños oposicionistas desafiantes que evolucionan hacia desorden de la conducta, hacia problemas más destructivos en los cuales hay violaciones a la propiedad y agresión activa contra otros. A ese trastorno se le denomina "disociar", según el DSM-IV, y los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ej, bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

- (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
- (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

Los que comienzan temprano en la vida, o sea, la conducta agresiva y de no cumplimiento establecida en la niñez que se encamina a desorden de conducta, tiene el peor pronóstico a largo plazo. La mayor parte del crimen en la comunidad es perpetrado por este grupo de niños. Ellos muestran incapacidad para identificarse con sus víctimas, insistiendo en que ellos son las víctimas. Estos niños más agresivos distorsionan las señales sociales, atribuyéndolas a situaciones neutras cargadas de intención agresiva y buscan menos señales o hechos cuando tratan de determinar las intenciones de los otros.

A pesar de la cantidad considerable de literatura sobre el problema y la frecuencia con la cual los clínicos ven estos niños, los estudios de los resultados obtenidos del tratamiento del trastorno perturbador no muestran grandes logros.



Tanto así que de un 30% a un 40% de los niños tratados en algunos de los mejores programas de tratamiento continúan mostrando conductas perturbadoras significativas en los chequeos de seguimiento. ¿Por qué? En esta presentación, yo sugiero que una de las razones es nuestro fracaso en diagnosticar de manera precisa las múltiples dimensiones del problema. Hay una gran heterogeneidad en la presentación de síntomas y la mayor parte del tiempo, los problemas conductuales perturbadores coexisten con otros desórdenes. Por ejemplo, cerca de 50 a 75% de niños con ADHD también desarrollan desorden oposicionista-desafiante. Todos los niños con conducta desordenada muestran conducta oposicionista-desafiante. Muchos niños que están deprimidos o ansiosos muestran conducta oposicionista-desafiante. De manera más importante aún, niños que han tenido experiencia de abuso físico y sexual y que tienen Síndrome de Stress Post Traumático, muestran de igual manera una conducta oposicionista. La obtención del marco clínico apropiado para orientar el tratamiento no es tan directo como aparenta.

Debido muchas veces a las dramáticas presentaciones de problemas conductuales perturbadores y el reto directo a la autoridad del adulto, de los clínicos, de los padres, maestros y otros, estos se encuentran susceptibles de polarizar los pensamientos en "y/o" y de enfatizar demasiado sobre los manejos de poder. Esto puede provocar el desarrollo de planes significativos de tratamiento; Sí, estos niños y sus familias pueden ser extenuantes, intensamente retardadores de nuestro mejor entrenamiento clínico en materia de paciencia, generando una contratransferencia significativa, Las luchas de poder son el modus operandi de estos niños, algunas veces hasta con sus padres. Por ejemplo, recientemente yo recibí un referimiento en relación a un niño severamente oposicionista de 4 años de edad, quien había sido expulsado de su pre-escolar. Antes de yo haber visto el niño, su padre tuvo una discusión con el guardián de seguridad en la recepción sobre su derecho de negarse a firmar el registro de entrada. A través de la primera sesión, yo tenía la sensación de que él me estaba retando a cometer un error de manera que él pudiera verbalmente ganarme y probar que nadie podía ni comprender ni ayudar. No es divertido caminar sobre cascarones de huevos, sabiendo que hay una lucha de poder al doblar la esquina. Un buen modelo conceptual puede ser nuestra mejor protección para permanecer terapéuticos.

Un Modelo de Bio-Desarrollo Sistémico

La idea básica contenida en un modelo de bio-desarrollo sistémico es que el desarrollo y el mantenimiento de síntomas oposicionistas-desafiantes están determinados de manera múltiple por una gama de factores, incluyendo atributos heredados de naturaleza biológica, constitucional y maduracional del niño (tales como sensibilidades sensoriales especiales, diferencias de aprendizaje o temperamento), las capacidades emocionales internas de aprendizaje del niño, las normas de crianza de los padres en la familia, el entorno emocional familiar, los valores y prácticas de sus amigos en su grupo y sistemas ecológicos más amplios relacionados con la escuela, el vecindario y la cultura. Estos procesos moldean los resultados desarrollistas de una manera "transaccional", lo cual implica que ellos se desenvuelven a través del tiempo y continuamente interactúan unos con otros y entre sí.

Por ejemplo, un niño comenzando a caminar, que es hipersensible, rígido y demandante en su temperamento, es en general más susceptible de desarrollar desórdenes conductuales perturbadores independientemente de la familia en la cual le haya tocado nacer, pero esta trayectoria desarrollista, negativista y potencial puede ser modificada por un entorno familiar emocionalmente calmado, en el cual las normas de crianza de los padres estén orientadas por respuestas firmes pero cálidas y pacientes. Un contexto familiar como este promoverá el dominio de retos emocionales que construyen una fortaleza interna y la competencia. Mientras que un entorno escolar que no da apoyo, o un grupo negativo de amigos, puede también impactar la trayectoria desarrollista del niño, ya que el dominio temprano de competencias emocionales internas ofrece una significativa protección. Este mismo niño podría potencialmente convertirse en un niño aún más rígido y difícil si, contrariamente, se encuentra dentro de una familia caracterizada por hiperactividad y tensión, donde los padres tienden a dar respuestas arbitrarias y severas. El fracaso de este tipo de entorno familiar en ayudar al niño tempranamente a negociar sus transacciones emocionales importantes podría incrementar, aún más, el riesgo de una retroalimentación negativa que genere resultados pobres.

En resumen, un modelo de bio-desarrollo sistémico para el desorden oposicionistadesafiante sugiere que algunos niños entran al mundo con una neurofisiología que hace más difícil el regular las sensaciones internas de auto-alivio. Sin embargo, tal como han observado, investigadores clínicos como Chess y Thomas o Stanley Greenspan, la biología no es el destino. Hay evidencia creciente de que la manera en que los padres responden a las primeras señales de irritabilidad de sus hijos o a incomodidades tempranas en sus primeros años, puede hacer una gran diferencia en cómo el sistema



nervioso de esos niños evoluciona y funciona. Padres y otras personas dedicadas a su cuidado pueden promover una mayor autorregulación en el lactante o el niño que comienza a caminar, del mismo modo realzando la capacidad del niño de autoaliviarse y ser más flexible.

Estoy llamando aquí una gran atención hacia la capacidad del niño de autorregularse, porque es esta destreza la que constituye el fundamento que da soporte al desarrollo de todas las otras destrezas socio-emocionales, tales como:

- (1) la habilidad de emocionalmente conectarse e involucrarse con otros,
- (2) la habilidad de entrar en relaciones emocionales recíprocas de dar y recibir,
- (3) la habilidad de reflexionar y etiquetar debidamente las experiencias emocionales internas, y finalmente
- (4) la habilidad de pensar y razonar acerca de sus emociones.

Los niños que no pueden regularse a sí mismos, se revierten fácilmente hacia estados intensos y difusos de despertares fisiológicos, paralizando abruptamente conversaciones y aprendiendo a través del retraimiento y el control, o de la hiperactividad y la agresión.

Visión General de una Propuesta Tipología de Oposicionismo-Desafiante

La tipología propuesta sugiere tres categorías generales para el entendimiento de la conducta opositora-desafiante. Una precaución, sin embargo. Como con todas las tipologías de la conducta humana, este modelo propuesto es solamente una herramienta para facilitar un pensamiento más diferenciado acerca de los problemas de la conducta perturbadora y no tiene la intención de ser otra estrategia diagnóstica. Muchos niños entrarán en más de una categoría.

La primera categoría en la tipología propuesta es la del "niño desafiante-lastimado". Estos niños no muestran ninguna dificultad inusual con la autorregulación general. Factores constitucionales-maduracionales individuales, tales como el temperamento o ciertas sensibilidades especiales, juegan un rol menos importante en el desarrollo de los síntomas que en el contexto social. Estos niños responden frecuentemente a un estilo excesivamente severo y arbitrario de crianza parental, a abuso y negligencia, a perturbaciones en el apego, o a problemas estructurales organizacionales importantes en la familia. La familia es generalmente el foco de intervención más importante aquí. Un ejemplo extraído de mi ejercicio profesional es el de un niño de 6 años de edad, en primer grado, que se niega a seguir instrucciones, se tira al suelo y hace rabietas cuando está enojado y es algo agresivo con sus amigos. No hay evidencia de hiperactividad o problemas de atención. Ambos, tanto la madre como los maestros, lo describen como capaz pero enojado. El motivo de su enojo aparece claramente en la primera entrevista cuando la madre de 25 años de edad, mamá de cinco niños, comienza a hablar de su alcoholismo y abuso de drogas de muchos años y como ella tuvo que dejar su hijo con parientes por 18 meses, mientras ella entraba en un programa residencial para el tratamiento de drogas y alcohol. No sólo este niño ha experimentado poco en lo que es crianza y la formación de estructuras por parte de su madre, sino también ha experimentado lo que es el rechazo y las perturbaciones del apego. La madre todavía no ha dicho mucho en cuanto a su compromiso de criar su hijo a largo plazo, lo cual lo mantiene a él enojado. El niño no tiene destrezas adecuadas para enfrentar y poder articular su mezcla de miedo, dolor y rabia directamente, por lo cual él sobrereactúa. Un acercamiento dirigido hacia una terapia enfocada en el fortalecimiento de la familia es necesario para dar apoyo tanto a la madre como al hijo, mientras desarrollan una relación emocionalmente rica. Ambos, tanto el dolor del niño como el contexto social que da cabida al mismo, tienen que ser enfocados directamente para producir resultados satisfactorios.

El niño desafiante-lastimado y su familia frecuentemente son descritos en la literatura clínica, de manera que no ampliaré más sobre esta categoría de oposicionismo-desafiante, dado el corto espacio de tiempo que tenemos.

Las otras dos categorías de conducta opositora-desafiante son conocidas como "el niño desafiante-excesivamente regulado" y "el niño desafiante-muy poco regulado". En estas dos categorías de desorden opositora-desafiante, los problemas autorregulatorios fundamentados biológicamente, se presume que juegan un rol importante en la creación de los estilos conductuales negativos.

Entre algunos grupos de niños hay fuertes diferencias individuales en cuanto a lo cómodo que se sienten en sus cuerpos, tan temprano como en los primeros meses de vida, los bebés muestran rasgos únicos en sus percepciones



sensoriales o en el desarrollo de sus sistemas motores. Es decir, los niños varían de infancia en cuanto a la manera en que experimentan sensaciones básicas como vista, sonido, tacto, olores y patrones de movimiento. Un niño puede ser mejor tomando y descodificando información a través de un sentido visual o kinestésico, mientras que otro puede tener dificultad en la comprensión de información a través de ese sentido. Estas diferencias fundamentadas biológicamente afectan directamente la manera en que son negociados y dominados los retos normales emocionales de la temprana infancia. El nivel de negatividad o desafío mostrado por estos niños frecuentemente retadores, es una función de la "rabieta" entre el temperamento del niño y el estilo relacional de los padres.

El niño poco regulado parece lo que frecuentemente es diagnosticado como Desorden de Hiperactividad por Déficit de Atención. Por ejemplo, recientemente vi a una niña de 8 años de edad, quien era tan hiperactiva e impulsiva que ella no podía sentarse en su silla por más de 3 minutos, moviéndose constantemente, dejando caer sus lápices, interrumpiendo a otros cuando estaban hablando, y respondiendo todo el tiempo. Ella era bastante dulce y amorosa, claramente queriendo ser complaciente, pero no seguía instrucciones. Su abuela, quien la estaba criando estaba furiosa y estaba involucrada en batallas constantes de voluntad con la niña. Con el tiempo, después de críticas y fracasos repetidos, esta bien intencionada, pero poco-controlada joven empezó a darse por vencida en cuanto a la idea de poder lograr éxito relacional, adoptando una postura crecientemente enojada y desafiante. Veamos las características del niño desafiante poco regulado.

Características conductuales

- Parece desorganizado, teniendo dificultad en prestar atención.
- Pierde las cosas a menudo, teniendo problemas con las tareas escolares, etc.
- Parece no escuchar o seguir las instrucciones y reglas.
- Poca persistencia al esfuerzo y baja tolerancia a la frustración.
- Niveles excesivos de actividad, nerviosismo.
- Impulsivo y reacciona rápidamente a su medio ambiente.
- Muy demandante, intenso y rápido para molestarse; pueden volverse agresivos.

Historia del desarrollo

- Propensos a los accidentes, con un promedio alto de lesiones y roturas de objetos domésticos.
- Aparición temprana de niveles de actividad excesiva; curiosidad insaciable para todo.
- A menudo tratan de parecer temerarios.
- Transiciones en los pleitos, como al acostarse; lentos para desarrollar su ritmo diario.
- Un patrón de emoción extrema, esté contento o malhumorado; pobre adaptación.
- Problema con el entrenamiento retrasado de los esfínteres.

Juego

- Salta de una actividad a otra, evadiendo las posibilidades.
- Áspero y rígido prefiriendo la lucha en lugar de un juego imaginativo. - Puede haber desarrollado de una manera incompleta sus habilidades para desarrollar el juego y elaborar la fantasía.

Pensamiento

- Se pierde en los detalles de la vida, teniendo problemas en captar las imágenes globales.
- Posible debilidad en los procesos auditivos y/o viso-espaciales.
- Brillante, pero no reflexivo y puede mostrar dificultades en aprender de sus errores.
- Sus habilidades de expresión verbales son muy pobres, haciendo que la conversación recíproca sea difícil.
- Poca habilidad para planear y seguir tareas de enseñanzas complejas y organizacionales.

Relaciones con los compañeros

- Impaciente, rápido para tirar, pelear para conseguir lo que él/ella quiere.
- A menudo rechazado por no llevar las reglas sociales, violando las fronteras interpersonales.
- Puede excederse en deportes y ser visto como líder en su campo.
- Atraído hacia los niños más pequeños; habilidades sociales inmaduras.



Vida emocional

- Puede ser dramático en la expresión afectiva, pero tener un límite.
- Poca habilidad para comprometerse en el pensamiento emotivo.
- Tiende a evitar la complejidad emocional a través de la distracción y la actividad motora.

Los patrones familiares que pueden promover o intensificar la conducta desafiante en el niño poco regulado incluyen lo siguiente:

Fracaso en acomodarse para en los daños reales

- Interpretar la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad como una conducta voluntaria.
- Comunicarse primeramente a través de la modalidad sensorial más débil del niño.
- Insistir en que las tareas escolares sean realizadas sin ninguna ayuda extra.
- Esperar que el niño organice o estructure independientemente sus responsabilidades.

Sobre-estimular o sobrecargar al niño

- Promover muchas tareas para que termine al mismo tiempo.
- Situado en situaciones ruidosas, quinéticas o novedosas sin estructurarlas.
- Proveer instrucciones rápidamente, de mal humor y sin un ingrediente emocional.

Destacar las deficiencias del niño

- Llamar repetidamente la atención hacia la falta de atención del niño o su nerviosismo.
- Dedicar la mayor parte del tiempo para remediar las áreas más débiles.
- Monitoreo excesivo de la conducta.

Baja organización de la familia

- Las reglas y órdenes no son claras o predecibles.
- Las rutinas diarias están poco establecidas: hora de acostarse, las comidas, las tareas escolares, etc.
- División de las coaliciones parentales.
- Paternidad individual sin apoyo o muy poco apoyo.
- Monitoreo inadecuado de la conducta.

Estilo disciplinario, inconsciente o rígido

- Tendencia de los padres para entrar en las luchas de poder y dar rienda suelta a sus propias rabietas.
- Mucha confianza en las medidas punitivas para forzar o asustar al niño a que las cumpla.
- Amenazas frecuentes.
- Indecisiones entre ser permisivo o autoritario.
- Inconsistencia en el seguimiento de las consecuencias.
- Consecuencias inadecuadas.
- Fracaso para usar incentivos.

Actitud de rechazo hacia las emociones

- Etiquetar la negatividad del niño como una afrenta voluntaria dirigida hacia los padres.
- Tendencia a criticar en vez de aconsejar.
- Retiro del afecto.

El tratamiento para el niño poco regulado desafiante se enfoca sobre el estímulo del desarrollo de destrezas más fuertes de auto-monitoreo o de auto-entrenamiento, promoviendo un monitoreo parental y una estructura mayor en el hogar, la terapia familiar, la ejecución de programas de colaboración estrecha entre la familia y la escuela, así como una serie de otros elementos. Muchas veces esto incluye el uso de medicación psico-estimulante.

Veamos algunos objetivos y estrategias dirigidas:

Al Niño

1. Promover el desarrollo de las habilidades para observar sus propios



pensamientos, sentimientos y conductas que señalen distracción, intranquilidad e impulsividad.

2. Promover las habilidades de auto-aconsejarse (una voz interna investigadora) para que el niño pueda recordarse a sí mismo a prestar atención calmarse y mostrar restricciones.
3. Promover la conciencia de las fuerzas personales y el uso de esas fuerzas para compensar las vulnerabilidades de atención, enseñanza y organización.
4. Promover los sentimientos de comunicación con palabras para que el niño pueda más efectivamente buscar consuelo y apoyo de sus padres y profesores.
5. Fortalecer la práctica de permanecer con las tareas difíciles y cooperar.

A Padres

1. Apoyar una orientación dedicada a resolver problemas y emociones aconsejando el acercamiento a los padres.
2. Promover la empatía con las frustraciones, miedos y desilusiones.
3. Mejorar las habilidades al anticiparse a las situaciones que puedan sobre-estimular o abrumar al niño, proveer rutinas diarias predecibles y estructurar las actividades.
4. Apoyar la disponibilidad emocional y la intimidad en la relación con el niño a través del juego, asegurándose que el tiempo dedicado a esta actividad sea mayor que el dedicado a fijar los límites.
5. Aumentar las debilidades para responder a la falta de atención del niño, a su impulsividad o negatividad en calma, sin reacciones que eviten las luchas de poder.
6. Mejorar la habilidad para usar planes de manejo conductuales que establezcan Expectativas claras, y usar incentivos y consecuencias significativos.
7. Mejorar las habilidades para romper los retos del niño en situaciones manejables y utilizar las fuerzas del aprendizaje o intereses en motivar la persistencia.

A la Familia

1. Obtener asesoría psicológica para identificar las fuentes del aprendizaje y las debilidades de aprendizaje.
2. Lograr que el niño sea evaluado para una medicación estimulante.
3. Fortalecer la alianza co-parental, particularmente con respecto a las expectativas conductuales.
4. Reducir la culpa y promover el acercamiento emotivo para manejar el afecto familiar negativo.
5. Asegurarse de una relación parental activa y colaboradora con la escuela para que el IEP sea relevante y el progreso sea monitoreado regularmente.
6. Con los profesores, desarrollar un método simple para comunicarse diariamente con la escuela para comunicarse con respecto a las tareas y otras asignaciones.

En contraste con el niño poco regulado que tiende a externalizar los patrones para enfrentar la realidad y quien necesita desarrollar una autorregulación interna, el niño excesivamente regulado, necesita desarrollar una mayor flexibilidad y más confort con el desorden de su vida. La conducta de este niño está regida por la ansiedad y la inconformidad interna. Por ejemplo, recientemente vi un niño de 7 años de edad, de primer grado y quien fue descrito por sus padres como poseedor de un carácter horrible. Cuando no se le permitía salirse con la suya, se convertía en un ser altamente explosivo, a menudo tiraba cosas y vociferaba a todo pulmón. A pesar de que sus padres encontraban su conducta bastante angustiante (estresante), ellos habían aprendido a aceptarla como parte de la naturaleza de su hijo, ya que él había sido difícil desde su infancia. De hecho los padres se habían convertido en acomodadores extremos del niño, ya que todo se convertía en una lucha, "esas medias me hacen doler los pies", "ese jugo sabe malo y no me lo voy a tomar", "ese cepillo de dientes lastima mi boca y no lo voy a usar", etc. El colegio privado al cual asistía había alcanzado sus límites de tolerancia y estaba en el proceso de dar por cancelada su matrícula, estaban casi dispuestos a devolverles el costo de la misma a los padres con tal de que sacaran al niño. Cuando su lápiz no trabajaba bien o su dibujo no surgía



como él había pensado o cuando otro niño lo tocaba, se tiraba al suelo y comenzaba una rabieta que podía durar entre 90 minutos y 2 horas. Aunque era brillante y bien articulado, y a veces cálido, afectuoso y hasta amigo de hacer cosas cómicas, era descrito por ambos padres y maestros como un niño que fácilmente se veía sobrecogido, incapaz de concentrarse, quisquilloso y excesivamente sensible. El niño era percibido por sus amigos y adultos máximamente como un tirano. A continuación presentamos las características del niño excesivamente regulado.

Características Conductuales

- . La primera reacción es negativa, convirtiendo la actividad más simple en un ensayo.
- . Su trato con el mundo es de una manera directiva y controladora.
- . Se define a sí mismo por medio de lo que él/ella no harían en lugar de lo que haría.
- . Tremenda dificultad para cambiar suavemente de una actividad a otra.
- . Muy persistente, intenso, terco y energético.

Historia de su Desarrollo

- . Lloriquea, pone mala cara y llora mucho como un bebé.
- . Tiende a rechazar los esfuerzos de sus padres para consolarlo.
- . Negatividad natural de su etapa de desarrollo, es exagerada.
- . Consistentemente quisquilloso y controlador a la hora de acostarse, con su ropa, comida y las personas.
- . Lento para desarrollar sus habilidades para compartir con sus amigos.

Juegos

- . El juego simulado tiende a ser rígido e inflexible, en lugar de rico y creativo.
- . Tiende a rechazar los esfuerzos de sus padres para compartir y colaborar.
- . Con sus amigos, puede insistir en hacer lo que él diga.
- . Puede jugar con juguetes seleccionados por él una y otra vez.
- . Las fantasías de los primeros años de escuela tienden a ser mantenidas y estructuradas. Sus juegos favoritos están dirigidos a controlar y proteger.

Pensamiento

- . Brillante, pero con tendencia a ser concreto.
- . Enfocado en dominar un pedazo pequeño del mundo con una curiosidad limitada.
- . Tiende a ser perfeccionista y compulsivo en sus hábitos de trabajo siendo difícil.
- . Encasillado en un pensamiento de "todo o nada", siendo difícil ver los grises.
- . Obsesionado con los detalles irrelevantes, sin tomar en cuenta los detalles significativos. Sus habilidades visuomotoras son más fuertes que las auditivas y enfoca a patrones globales.

Relación con sus amigos

- . Tiende a jugar bien con 1-2 amigos, en lugar de explorar las complejidades del grupo.
- . Puede favorecer a niños que son más pasivos y más fáciles de dominar.
- . Prefiere actividades más solitarias, por el juego de computadora, hobbies, etc.

Vida emocional

- . Expresión del afecto limitada.
- . Insensibilidad a situaciones diversas al interactuar con los demás.

El niño que he descrito precedentemente era tácitamente defensivo, significando que era extrasensible a ciertas texturas y presiones sobre la piel. Como bebé se retorció y lloraba cuando su mamá lo acariciaba. No lo sentía bien. Cuando cualquier persona trataba de darle un baño, o cambiarle el pañal, le dolía. La ropa nueva era demasiado tiesa para él. Los suéteres de lana le rascaban la piel. La ropa lavada con ciertos detergentes tenía un olor químico. Sólo quería ropa suave, de algodón viejo. La voz profunda melódica de su padre le sonaba como una uña sobre la pizarra. Su



experiencia del mundo humano era bastante desagradable. Su reacción era llorarle al mundo. Era como si él estuviera diciéndole al mundo "déjeme tranquilo". En la medida en que él crecía, prestaba poca atención debido a que él era sensible a la amplia gama de sonidos, vistas y olores dirigidos hacia él. Cuando se encontró a sí mismo en una aula de clases llena de ruido por primera vez, donde los niños tropiezan unos con otros y tropezaban contra su piel sensible, donde los otros niños le hablaban alto y gritaban durante el receso, y muchas veces interferían en el espacio de protección bien definido que él había creado para sí mismo, sus reacciones fueron entonces desde rabieta hasta que le tomaran miedo al acercarse a él. Su madre que tenía tendencias similares, reaccionó a las largas rabietas de su hijo con irritabilidad y muchas veces con enojo y entrometimiento. El padre empezó a quedarse más tiempo en el trabajo y a discutir más con la esposa, buscando alguna manera de salvar sus propios sentimientos relacionados con ser un padre inadecuado. En este caso, el niño creó la familia en gran medida en lugar de la familia crear al niño. Esto es lo que sucede frecuentemente con niños que tienen desórdenes auto-regulatorios. A continuación ofrecemos una lista de los patrones familiares que pueden promover o intensificar una conducta desafiante en el niño excesivamente regulado.

Padres demasiado entrometidos en imponer su agenda

- . Sobre-estimulan hablando demasiado, con cosquilleos o con pérdida de tiempo.
- . Interrumpen o dirigen demasiado el juego de los niños.
- . Exceso de instrucciones durante las actividades de aprendizaje.

Agobiando al niño con actividades

- . Horarios inflexibles con demasiadas actividades.
- . Mucho énfasis en el tiempo y en hacer las cosas rápido.

Exceso de organización en la familia alrededor de la obediencia por bien de la obediencia

- . Las reglas y mandatos no se relacionan con las necesidades individuales de su etapa de desarrollo.
- . Las actitudes de los padres sobre la obediencia son dominantes y autoritarias.
Fracaso para diferenciar entre las violaciones a las reglas leves y serias.

Estilos de disciplina rígidos y reactivos

- . Tendencia de los padres a formar parte de las luchas de poder y dar rienda suelta a sus propias rabietas.
- . Mucha confianza en las medidas punitivas para forzar al niño asustado a que obedezca.
- . Amenazas frecuentes.
- . Indecisiones entre acomodarlo mucho y no acomodarlo.
- . División en las coaliciones parentales.
- . Seguimiento inconsistente de las consecuencias inapropiadas.

Actitud de rechazo hacia las emociones

- . Etiquetar la negatividad del niño como una afrenta voluntaria y personal dirigida a los padres.
- . Tendencia de criticar en lugar de aconsejar.
- . Retiro del afecto.

Si el componente biológico de la presentación del niño no hubiese sido adecuadamente resaltado, ¿qué tipo de errores en el tratamiento hubiera sido cometido? Quizás se pudo haber realizado un programa conductual. Esto pudo haber creado alguna diferencia al comenzar a corregir la sobre-acomodación y en bajar las expectativas para el control de la conducta, pero no hubiera provisto la exposición gradual a nuevas experiencias sensoriales que él necesitaba, para comenzar a dominar y hacerse cargo de su entorno de manera más constructiva. El apoyarse sobre un plan conductual para este niño pudo haber distanciado a los padres en un momento en que ellos necesitaban estar más involucrados, suministrando un sentido adicional de calma -y seguridad para que él pudiera desarrollar suficiente confianza y tomar mayores riesgos en la exploración de su ambiente y de la gente en él. Quizás su sensibilidad emocional podría eventualmente convertirse en la base para desarrollar un sentido de empatía y compasión por los otros -pero él tiene que



aprender "paradójicamente" a sentirse más en control. Y, ¿qué hubiera sucedido si el uso de la terapia familiar hubiera sido indicado? ¿O si se hubiera tratado de terapia de juego individual? El tratamiento hubiera estado fuera de contexto. Veamos finalmente los objetivos y estrategias recomendadas para el tratamiento de niños excesivamente regulados y sus familias.

Para el niño

1. Promover un conocimiento mayor de las sensibilidades personales, para que éste pueda anticipar el conflicto antes de que ocurra.
2. Promover los sentimientos de comunicación con palabras, para que el niño pueda, más efectivamente, demandar el cuidado y el apoyo de los otros.
3. Extender la flexibilidad y el grado de incomodidad asociados con las experiencias nuevas o las transiciones a través de la exposición gradual.
4. Fortalecer la práctica de cooperar y dirigir.

A los Padres

1. Apoyar una orientación dirigida a resolver problemas y emociones aconsejando el acercamiento a los padres.
2. Mejorar las habilidades al identificar el significado de la negatividad del niño y promover la empatía con la ansiedad por estar sobre cargado, avergonzado o humillado.
3. Mejorar las habilidades al anticiparse a las situaciones que puedan promover la negatividad en el niño y el uso de estrategias de orientación avanzadas.
4. Apoyar la disponibilidad emocional y de intimidad en la relación con el niño a través del juego, asegurándose de que el tiempo dedicado a esta actividad sea mayor que el dedicado a fijar los límites.
5. Aumentar la habilidad de responder a la negatividad del niño con calma, sin reacciones y evitando las luchas de poder.
6. Promover la habilidad para usar estrategias delicadas, de respeto, pero firmes al fijar los límites.
7. Mejorar las habilidades al romper los retos del niño y convertirlos en soluciones viables

A la Familia

1. Fortalecer la alianza co-paternal.
2. Reducir las acusaciones y promover el acercamiento emocional al manejar el afecto negativo de la familia.
3. Promover unas relaciones parentales activas y positivas con la escuela.

Conclusiones

Esta presentación ha propuesto una tipología de entendimiento de los diferentes caminos por los cuales los niños se convierten en negativistas crónicos, no cumplidores y perturbadores. Aunque esta tipología está en sus etapas iniciales de desarrollo, su promesa reside en encaminar a los clínicos fuera de "una medida que sirve para todos", o sea, del enfoque reduccionista de intervención. La idea central es que hay muchas fuerzas contribuyendo en el juego de la creación y mantenimiento de la conducta oposicionista-desafiante, las cuales necesitan ser examinadas y enfocadas en un tratamiento sistémico, integrado, multi-dimensional que use las fortalezas naturales de las relaciones continuadas para lograr un cambio. Es necesario realizar investigaciones clínicas adicionales para determinar si dicha tipología es útil en la creación de resultados de tratamientos más estables y efectivos.

Referencias

Abramowitz, AJ. (1994). Classroom interventions for disruptive behavior disorders. In LL Greenhill (Ed.) Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Disruptive Disorders. Philadelphia: WB. Saunders Company, pp 343-360.



-
- Barkley, RA (1977) Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training (2nd. Ed. New York: Guilford).
- Barkley, R.A (1990) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford.
- Cicchetti, D. & Nurcombe, B. (1993). Special issue: Toward a Developmental Perspective on Conduct Disorder. Development and Psychopathology, 5, 1-144.
- Faber, A & Mazlish, (1987). How To Talk So Kids Will Listen & Listen So Kids Will Talk. New York: Avon Books.
- Gottman, J.M.; Katz, LF. & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. Journal of Family Psychology, 10(3), 243-268.
- Greenspan, S.I. (1997). Developmentally Based Psychotherapy. Madison: International Univ. Press.
- Greenspan, S.I. & Salmon, J. (1995). The Challenging Child. New York: Addison- Wesley.
- Jones, W. (1994). Cultivating the language of play: The young child in family counseling. In C. Huber (Ed). Transitioning from individual to family counseling. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kurcinka, M.s. (1991). Raising Your Spirited Child. New York; Harper Collins.
- Patterson, G.R (1982). Coercive Family Process. Oregon: Castalia Publishing Company.
- Wachtel, EF. (1994). Treating troubled children and their families. New York: Guilford.
- Webster-Stratton, C.W. (1993). Strategies for helping early school-aged children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnerships. School Psychology Review, 22 (3, 437-457.
- Werry, J.S. (1994). Pharmacotherapy of disruptive behavior disorders. In LL Crenhill (Ed.) Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Disruptive Disorders. Philadelphia: WB. Saunders Company, pp. 321-341.

**Aproximándonos a un Modelo de
Prevención de Crisis de la Pareja**

***Dra. Vanja Beatriz Abreu Montero
Psicóloga - Psicoterapeuta Pembroke Pines, Florida***

Una concientización de la importancia de la prevención de las crisis en las parejas, es la intención fundamental de este artículo.

Señalaremos en él diferentes investigaciones y opiniones a este respecto y esbozaremos un programa de prevención para parejas, heterosexuales.

Aunque no se profundizará en este artículo, no olvidaremos que la pareja constituye un sistema complejo, en el que influirán variables tales como: la familia de origen de sus miembros, (Randy Gerson, Sandid-Hoffman y Colb, 1993) actitudes de los miembros hacia la vida de pareja, (Douglas K. Snyder 1997), la presencia o la ausencia del amor en la pareja (Maggy Scart), la tipología de pareja que según las investigaciones nos advertirá sobre sus modelos de interacción y sus formas de enfrentarse ante las crisis (David H. Olso y Colb., 1993, 1996), Y por el sistema de creencias individuales (Kenneth V. Israelstam).

Introducción

Aunque el porcentaje de divorcios en los Estados Unidos se ha reducido desde finales de 1980, actualmente las parejas casadas por primera vez, tienen un 50% de probabilidades de divorciarse. Muchas otras, no se divorcian, pero viven sumergidas en una relación estresante y abusiva (Vivian O'Leary, 1990). Aunque los programas de terapia de pareja pueden ser efectivos en reducir el stress (Markman, 1988; Jacobson, 1991; Snyder, Wills y Grady Fletcher, 1991) y en construir una nueva realidad sistémica (G. Feixas I Viaplana, 1993), en muchos casos la terapia es administrada demasiado tarde como para reparar el daño que ocasiona un conflicto destructivo de años. En otros casos, las parejas no consideran la posibilidad de buscar ayuda o fracasan en dicho intento.



Una alternativa viable para tratar los problemas de divorcio y el stress en las parejas es proveer intervenciones preventivas mientras la pareja es aún feliz o apenas está en las primeras etapas de su conflicto o crisis. La importancia de la prevención de las crisis de parejas fue manifestada en un reporte del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en los EE.UU. (Coie y Col, 1991) el cual reconoció que los conflictos destructivos en una pareja es un factor de riesgo para una variedad de formas de psicopatologías en ambos adultos (ej. depresión) y en los niños (ej. desórdenes de conductas).

Desde entonces, la prevención del malestar en la pareja es un aspecto prioritario debido a los efectos que ésta tiene en la familia y como consecuencia; en sus miembros.

En general, ha sido muy discutido y continúa siéndolo, el hecho de si existe, puede o debería hacerse una clara delimitación entre prevención de problemas, entrenamiento o enriquecimiento y terapia de pareja.

En el tema que nos ocupa, y para centralizarnos en nuestro objetivo, empezaremos por definir lo que consideraremos como enriquecimiento: "El enriquecimiento marital y familiar comprende programas psicoeducacionales diseñados para fortalecer parejas o familias, así como para promover un alto nivel de armonía familiar en el presente y en el futuro y por lo tanto un bienestar psicológico, emocional y social duradero" (Bernard Guerney, Js. y Pamela Maxson, 1990).

La definición de prevención queda entonces, implícita en la definición de enriquecimiento.

Fundamentos Prácticos

En las últimas décadas se han venido desarrollando una gran cantidad de programas preventivos, algunos de ellos parcialmente evaluados estadística y clínicamente. (ej. Boscoe, 1972; Brock y Joanving, 1983; Cleaver, 1987; Mace y Mace, 1976; Ridley y Nelson, 1984; Stuart, 1980, etc.) Otros, sin embargo, han sido amplia, íntegra y sistemáticamente evaluados.

Entre los más conocidos y confiables encontraremos el RE (Programa de Engrandecimiento de las Relaciones) desarrollado por Guerney en 1977. Este programa fue desarrollado para ser usado con una gran diversidad de poblaciones tales como parejas prematrimoniales, (Avery, 1980), parejas casadas (Ely Guerney y Stover, 1973; Rappaport, 1976) madres e hijas (Coufal, 1975 y padres e hijos (Ginsberg, 1976).

El Programa RE enfatiza que la pareja debe ser entrenada en cómo expresarse con un patrón de comunicación que incluya expresiones de sentimientos, conductas asociadas a esos sentimientos, y en la eliminación de afirmaciones que ofendan al otro.

El segundo componente más importante en la comunicación que enfatiza este programa es "la capacidad de escuchar", para lo cual entrenan las parejas en "escucha reflexiva", que consiste en respuestas del oyente al hablante que indican un entendimiento y aceptación de las afirmaciones y expresiones del hablante. Este entrenamiento estimula a los participantes a expresar más abiertamente sus sentimientos, ideas y pensamientos sin temor a ser rechazados ni juzgados.

El procedimiento del Programa RE es instruir a los participantes en los cuatro componentes básicos de una comunicación efectiva: a) forma de expresarse, b) forma de responder empáticamente, c) manera o estilo de conexión, d) Estilo de facilitación de la comunicación.

El objetivo de entrenar en modalidad de expresión es enseñar a los participantes en cómo expresar sentimientos, deseos, necesidades y conflictos al compañero bajo la supervisión de un experto, por ejemplo, el uso de "mensajes que empiezan con Yo" y se relacionan con los sentimientos y las conductas asociadas a estos.

El objetivo de entrenar en cómo Responder Empáticamente es licitar las afirmaciones de autorevelación del otro, con el propósito de entender los sentimientos; deseos y necesidades de este.

Por ejemplo el uso del parafraseo sobre lo que el hablante dice y el mensaje que intentó dar.



El enseñar como conectar tiene por objetivo que los participantes distingan entre sus propias conductas y las que su compañero desea y crear un acuerdo de conexión entre sus diferentes puntos de vista.

El propósito de enseñar formas de facilitación es capacitar a los participantes a ayudar a otros y a ellos mismos en crear relaciones interpersonales espontáneamente.

El programa RE (Guerney, 1977) consiste en 8 sesiones, 3 horas semanales (24 horas en total), con grupos de 3 ó 4 parejas y 2 terapeutas, uno hombre y otro mujer.

Guerney y colaboradores han continuado evaluando y modificando su programa y aunque en la actualidad se continúa utilizando el modelo de 1977, el programa de 1987 es más extenso y abarca más aspectos de la relación de pareja además de la comunicación.

El programa RE (Guerney, 1987) consiste en 6 sesiones de 3 horas en las que se entrenan los participantes en las siguientes áreas: Expresión de sentimiento, Empatía, Decisión/Negociación, Resolución de problemas/conflictos, Facilitación, Autocambios, Percepción de los cambios del otro, Generalización y Mantenimiento. Estas habilidades están estrechamente relacionadas al modelo de Bowen (1978) de establecer una relación de persona a persona y reducir la reacción emocional que pueda afectar a otros. El programa RE está diseñado para hacer de estas habilidades parte del repertorio interaccional de los participantes.

Otro programa de entrenamiento preventivo para grupos de parejas muy difundido en los EU. es el PREP (Markman, Stanley, Renich, Floyd, Clements; 1993). El programa fue diseñado con el propósito de acrecentar o modificar esas dimensiones de toda la relación de pareja que según la teoría y las investigaciones empíricas están estrechamente relacionadas con un funcionamiento marital efectivo (Ej. comunicación y solución de problemas). El programa usa técnicas cognitivo-conductuales de terapia de familia Jacobson y Margolin, (1979) y técnicas de comunicación (Guerney, 1977). Las parejas aprenden un conjunto de habilidades, técnicas y principios diseñados para ayudarlos a manejar los afectos negativos. Todo esto recibiendo "feedback" de los terapeutas.

El programa difiere de la terapia de pareja, en que está orientado hacia el futuro de la relación y no directamente focalizado a los problemas y conflictos actuales. Se distinguen de los programas de incrementación de las habilidades de la pareja en que tiene como propósito prevenir futuros conflictos. El programa consiste en 5 sesiones de aproximadamente 3 horas cada una. Participan de 3 a 5 parejas al mismo tiempo y cada pareja trabaja con un terapeuta fuera del programa.

Las sesiones se distribuyen de la siguiente forma:

- Entrenamiento en habilidades de comunicación: Sesiones 1 y 2.
- Entrenamiento en solución de problemas: Sesión 3.
- Esclarecimiento de las expectativas maritales o de la pareja: Sesión 4.
- Educación sensual/Sexual y exaltación de la relación: Sesión 5.

Existen otros programas de enriquecimiento de parejas a través de videocassettes, algunos de ellos diseñados para que las parejas lo realicen por sí mismos y otros como una guía práctica para ser utilizados en conjunto por el terapeuta y la pareja.

Uno de los más confiables es el desarrollado por Glenda Cleaver en 1987 "Enriquecimiento Marital por medio de un Programa de Comunicación Estructurado".

El programa de videotape está dividido en tres sesiones, cada una de las cuales puede ser utilizada por separado. La primera sesión contiene entrenamiento en habilidades de escuchar; la segunda aborda entrenamiento en expresión y la tercera en solución de problemas a través de la negociación. El formato de cada sesión es como sigue: el "locutor" (mujer) describe la habilidad que debe ser aprendida, usando el modelo de Scharamm (1977); un modelo demuestra la habilidad por medio de un role-playing y finalmente se presentan unos ejercicios prácticos que la pareja debe realizar. La práctica y la participación en cada sesión dura aproximadamente 2 1/2 horas.



Bases Teóricas

El programa de entrenamiento preventivo para parejas que aquí nos ocupa está basado fundamentalmente en 4 teoría-modelos terapéuticos: Sistémico/Cognitivo-Conductual, Rogeriano y Gestáltico.

Siendo el objetivo principal de este programa abordar la mayor cantidad de áreas en las que clínica y experimentalmente encontramos que las parejas pueden ser más beneficiadas y en las cuales suelen presentar más conflictos, empezaremos con ofrecer una conceptualización teórica de las dimensiones básicas de una pareja fuerte y sana. (Family Therapy news, 1990, p.8).

1. Capacidad de adaptación: Es la capacidad que tiene la pareja para adaptarse a los cambios según el ciclo vital y los eventos estresantes que se les presenten.
2. Compromiso con la familia: esto implica dos aspectos, el reconocimiento del valor de cada uno de los miembros y la aceptación del valor de la familia como unidad.
3. Comunicación: incluye un proceso de comunicación claro, abierto y frecuente.
4. Estimulación de los individuos: es la habilidad de la pareja para animar y estimular el desarrollo individual, una idea estrechamente relacionada con el concepto de "coevolución" de Sterlin y Col. (1987).
5. Expresión de aprecio: hacer cosas positivas por los otros sin ningún otro motivo más que por amor.
6. Orientación religiosa y espiritual: Muchas investigaciones demuestran que este es un aspecto importante pero no delimitan en que aspectos de espiritualidad.
7. Conexiones sociales: Incluye las conexiones sociales en general, con la familia de origen, amigos, vecinos, la participación en actividades de la comunidad, etc.
8. Roles claros: crear una estructura flexible con roles y responsabilidades claras.
9. Tiempo compartido: compartir con los otros en calidad y cantidad.

Nos gustaría añadir, como lo hacen otros (Minuchin, 1974; Kaslow, 1981 y 1982 etc.) que unas "fronteras claras entre generaciones" (incluyendo la no parentalización de los hijos) y "entre personas" (o sea mantener la privacidad de cada individuo), así como "la cooperación y la capacidad de negociación", son variables imprescindibles para un buen funcionamiento en la pareja.

La terapia sistémica cuenta dentro de su repertorio de intervenciones, con técnicas cognitivas y conductuales, las cuales serán utilizadas por el terapeuta en el transcurso de la ejecución del programa de entrenamiento preventivo.

Intervenciones cognitivas: cambian la forma de pensar del paciente con respecto a algo, crean en el cliente una imagen de persona con los suficientes recursos como para afrontar y resolver su problema.

- Connotación positiva: presentar el conflicto-síntoma-conducta, como debido a razones altruistas.
- Redefiniciones: presentar el síntoma o conflicto o conducta desde otro marco conceptual.

Intervenciones conductuales: cambian una conducta del cliente, el terapeuta trata de persuadir la pareja a que ensaye otras conductas distintas de las que hasta ese momento han venido observando.

- Tareas directas.
- Prescripciones ritualizadas:
 - Rituales propiamente dichos
 - Prescripciones invariables
- Entrenamiento en solución de problemas;
- Entrenamiento en comunicación (L. Abate y Mc Henry, 1983; Bornstein y Bornstein, 1988).

Los principios Rogerianos sobre expresión de sentimientos y escucha reflexiva marcan la pauta prioritaria en la práctica de este programa.



Para Rogers centrarse en "escuchar" es el principio de una aceptación positiva incondicional. Este tipo de aceptación crea una comunicación abierta y honesta (Brammer y Shostrom, 1960). Duick y Jacobson (Bergen y Garfield, 1979), sostienen el punto de vista de que una adecuada empatía (escuchar poniéndose en el lugar del otro), cercanía y genuinidad entre los miembros de la pareja marcan la diferencia entre ajuste y desajuste marital.

La capacidad de escucha reflexiva incluye: atención, escuchar el contenido de lo expresado, reconocer los sentimientos implícitos, escuchar empáticamente, aceptación del punto de vista del otro y ofrecer mensajes de feedback al hablante de forma tal que el/ella note que su discurso ha sido entendido, como por ejemplo el uso de parafraseo (repetir lo que el otro dice sin juzgarlo, analizarlo y sin impregnarlo de afecto).

Esto ayudará al hablante a crearse una sensación de ser entendido y respetado y lo animará a elaborar asociaciones entre sentimientos, pensamientos y conductas.

El entrenamiento en habilidades de expresión, principalmente basado en la modalidad de mensajes tipo "Yo..." estimula la expresión de deseos, sentimientos, necesidades y conflictos.

La mayoría de las investigaciones demuestran que este modelo de expresión contribuye a la estabilidad y bienestar de la pareja e incluso a una clara diferenciación del Yo (Bowen, 1978).

Terapia Gestáltica

La terapia de la teoría Gestáltica también ha aportado sus bases en la creación de este programa. La terapia Gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades o por dos elementos del proceso psicológico. Conflictos que pueden ser de naturaleza interna al individuo (intrapésquico), o pueden manifestarse en la relación interpersonal entre dos personas (intersíquico). Este enfoque centra la atención en la conducta presente.

En la terapia Gestáltica el cliente aprende a utilizar el "darse cuenta" de sí mismo, como un organismo total que es y en constante relación con el exterior.

La terapia Gestalt enfatiza el concepto del "aquí y el ahora".

Para lograr los objetivos que persigue la TG., Claudio Naranjo (1980) describe en nueve frases sencillas su significado:

Vivir en el ahora, vivir en el aquí, dejar de imaginar, dejar de pensar innecesariamente, expresarse o comunicar, sentir las cosas desagradables y el dolor, no aceptar ningún "debería" más que los propios, tomar completa responsabilidad de las acciones; sentimientos, emociones y pensamientos propios, sea lo que usted es, no importa lo que usted sea.

El programa de entrenamiento para parejas que nos ocupa utilizará ejercicios de "darse cuenta" como una herramienta con la cual cada uno de los miembros de la pareja se ubique en su aquí y ahora, se descubran ante el otro tal y como son y empiecen un vínculo de genuinidad, sinceridad, apertura y clara comunicación.

Estos ejercicios consisten en completar frases, ensayo de frases tales como "nosotros", "Yo", trabajar con la imaginación, cambio de roles, dar y recibir afecto-aprecio, expresión no verbal, etc. (John O. Stevens 1976).

Otra de las variables que se incluirán en el programa de prevención de crisis es la sexualidad.

Una gran cantidad de investigaciones concluyen que las actitudes destructivas hacia la sexualidad contribuyen a la creación de un malestar generalizado en la relación de pareja (Cooper, 1969; Lo Piccolo y Lobitz, 1972; Masters y Johnson, 1970).

Algunas de las actitudes destructivas más comunes identificadas por estos terapeutas son: la orientación hacia una meta, la focalización en el orgasmo, la ansiedad de ejecución, sentirse responsable del disfrute del compañero (o la



ausencia de este).

Existen algunos tipos de programas que intervienen en estos aspectos: KISS, (Cooper, 1985) y SEP (Miller, 1973).

Descripción del Programa "Aprendiendo Juntos" (G)

Este programa está diseñado con el propósito de aumentar o modificar aquellas áreas de la relación de pareja, que según la práctica clínica, la teoría y las investigaciones más actuales, están estrechamente vinculadas con la armonía y fortaleza de la pareja y como consecuencia de la familia; lo cual trasciende a la sociedad.

El programa utiliza técnicas Sistémicas/Cognitivo-Conductuales, Gestálticas y Rogerianas, de una forma flexible y según las situaciones espontáneas, que se presenten, las requieran.

No pretendemos hacer de este programa, una prescripción invariable a pesar de que sus sesiones son sistematizadas, como veremos más adelante.

El programa difiere de la terapia de pareja tradicional en que está orientado hacia el futuro de la relación y no exclusivamente a los problemas actuales de la pareja. Además pretende fomentar, como principal objetivo, altos niveles de funcionamiento que le permitan desarrollar mecanismos de prevención de conflictos y construcción de una realidad diferente.

Las parejas aprenderán un conjunto de habilidades, técnicas y principios diseñados para ayudarles a manejar los afectos negativos.

El programa consiste en una entrevista previa con cada pareja por separado y cinco sesiones de aproximadamente de 3 horas cada una.

Se desarrollarán ejercicios en parejas y en grupos siempre monitorizados por un terapeuta.

Se asignarán tareas para la casa y prácticas de las habilidades aprendidas. Se incluirán entre 3 a 6 parejas por programa, preferiblemente 3 parejas por monitor.

Entrevista Previa

Esta entrevista tiene como objetivos fundamentales:

- Esclarecer el contrato individual y relacional de los miembros de la pareja. Cada miembro de la pareja trae a la relación una serie de necesidades implícitas, expectativas y promesas que unidas a las del otro forman un contrato relacional, que será el que regirá a ese tercer polo autónomo que tiene sus propias reglas y objetivos ("la pareja"). Basado en el modelo de Sager (1976) (Marie Gingras, Dyane Adam y Gilles J. Chagnon, 1983).
- Analizar las expectativas y compromiso de las parejas con el programa.
- Administrar la Escala de Ajuste Marital de Locke y Wallace. (Opcionalmente se les pedirá a las parejas que completen dicho cuestionario en sus casas).

En general, esta primera entrevista ayudará al terapeuta a formarse una idea general de la pareja y su modelo de interacción.

Primera Sesión

Esta sesión tiene dos objetivos principales:



1. Entrenar superficialmente las parejas en "escucha activa" (escucha reflexiva), lo que facilitará el desarrollo y la adecuada ejecución de los ejercicios gestálticos que son la base de esta primera sesión. La pareja será entrenada a escuchar sin interrumpir al otro y a expresarse abierta y sinceramente.

2. La pareja se descubrirá ante el otro a través de una serie de ejercicios basados en el "darse cuenta" de la Teoría Gestáltica (Stevens 1976) tales como:

Completar las frases:

Yo soy...

Yo represento ser...

Tengo que...

No puedo...

Necesito...

Tengo miedo de...

Me gustaría...

Yo...

Elijo que...

No quiero...

Quiero...

Nosotros...

Mientras las parejas (cada una por separado) trabajan en completar estas frases, son monitorizadas, reforzadas y proveídas de feedback por los terapeutas.

Estos ejercicios ayudarán a los miembros de la pareja a expresarse individualmente, así como a entender un "tercero excluido del diálogo" (Phillipe Caille, 1992), que es "la pareja". Estos ejercicios tienen como objetivos, la delimitación de las fronteras personales, facilitación de la expresión de sus expectativas, de su contrato implícito con la pareja, de sus temores, etc.

Al finalizar estos ejercicios se hará una puesta en común de las experiencias vivenciadas.

Segunda Sesión

Los objetivos principales de esta sesión serán:

- Reforzamiento del entrenamiento en Escucha Reflexiva y Expresión de Sentimiento. Este recurso se enseñará por medio del modelaje del terapeuta, guía, role-playing y reforzamientos, preferiblemente con temas reales de las parejas.

- Información y ejemplos de Mensajes Facilitadores y Obstructores del Diálogo. Se utilizarán preferentemente ejemplos basados en discursos de las parejas participantes.

Mensajes facilitadores del Diálogo:

-Declaraciones del deseo

-Declaraciones de sentimientos

-Declaraciones de agrado y desagrado

-Impresiones, impresiones de sentimientos

-Preguntas abiertas

-Preguntas directas

-Acuerdo parcial con una crítica o argumento

-Petición de una crítica más específica

-Presentación de un conjunto de opciones y elección de entre las mismas

-Cuantificación de deseos y sentimientos

-Confidencia personal

-Petición del parecer

-Mensajes no verbales que expresan la aceptación de ambos interlocutores

- Declaraciones de tipo "eres bueno, haz hecho algo bueno, ese algo tuyo es bueno"

-Búsqueda de un tema de conversación

-Declaraciones de intención.

Mensajes obstructores del Diálogo:



- Cortes de la conversación
- Declaraciones demasiado extensas
- Preguntas de reproches
- Generalizaciones sobre maneras de ser
- Declaraciones del tipo "eres malo, haz hecho algo malo"
- Declaraciones de tipo "deberías"
- Defensa propia
- Sarcasmos
- Orden
- Incongruencias entre mensaje verbal y no verbal -Amenaza
- Expresión de insatisfacción a través de terceros
- Generalización excesiva
- Cambios intencionados de conversación
- Ignorar los mensajes importantes del interlocutor
- Disputas sobre diferentes versiones de sucesos pasados
- Autoinculpación
- Suponer en vez de comprobar
- Resentimiento oculto
- Hablar por otra persona.

Se prescribirán ejercicios prácticos para la casa con el objetivo de profundizar en la discriminación de mensajes facilitadores y obstructores del diálogo.

Tercera Sesión

- Exposición de las tareas asignadas, con ejemplos reales de las parejas participantes.
- Entrenamiento en comunicación.
- 1. Elaboración de una lista de problemas (4 ó 5) sobre los que se quiere dialogar, ordenados de mayor a menor carga emocional. Pueden incluirse un par de temas totalmente neutros. Las listas son independientes para cada cónyuge.
- 2. Los terapeutas muestran a las parejas como se realiza el entrenamiento mediante el role playing. La pareja imita la ejecución.
- 3. Un miembro de la pareja elige el modo del Hablante. Las reglas a observar en este modo son:
 - Elige el tema del que hablar
 - Empieza a hablar expresando sus sentimientos: "Yo siento..."
 - No puede preguntar
 - No puede hablar, ni culpabilizar
 - Ha de ser conciso y exacto
- 4. El otro cónyuge escucha (modo del Oyente), siguiendo las siguientes reglas:
 - Debe responder al hablante reflejando sus sentimientos: "Tu sientes..."
 - Debe suspender su juicio u opinión. Se limita a reflejar lo que el Hablante dice
 - No puede preguntar (sólo si no entiende)
 - Debe dar respuestas verbales cortas (una o dos), con una respuesta no verbal congruente; el Oyente oye y refleja, nada más.
- 5. Se cambia el modo cuando:
 - El Hablante discutió adecuadamente el problema
 - El Hablante presentó una propuesta que necesita de la aquiescencia del Oyente para seguir adelante;
 - Cuando el Oyente entiende que debido a sus propias emociones no podrá responder empáticamente y necesita, por lo tanto, expresarse;
 - Para cambiar el modo, el Hablante hace un resumen de lo que dijo en una sola frase el Oyente refleja esa frase, el Hablante reconoce que fue correctamente reflejado, tras lo cual se conmuta el modo.



6. Después del entrenamiento, los terapeutas:
- Dan una información de cómo fue la ejecución
 - Modelan las respuestas adecuadas (si fuera necesario)
 - Hacen repetir las nuevas propuestas
 - No castigan las ejecuciones mal hechas.

Fuente: (Wells y Figurel, 1979).

-Entrenamiento en solución de problemas:

- 1.- Conciencia de que se está inmerso en un problema
- 2.- Identificación del problema
- 3.- Generación de alternativas al problema (Brainstorm)
- 4.- Elección de una alternativa
 - Previsión de las metas a conseguir
 - Previsión de los medios para conseguir las metas
- 5.- Ejecución de la alternativa elegida
 - Autoevaluación
- 6.- Comparación de los resultados obtenidos con las metas propuestas en el estadio 4. -Rectificación, si fuera necesario, de la ejecución.
- 7.- Evaluación final de los resultados obtenidos

Fuente: (Graighead, Kazdin y Mahoney, 1981).

Cuarta Sesión

Orientación y prácticas de planificación de acuerdos en el área financiera, parental, cómo ocupar el tiempo libre, las actividades en común, etc. Se utilizarán los conocimientos adquiridos sobre negociación y solución de problemas.

Se realizarán role-playing y ejercicios prácticos y escritos.

Quinta Sesión

En la última sesión las parejas serán entrenadas en relajación conjunta, sensualidad y sexualidad.

Se les estimulará a llegar a un acuerdo sobre situaciones, lugares, eventos agradables y relajantes para los dos. Se ensayarán relajaciones conjuntas con música, se les entrenará en ejercicios sensuales (con indicaciones específicas).

Se incluirá información sobre actitudes adecuadas hacia el sexo, se reforzará la comunicación sexual y se estimularán a los participantes a aceptar y disfrutar su propia experiencia sexual.

Se conducirán discusiones de grupo, en las cuales el terapeuta expondrá ejemplos de conductas sexuales que motiven actitudes de no enjuiciamiento y faciliten la tolerancia a las diferencias sexuales y la discriminación entre disfunción y funcionamiento sexual adecuado.

En algunos casos se discutirán algunos tópicos como los estadios de la respuesta sexual de Masters y Johnson (1970), diferentes técnicas que ayuden al control de la eyaculación precoz e impotencia, las consecuencias negativas de la ansiedad de ejecución, la importancia de separar las demostraciones de afectos asexuadas de las iniciadoras de un acto sexual, y los efectos de la edad en la sexualidad y la relación sexual.

En esta sesión se utilizarán videos, cassettes y música a discreción de los terapeutas.

Espacio abierto, exposición de expectativas realistas del futuro de la pareja.

Recomendaciones



Dado que las investigaciones más actuales han demostrado la eficacia de programas estructurados de enriquecimiento y prevención de crisis en las parejas, exhortamos a los estudiantes y profesionales del área a hacer buen uso de los mismos.

Bibliografía

- Castanedo, Celedonio, 1983. "Terapia Gestalt, enfoque del aquí y el ahora". Ed. Texto, Ltda. Costa Rica.
- Cleaver, Glenda, 1987. "Marriage Enrichment by Means of a Structured Communication Program". Family Relations 36: 49- 54.
- Cooper, Alvin and Stolterberg, et al 1987. "Comparison of a Sexual Enlacement and a Comunication Training Program on Sexual and Marital Satisfaction". Journal of Counseling Psychology. Vol. 34, No. 3, 309-314.
- Fexas I. Viaplana, G. y Villegas I Besora, M. 1993. "Constructivismo y Psicoterapia". PPU, S.A., Barcelona.
- Gerson, Randy; Holfman, Sandra; Sauls, Marsha and Ulrici, Donna, 1993. "Family of Origin Frames in Couples Therapy". Journal of Marital and Family Therapy Vol. 19, No. 4, 314- 354.
- Gingras, Marie; Adam Dyane and Chagnon, Gilles. 1983. "Marital Enrichment: The Contribution of Sixteen Process Variables to the Effectiveness of a Program". Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 9 No. 2, 121-136.
- Griffin, John and Apostol, Robert, 1993. "The influence of Relationship Enhancement Training on Differentiation on Self". Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 19, No. 3, 267-272.
- Guerney, Bernard and Maxson, Pamela, 1990, "Marital and Family Enrichment Research: A Decade Review and Look Ahead". Journal of Marriage and The Family 52; 1127-1135.
- Israelstam, Kenneth. 1989. "Interacting Individual Belief Systems in Marital Relationships". Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 15, No. 1, 53-63.
- Raslow, Florence and Robison, James. 1996. "Long- Term Satisfying Marriages: Perceptions of Contributing Factors". The American Journal of Family Therapy, Vol. 24, No. 2, 153-170.
- Navarro Góngora, José, 1992. "Técnicas y Programas en Terapia Familiar". Ed Paidos. Barcelona.
- Markman, Howard; Floyd, Frank; Stanley, Scott and Storaaski, Ragnar. 1988. "Prevention of Marital Distress: A Longitudinal Investigation". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 56, No. 2, 210-217.
- Markman, Howard; Renick, Mari; Floyd, Frank; Stanley, Scott and Clements, Mari. 1993. Preventing Marital Distress Through Communication and Conflict Management Training; A 4- and 5-Year Follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 61, No. 1, 70-77.
- Ridley, Carl and Sladeczek, Ingrid. 1992. "Premarital Relationship Enhancement: Its Effects on Needs to Relate to Others". Family Relations, 41, 148-153.
- Snyder, Douglas; Velázquez, John; Clark, Betty; Means, Adrienne. 1997. "Parental Influence on Gender and Marital Role Attitudes: Implications for Intervention; Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 23, No. 2, 191-201.
- Stevens, John. 1976. "El Darse Cuenta". Cuatro Vientos Editorial. Chile.



La Terapia Familiar como una Estrategia para el Desarrollo Social

*Licda. Zelided Alma de Ruiz
Instituto de la Familia (IDEFA).*

Introducción

Hemos asumido la estrategia del presente Congreso para reflexionar sobre el Pasado, Presente y Futuro del modelo de Terapia Familiar Sistémica que viene desarrollando el Instituto de la Familia (IDEFA) en los últimos 14 años. Iniciaremos este trabajo con una breve mención de los comienzos de la terapia familiar en el país hace 18 años y el marco teórico que apoya su desarrollo en el IDEFA. Después presentaremos las actividades del “presente” y su proyección comunitaria, concluyendo con las “perspectivas futuras” a manera de conclusión.

Pasado

Desde la concepción original de Salvador Minuchin (1967) y sus colaboradores, el enfoque estructural sistémico de terapia familiar estuvo dirigido principalmente a las familias menos favorecidas por las estructuras socioeconómicas de su comunidad. Así también, en nuestro país, fue en el Hospital Robert Reid Cabral, con el apoyo de la Lic. Teresa Rojas, entonces encargada de la División de Reeducación al Menor de SESPAS, donde se realizó el primer entrenamiento en terapia familiar estructural en 1979. Unos meses después, el Departamento de Psicología de la Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), dirigido por el Dr. Rubén Farray, sólido defensor del desarrollo de la psicología en el país, permitió un espacio para la enseñanza de la terapia sistémica, que fue ampliándose con la cálida acogida de los estudiantes.

Muchos de estos estudiantes, que compartían la motivación social de ese momento e impulsados por la presencia del Lic. José Cruz dirigiendo la División de Salud Mental, trabajaron después en el Programa Ayúdame a Ser Niño, del Consejo Nacional para la Niñez (Conani). Allí, continuaron la experiencia sistémica y participaron en la atención del niño en y de la calle dentro de su familia y en su comunidad. (Modelo Ecológico Integral de Asistencia al Niño Marginado, 1980).

Felizmente, con el pasar de los años, otras instituciones se han iniciado en la psicología de la familia desde diversos enfoques, gracias a la difusión y aceptación que universalmente tiene ya la terapia familiar sistémica. Además, existe hoy una clara conciencia de que las enfermedades sociales como la violencia y las adicciones a sustancias psicoactivas, entre otras, no pueden prevenirse sin el apoyo primario del sistema familiar.

Las visitas del Dr. Salvador Minuchin en 1983 y más tarde del Dr. Carlos Sluzki en 1990 a Santo Domingo, en el marco de los 14 años de trabajo sostenido del Instituto de la Familia, consolidaron este modelo sistémico de atención a la familia-paciente.

Marco Teórico

El IDEFA ha ido desarrollando un modelo de tratamiento integrado, que se ubica firmemente en la visión sistémica de la causalidad circular. Se inicia con los aportes del enfoque comunicacional del Mental Research Institute (Bateson, G., et al; 1974), sigue con las técnicas estructurales minuchianas (1974, 1978, 1981, 1993), continúa con el desafío



estratégico de Haley (1976, 1984) y Madanes (1984, 1990); y avanza al constructivismo de Bronfenbrenner y Watzlawick; guiados por Sluzki (estos dos últimos relacionados también con el MRI de Palo Alto, California). Aunque mantiene algunos aspectos de la familia de origen del maestro Bowen, y el humanismo de Virginia Satir, sigue apretando el paso detrás de figuras como Braulio Montalvo, Charles Fishman y Harry Aponte, todos colaboradores de Minuchin y comprometidos con mejorar los ecosistemas de desarrollo que forman la comunidad.

El enfoque de Minuchin es sencillo y sobre todo práctico. Fue diseñado para generar cambios en poco tiempo y en circunstancias muy adversas. Obliga al terapeuta a aprender el idioma de la familia que atiende, a aprender sus reglas de vida para entrar en el sistema busca más la acción que la verbalización. Este esfuerzo de inserción en la ecología familiar lo hace aventurarse a entrenar paraprofesionales, líderes de la comunidad, para facilitar el cambio en el contexto familiar. En 1975, este atrevimiento produjo fuertes críticas de los representantes de la élite profesional del momento en EUA.

Otros enfoques fueron estudiados y puestos a prueba en el IDEFA, en un esfuerzo por ofrecer un mejor servicio a las familias; pero resultaron de difícil aplicación en nuestra realidad psico-social. Entre ellos están el modelo de Milán (Mara Selvini y colaboradores, 1978) y el enfoque de Peggy Papp (1983).

Presente del Modelo Terapéutico del IDEFA

El IDEFA ha desarrollado un modelo psicoterapéutico que responde a ciertas condiciones específicas que le permita servirle eficientemente a la familia-paciente en la comunidad. Para muchas de estas familias con serios conflictos económicos y en busca de soluciones muy concretas a sus problemas familiares, se fueron integrando y adaptando técnicas de intervención implementadas con éxito en poblaciones semejantes a la nuestra. Específicamente, se estudiaron los centros de servicios familiares del Philadelphia Child Guidance y el Berkshire Family Center. Otros aspectos, como la técnica estratégica de la "prescripción del síntoma" se tomaron del Instituto de la Familia de Washington, entre otras.

Así se fueron integrando técnicas estructural-estratégicas que cumplían con las siguientes condiciones:

- facilitar la terapia breve (10-15 sesiones)
- focalizar más lo que se hace que lo que se dice
- responder al problema presentado por el sistema (individual/pareja/familia/comunidad).
- descentralizar al terapeuta y al paciente identificado (PI), haciendo que la familia-paciente sea responsable del cambio terapéutico.
- flexibilizar y utilizar al máximo las habilidades y conocimientos que los terapeutas ya tienen, para insertarlos en las estrategias sistémicas básicas con poco tiempo de entrenamiento.

Modelo Integrado de Terapia Familiar

Antes de describir este modelo, es necesario aclarar que no sólo puede ser utilizado por psicólogos, sino también por médicos, psiquiatras, orientadores, educadores, teólogos, trabajadores sociales y otras áreas afines al campo de la familia. Esta apertura multidisciplinaria rompe los cubículos cerrados que algunas disciplinas cuidan con esmerado celo.

Objetivo: Lograr que el paciente potencialice su capacidad para resolver el (los) problema(s) presentado(s) (PP), ofreciéndole alternativas en el "aquí y ahora" para reestructurar sus estrategias de relación personal, familiar y comunitaria.

Población: Toda persona, pareja o familia que solicita ayuda psicológica en cualquiera de los aspectos clínicos/conductuales con necesidades de ajuste a los ecosistemas. De manera que se trabaja con: la familia con un enfermo de Sida, con un miembro con problemas psicósomáticos, entre muchas otras alternativas en que el PI necesita un reajuste de su sistema familiar para funcionar adecuadamente.

Aún en los casos de parejas o familias se trabaja con los que estén presentes para la sesión; manteniendo la perspectiva sistémica de que "todos son parte del problema y todos son, parte de la solución".

Duración: De 10 a 15 sesiones. Las primeras una vez por semana, y después de definir claramente "lo que el



sistema quiere cambiar" y establecer las metas, se pueden espaciar las sesiones a discreción del terapeuta y en función de la capacidad de cambio evaluado durante el proceso.

Etapas del Proceso

1. Acogida, recibimiento y enlace
2. Identificación del problema (s) presentado (PP), expresado en términos conductuales específicos; así como exploración de las conductas subyacentes que lo mantienen y sus implicaciones sistémicas para lograr el cambio.
3. Determinación y ordenamiento de las metas terapéuticas en relación a cómo sirven a las necesidades expresadas por el sistema (no a cómo las percibe el terapeuta).
4. Selección e implementación de intervenciones (algunas diseñadas especialmente para cada caso, y para cada sesión), de acuerdo a una hipótesis descriptiva de los conflictos familiares.
5. Evaluación de los cambios obtenidos/estabilidad de los cambios estructurales sin la intervención del terapeuta.
6. Fin de la Terapia: Mejoría significativa del PP y reorganización de las estructuras disfuncionales del sistema para potencializar su capacidad de solucionar sus conflictos.

Tratamiento Sistémico del Niño Abusado y su Familia

La experiencia clínica en el trabajo con las familias y las subsiguientes investigaciones empíricas con modelos de crianza, fue señalando la necesidad de responder al abuso contra los niños en la familia y en la comunidad.

La flexibilidad de la teoría sistémica para integrar las necesidades de cada situación específica a la que sirve, ha facilitado que se desarrolle un modelo de atención para las familias con un niño o adolescente abusado física, emocional o sexualmente; dentro de la visión de la causalidad circular.

Este modelo sacrifica algunas premisas en cuanto a la función del terapeuta, pues le pide que se convierta en defensor primero de los intereses del menor, y después en facilitador del sistema parental o familiar. En este sentido, su rol es más directivo, responsabilizando a los adultos del sistema (Núcleo Ejecutivo) de colaborar en los siguientes objetivos pre-establecidos para la terapia:

1. Detener el abuso y promover la protección de niños, niñas y adolescentes (NNA).
2. Promover el desarrollo integral del NNA.
3. Mejorar los patrones de relación en la familia.
4. Potencializar a las familias para que sean capaces de proveer afecto y protección a los NNA.
5. Desarrollar habilidades para la solución de conflictos en el NNA y su familia.
6. Transformar la víctima en sobreviviente con su reinserción positiva en su familia y su comunidad.

Terapia Familiar y Desarrollo Social

El compromiso sistémico ha generado la necesidad de elaborar respuestas preventivas para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en los ecosistemas en que está inmersa la familia.

Tanta importancia han adquirido las relaciones interpersonales en nuestro quehacer diario, que para muchos profesionales ha pasado inadvertido el hecho de que el DSM-IV (1994; 4ta. edición) incluye ya "Problemas Relacionales que se Relacionan con un Desorden Mental o Condición Médica General". Este avance, que estaba ausente en los diagnósticos psiquiátricos como el ICD y el DSM, ratifica el campo sistémico y produce los aportes del grupo dirigido por la terapeuta familiar Florence Kaslow (1996) en su reciente publicación: Texto de Diagnóstico Relacional y Patrones Familiares Disfuncionales.



De manera que, cuando se prepara un plan de desarrollo social, la ciencia indica que su salud mental está relacionada con la calidad de sus relaciones interpersonales. Ya no es sólo un ideal cristiano, el que la familia se fortalezca y que los padres y madres sean apoyados para que desempeñen mejor su tarea de afecto y protección. El peligro de no hacerlo, es continuar de espaldas al auténtico progreso de los pueblos, y ser inefectivos para ofrecerle la oportunidad de una mejor salud mental a la comunidad.

Aspectos del Modelo Terapéutico del IDEFA que favorecen el Desarrollo Social:

1. Si se pone en práctica la premisa de que "todos somos parte del problema y parte de la solución" -se promueve el ejercicio democrático familiar y social.
2. Si la familia-paciente aprende a definir su problema y a ser protagonista de su cambio terapéutico -nos alejamos del personalismo, acercándonos a una colaboración social como respuesta al globalismo, que podría llegar a absorbernos- si no reafirmamos nuestra propia identidad.
3. El proceso de cambio genera menos resistencia porque el paciente (individuo, pareja o familia) es quién define su problema y quién elabora su solución. Al mismo tiempo, se refuerza la responsabilidad familiar y social de asumir sus funciones no sólo como derechos sino también como deberes sociales.
4. Fomenta la solidaridad: ya que "lo que afecta una parte del sistema afecta a todo el sistema".
5. Al definir claramente las fronteras de cada sistema y subsistema relacional, se estimula la defensa de los derechos de la mujer, ancianos y niños, a menudo víctimas de la violencia intra y extra familiar.
6. Promueve el desarrollo de redes de apoyo entre las familias y las instituciones sociales como las escuelas, los clubes, entre otros.
7. Facilita el aprendizaje de nuevos modelos de crianza que previenen contra los abusos de poder, tanto en la familia como en la sociedad. El Estado, sabemos ya que ha sido mal padre y no muy buena madre. Le toca a cada familia responsabilizarse de sus miembros, estas a su vez responder a las necesidades de su comunidad. Apoyar modelos de control externo de nuestros problemas sólo nos hace más débiles internamente. Aceptar la impotencia frente a los conflictos es una buena descripción de cómo institucionalizar la dependencia.
8. Facilita la detección de los problemas comunitarios y agiliza la búsqueda de soluciones.

El trabajo del IDEFA se fundamenta en cuatro pilares: atención, formación, prevención e investigación. El terapeuta familiar que labora en el IDEFA está comprometido, no sólo a acompañar las familias en sesiones terapéuticas, sino que también se convierte en multiplicador de sus conocimientos, ya sea entrenando otros profesionales como entrenando a los miembros del sistema familiar a implementar "disciplina positiva", a controlar la violencia doméstica, a negociar la solución de los conflictos maritales, a prevenir el abuso contra los niños, entre otros (Ver anexos). Por ejemplo: un día como hoy, se desarrolla una campaña de "vacunación contra la violencia", con la activa participación de 14 escuelas en Santo Domingo, como plan inicial de un amplio programa para la no-violencia 1997-98.

Algunas limitaciones para la aplicación del Modelo de Terapia Familiar

- El terapeuta tiene que multiplicar su capacidad de respuesta frente a la multiplicidad de demandas que en nuestras instituciones de servicio se viven día a día para mantener la aplicación del modelo sistémico.
- La dificultad para formar equipos de trabajo multidisciplinarios todavía persiste -aunque se habla mucho de ellos- en la práctica funcionan muy pocos.
- La tentación de centrarse en el contenido y descuidar el proceso (estructuras) permanece latente, aún después del entrenamiento correspondiente.
- El desafío al poder del terapeuta es enorme pues se enfrenta a un sistema de varios miembros, que ya tienen relaciones de poder y afecto previos; que parecen en demostrar lo imposible de su tarea terapéutica. Por lo menos al inicio, la sesión parece francamente desequilibrada. El uso del espejo de una visión podría ser una respuesta a la



necesidad de aliados ocultos del terapeuta, además de sus propósitos de formar en la acción y ampliar los recursos terapéuticos.

- La apertura del entrenamiento sistémico fuera del área estrictamente psicológica, puede generar cierta inseguridad en los ámbitos profesionales.
- Necesitamos más entrenamiento sistémico en todos los niveles de atención, decimos "sistémico" en cuanto a compartir la causalidad circular (o multicausal o interaccional...), que permite, como ha pasado en la actualidad, una variedad de interpretaciones descriptivas y estratégicas en el manejo. La urgencia y aumento de la demanda de servicios sobrepasa muchas veces las facilidades presentes.

Perspectivas Futuras

Si los organismos e instituciones de servicio a la comunidad pudieran asumir una estrategia sistémica para el desarrollo social, como ya lo han hecho organismos internacionales como Naciones Unidas (ver la Declaración del Cairo, 1994 y Beijing, 1995), podríamos agilizar la integración de fuerzas hacia un mismo objetivo, sin banderas partidistas.

Siendo muy concretos, pasaremos a analizar la aplicación de las técnicas estructurales estratégicas en el desarrollo de habilidades sociales.

- **La reactuación:** capacita para crear un escenario y ponernos en contacto con la realidad vivida y sentida por los que nos rodean -nos ubica en el "aquí y ahora".
- **La reenmarcación:** facilita aceptar las alternativas comunitarias con las que no estamos de acuerdo pero que son apoyadas por los demás.
- **La metáfora:** estimula la fantasía creativa, las habilidades artísticas y el manejo de los símbolos sociales.
- **La delimitación de las fronteras:** promueve la formación y estructuración de la identidad y al mismo tiempo, la relación de grupos de la misma edad, intereses: los grupos sociales.
- **La acomodación:** promueve el ajuste social tanto a nivel interpersonal como familiar comunitario.
- **El desbalance:** ofrece la posibilidad de generar y responder a cambios inesperados, rápidos y promueve la reagrupación de los sistemas sociales con otras características y posibilidades.
- Cada familia disfuncional que aprende a tomar conciencia de su poder para solucionar sus conflictos -es un multiplicador de opciones para la comunidad.
- Cada profesional que se entrena en la visión común de correspondencia en los problemas y en su solución, adquiere la capacidad de integrarse en la acción por los demás.
- Cada organización, del tipo que sea, que cuenta con el trabajo de equipo, tiene asegurado gran parte de su éxito para el desarrollo social.

La terapia familiar va más allá de los ecosistemas, genera hoy un Diagnóstico Relacional (Kaslow, E, 1996) que abarca enfoques tan disímiles como: La Terapia Familiar de los Sistemas de Shwartz (1995) con un manejo directo de "las personalidades intrapsíquicas" y el de los Sistemas de Salud Familiar (1996) con el estudio de los modelos biomédicos. Las perspectivas del enfoque sistémico son ilimitadas.

Bibliografía

- Alma de Ruiz, Z. 1980. Modelo Ecológico Integral de Asistencia al Niño Marginado. Consejo Nacional para la Niñez. Santo Domingo.
- Alma de Ruiz, Z. 1981. Terapia Familiar, Teorías y Técnicas. Santo Domingo, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Alma de Ruiz, Z. 1994. Helping the Dysfunctional Family in Child Abuse Cases. X International Congress on Child Abuse & Neglect, ISPCAN, and Kuala Lumpur, Malaysia.
- American Psychiatric Association 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Fourth Edition, Washington, D.C.



-
- Bateson, G., Ferreira, A, Jackson, D. 1974. Interacción Familiar: Aportes Fundamentales Sobre Teoría y Técnica. Buenos Aires: Editorial Tiempo.
- Fishman, H. C. 1993. Intensive Structural Therapy. New York: Basic Books. Haley, J. 1971. Changing Families, Grune & Stranton, New York.
- Kaslow, F.W. 1996. Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns. New York: John Wiley & Sons.
- Madanes, C. 1990. Sex, Love and Violence: Strategies for Transformation. New York: Norton.
- Minuchin, S. & Nichols, M.P. 1993. Family Healing. New York: The Free Press
- Minuchin, S. (1974). Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S.; Rosman, B. and Baker, L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA Harvard University Press.
- Minuchin, S. and Fishman, H.C. Family Therapy Techniques. Cambridge, MA Harvard University Press.
- Nichols, MP. and Schwartz, Re. 1995. Family Therapy: Concepts and Methods. 3rd. edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Nichols, WC. and Everett, C.A. 1986. Systemic Family Therapy. New York: The Guilford Press.
- Schwartz, RC. 1995. International Family Systems Therapy. New York: The Guilford Press.

NEUROCIENCIAS, PSICOLOGÍA Y REHABILITACIÓN

La Importancia de la Evaluación Neuropsicológica del Niño con Trastornos en el Aprendizaje: Modelo Conceptual y Estudio de Casos.

*Jorge Alfredo Herrera Pino, PhD.
Instituto Neuroconductual de Miami, EUA.*

A través de los años, diferentes disciplinas han aportado sus conocimientos a nuestra comprensión y capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica frente a los trastornos del aprendizaje incluyendo la dislexia y el déficit de atención e hiperactividad. Durante las últimas décadas, a medida que la capacidad de diagnóstico neuro-radiológico y neurofisiológico han aumentado de forma vertiginosa, se ha visto también un creciente interés en determinar con un mayor grado de certeza la naturaleza de los déficits que presentan los niños con estas condiciones en las denominadas funciones corticales superiores. Se ha hecho necesario desarrollar un nivel adicional de explicación si verdaderamente vamos a comprender, en efecto, qué le pasa a estos niños.

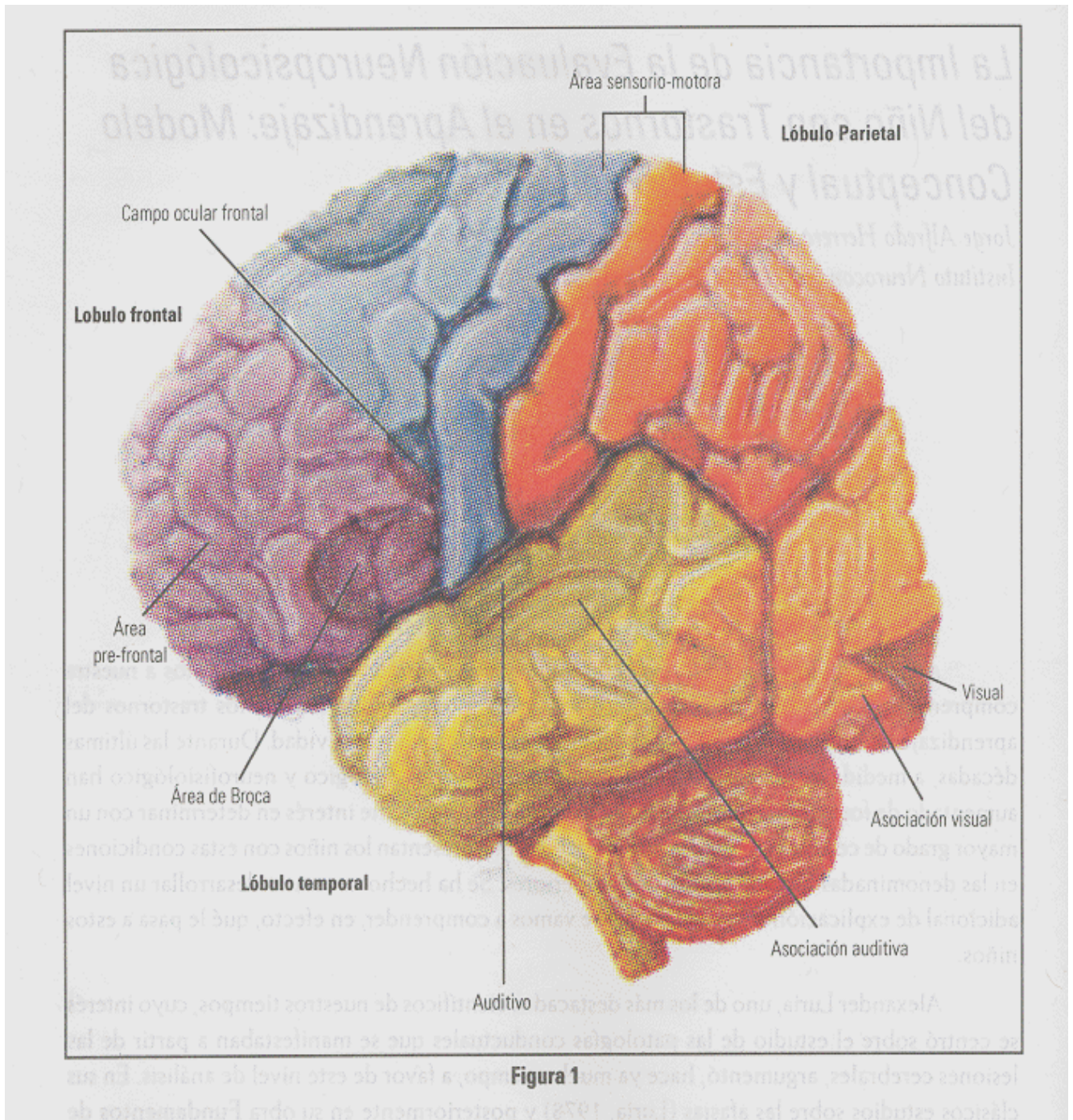
Alexander Luria, uno de los más destacados científicos de nuestros tiempos, cuyo interés se centró sobre el estudio de las patologías conductuales que se manifestaban a partir de las lesiones cerebrales, argumentó, hace ya mucho tiempo, a favor de este nivel de análisis. En sus clásicos estudios sobre las afasias (Luria, 1978) y posteriormente en su obra Fundamentos de Neurolingüística (1980), Luria argumentó que para comprender los déficits de lenguaje presentados por los pacientes con afasias, no era suficiente conocer la localización de la lesión, ni tampoco sus consecuencias sobre funciones globales, tales como el "lenguaje".

Luria utilizó la afasia de Wernicke, una de las más conocidas formas de trastornos del lenguaje, para ilustrar este punto de vista. La afasia de Wernicke resulta habitualmente de una patología bien conocida cuando se presenta como resultado de un accidente cerebro-vascular. La zona o área de Wernicke es bien conocida neurológicamente, y aquellos pacientes que tienen lesiones en esta zona cerebral presentan habitualmente un serio trastorno en los procesos de comprensión del lenguaje. Según los criterios diagnósticos del llamado Grupo de Boston (cf. Benson, 1993; Goodglass y Kaplan, 1986) la afasia de Wernicke se define como una forma fluida de afasia con incapacidad para repetir.

Para Luria, sin embargo, saber que la afasia de Wernicke es fluida y caracterizada por la incapacidad para repetir,



así como saber qué zona específica del cerebro ha sido dañada, o que el lenguaje del paciente está caracterizado por una jerga con serias distorsiones o parafasias literales, simplemente no es suficiente para "saber" por qué tiene estos déficits específicos.



Luria refiere que el proceso o función cortical que se ha "disuelto" es la "audición fonémica" o capacidad previamente aprendida por el paciente para discriminar fonemas que son importantes para comprender el idioma que este habla. He ahí la clave para comprender exactamente qué le pasa al paciente y para establecer un programa adecuado para corregir el déficit identificado.



Otra entidad ampliamente conocida por la neurología es la afasia de Broca. De nuevo, la localización de la lesión que produce esta condición fue descrita hace mucho más de un siglo, y su presentación como una forma no fluida de afasia, caracterizada también por la incapacidad de repetir, ha sido muy bien descrita también por el llamado Grupo de Boston (cf. Benson, 1993; Goodglass y Kaplan, 1986). Fue Henri Hécaen (Hécaen, 1972), sin embargo, otro distinguido investigador de la relación cerebro-conducta quien nos describe la afasia de Broca en términos neuropsicológicos, al estilo de Luria. Según Hécaen, el paciente que sufre de la afasia de Broca en sus diferentes grados puede presentar desde una incapacidad para la "realización fonémica" hasta para la "realización de la frase". De nuevo, se hace hincapié sobre el vínculo entre el proceso neuropatológico y el proceso psicológico.

Por otro lado, el trabajo de Roger Sperry (ver Springer y Deutsch, 1993), otro renombrado científico de este siglo, sirve para ilustrar el papel de la evaluación neuropsicológica. Hacia el final de la década que comenzó en 1980 Sperry recibió el Premio Nóbel de Medicina por descubrir la naturaleza de los déficits cognitivos experimentados por los pacientes comisurotomizados. Sperry pudo comprobar que estos pacientes no podían procesar información pictórica presentada en su campo visual izquierdo, mientras que no podían procesar información lingüística presentada de forma escrita en el campo visual derecho (Sperry, 1968).

El trabajo de Sperry cerró el círculo ya previamente establecido sobre la asimetría funcional del cerebro y ha servido para comprender de forma mucho más clara por qué un paciente con una lesión en el hemisferio izquierdo presenta habitualmente trastornos del lenguaje, mientras que otro con una lesión en el hemisferio derecho presenta habitualmente trastornos en la percepción visual y el manejo del espacio extra-personal.

Por un lado, el psiquiatra, el neurólogo y el neurocirujano, como médicos, fueron formados en el conocimiento de las estructuras cerebrales, su funcionamiento y sus patologías. El psicólogo y el psicopedagogo, por otro lado, fueron formados en el estudio de los procesos de aprendizaje, así como en la evaluación del rendimiento académico, la inteligencia, la personalidad y la organicidad. Sin embargo, es el neuropsicólogo el profesional responsable por establecer la relación entre la condición del tejido cerebral y las funciones psicológicas afectadas, tal y como se ha descrito con anterioridad.

En este orden de ideas, la presentación de síntomas en los niños que sufren algún tipo de trastorno en el aprendizaje o déficit de atención e hiperactividad puede ser muchas veces tan sutil que escapa el examen clínico. Por otro lado, los exámenes neuro-radiológicos y neurofisiológicos arrojan generalmente resultados negativos aún cuando el niño presenta una constelación de síntomas que recurren con regularidad y representan las consecuencias conductuales de una posible disfunción cerebral. La explicación de los substratos pato fisiológicos de estos síntomas ha sido atribuida a la presencia de una etiología "evolutiva", la cual no es identificable a través de métodos diagnósticos diseñados para producir una imagen del cerebro (Spree, Risser y Edgell, 1995).

Dislexia Específica de Evolución

En este sentido, Norman Geschwind (1965) en su monumental artículo sobre el síndrome de desconexión, avanzó una explicación para la patofisiología de la dislexia específica de evolución dentro del contexto de la afasia evolutiva basándose en observaciones preliminares de la pobre organización y falta de abundancia histológica de la región parieto-témporo-occipital del hemisferio izquierdo de disléxicos confirmados. Según Geshwind, la dislexia específica de evolución es un trastorno del lenguaje producido por una pobre capacidad "evolutiva" de conexión intersensorial.

Unos años más tarde, fue el grupo de investigación neuropsicológica dirigido por Paul Satz y Dirk Bakker (ver Satz, Taylor, Friel y Fletcher, 1978 y Bakker y Satz, 1970) quienes le dieron el frente a las hipótesis neuropsicológicas que surgieron de los planteamientos de Geschwind. Por otro lado, ha sido Albert Galaburda, quien ha continuado el trabajo de constatar las alteraciones histológicas características de los disléxicos. El trabajo de Satz y cols. (1978) Y Bakker y Satz (1970) produjo una serie de importantes correlatos neuropsicológicos de la dislexia dentro del concepto del Síndrome de Gerstmann, en base a los cuales no sólo pueden hacerse predicciones sobre el éxito futuro en el aprendizaje, si no que también se pueden desarrollar métodos correctivos fundamentados en el fortalecimiento de las conexiones intersensoriales.

El enfoque de la dislexia como un trastorno del lenguaje análogo a la afasia adquirida se refleja también en el



trabajo de Paula Tallal (Tallal, Stark y Mellits, 1985) Y Paula Menyuk (Menyuk, 1978) quienes estudiaron los trastornos de la audición fonémica en niños disléxicos. Para estos autores, el déficit principal de los niños disléxicos es la falta de capacidad para "tomar conciencia" ("awareness") de los elementos fonológicos que constituyen la palabra hablada y trasladar este "conocimiento" a la palabra escrita. Dentro de este contexto, Njokiktjen (1993) Y Pennington (1990) describen la comorbilidad entre los trastornos evolutivos de la lectura (dislexia) y los del lenguaje (afasia).

La evaluación neuropsicológica le ofrece a los clínicos la posibilidad de comparar la conducta del niño disléxico o con déficit de atención e hiperactividad con la de otros tipos de pacientes o individuos de forma sistemática de tal manera que se pueden discernir patrones de déficits asociados con los diferentes cuadros de fisiopatología que se estiman ser responsables por las disfunciones corticales superiores que estos presentan.

En relación a la dislexia, específicamente, la visión de esta como un trastorno del lenguaje trae a colación el uso de instrumentos neuropsicológicos diseñados a partir del estudio de las funciones afectadas en pacientes afásicos. La función nominativa del lenguaje, por ejemplo, involucra una amplia zona de la corteza cerebral a partir del área de Wernicke, la zona parietotémporo-occipital, el fascículo arqueado a través de los lóbulos parietal y frontal, el área de Broca y, por último, la región media de la corteza frontal motora.

Dentro de este contexto, la lectura es un acto de la función nominativa que ocurre una vez que se ha establecido inicialmente la integración intersensorial adecuada. Uno de los instrumentos neuropsicológicos más sensitivos a las perturbaciones de la función nominativa del lenguaje es el TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DE STROOP (Golden, 1978). También lo es la administración oral del TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (Smith, 1982). Otro instrumento sumamente útil en determinar el nivel de "consciencia" fonológica del niño disléxico es el TEST DE FLUIDEZ VERBAL, también denominado TEST DE ASOCIACIÓN CONTROLADA DE PALABRAS (Benton y Hamsher, 1991).

El éxito de la lectura depende también del manejo de los elementos receptivos del lenguaje. EL TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Spreen y Strauss, 1991) es sensitivo a las perturbaciones de los aspectos mnésticos del lenguaje, los cuales son afectados por disfunciones de las regiones medias o internas de la corteza cerebral del lóbulo temporal izquierdo.

Por otro lado, el TEST DE FICHAS DE DERENZI Y VIGNOLO es sumamente sensitivo a las perturbaciones del lóbulo parietal izquierdo, no tanto en su función de conexión como lo es el fascículo arqueado, si no en su función de análisis de los aspectos sintagmáticos o simultáneos del lenguaje (ver Spreen and Strauss, 1991; Lezak, 1995).

La exploración de los procesos motores y visuo-motores es otra de las contribuciones de la valoración neuropsicológica del niño con trastornos en el aprendizaje, incluyendo aquellos que sufren de dislexia. A tal efecto, se incluyen medidas de preferencia y dominancia lateral en la exploración neuropsicológica, así como tareas de diferentes niveles de complejidad. Dentro de estos instrumentos se encuentran el EXAMEN DE DOMINIO LATERAL DE LA BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE HALSTEAD-REITAN (Reitan y Wolfson, 1993), el TEST DE DESTREZA DÁCTILO-MOTORA, el Test de fuerza manual y el TEST DE CLAVIJAS (ver Spreen y Strauss, 1991 y Lezak, 1995).

Déficit de Atención e Hiperactividad

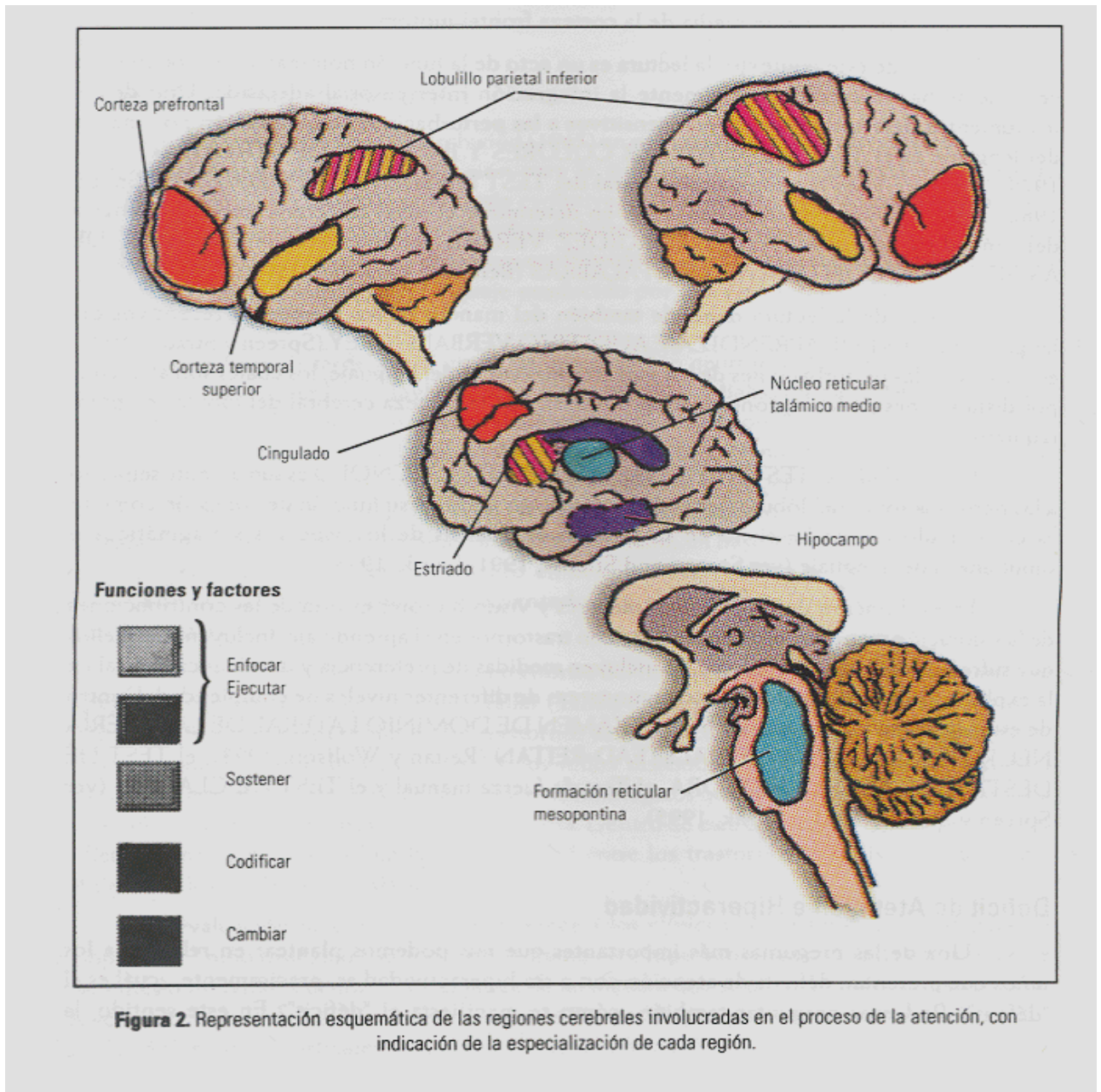
Una de las preguntas más importantes que nos podemos plantear en relación a los niños que presentan déficits de atención con o sin hiperactividad es, precisamente, ¿cuál es el "déficit"? Podemos preguntar también, ¿cómo se manifiesta el "déficit"? En este sentido, la evaluación neuropsicológica puede contribuir de nuevo de manera propia. Aquí conviene estudiar las reacciones del niño en base a los estadios del proceso de la atención descritos por Mirsky (1991; 1987). Se encuentran perturbaciones características de los procesos de enfocar y ejecutar haciéndosele muy difícil al niño su atención hacia los aspectos importantes del estímulo, así como reaccionar de forma rápida y eficiente frente a los mismos y el tiempo de reacción es elevado.

El niño con déficit de atención puede presentar también perturbaciones características relacionadas con la capacidad para sostener la atención. Este proceso se ha asociado con las dificultades que presentan estos niños para resistir las distracciones del medio, así como las dificultades que presentan para volver a retomar el hilo de la tarea una vez que esta ha sido interrumpida (Ver Pennington, 1991).



Por último, según el modelo de Mirsky (1991; 1987) los niños con déficit de atención presentan frecuentemente una incapacidad para cambiar de forma eficiente la atención enfocada, perseverando en respuestas ya no apropiadas. En los niveles más altos de procesamiento cognitivo, la perseveración o incapacidad de cambiar el foco de la atención, se manifiesta en trastornos de la formación de conceptos abstractos.

Dentro del modelo desarrollado por Mirsky (1991; 1987), los diferentes estadios del proceso de atención responden a instrumentos neuropsicológicos específicos. EL TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DESTROOP (Golden, 1978) representa, según Mirsky, una tarea idónea para la evaluación del primer estadio, es decir, enfocar y ejecutar. Otro instrumento altamente sensitivo a las perturbaciones de este estadio de la atención es TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (Smith, 1982) en su administración escrita, al igual que lo es el TEST DE TRAZADOS, el cual es parte de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993).



La capacidad para sostener la atención se ve reflejada de forma idónea en el TEST DE EJECUCIÓN CONTÍNUA (Loong, 1988; Conner, 1995), mientras que el TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtis, 1993) responde a las perturbaciones en la capacidad para cambiar el foco de la atención de forma adaptativa (Mirsky, 1991; 1987). EL TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON REVISADO (Benton, 1974) y el TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA (Rey, 1959) son también instrumentos neuropsicológicos capaces de ayudar en determinar con un alto grado de precisión la naturaleza específica de los trastornos de la atención y su impacto sobre la memoria (ver Spreen and Strauss, 1991 y Lezak, 1995).

Parámetros de la Evaluación Neuropsicológica

El proceso de evaluación neuropsicológica se lleva a cabo en base a una serie de parámetros y herramientas



conceptuales algunas de las cuales son idóneas a la neuropsicología, y otras que han sido derivadas de otras disciplinas. Uno de estos parámetros básicos es el de la doble disociación de funciones descrito inicialmente por Hans-Lukas Teuber en 1964 (Walsh, 1985).

Según este concepto, la exploración neuropsicológica establece un patrón de déficits no sólo en base a los hallazgos positivos, si no también en base a los hallazgos negativos. Una vez que se han identificados los hallazgos, estos se interpretan en función de conceptos de lateralización de funciones o asimetría funcional del cerebro (ver Springer y Deutsch, 1993).

Otro parámetro importante de la evaluación neuropsicológica es el concepto de tablas actuariales. Es decir, un instrumento de evaluación psicológica se hace parte del proceso de valoración neuropsicológica cuando se puede establecer claramente el nivel de ejecución que diferencia una muestra de pacientes con lesiones o disfunciones cerebrales identificadas independientemente de otra de pacientes o individuos sin lesiones cerebrales o con lesiones diferentes a las del grupo original (ver Lezak, 1995; Reitan y Wolfson, 1993; Reitan y Davison, 1974).

Como herramienta de diagnóstico, la evaluación neuropsicológica utiliza también el concepto de rangos de severidad para determinar cuan lejos de la ejecución "normal" está la del paciente estudiado. Esto es útil para establecer el nivel de impedimento que se puede esperar del paciente en relación a las funciones corticales superiores valoradas.

El análisis de síndrome es otro concepto importante en el uso de la evaluación neuropsicológica. Al igual que en cualquier otro quehacer del diagnóstico médico, la presentación regular de síntomas se utiliza para definir una entidad nosológica en base a la cual se pueden predecir los tipos de impedimentos o disfunciones que se pueden esperar del paciente.

Evaluación Neuropsicológica y Rehabilitación Cognitiva

La evaluación neuropsicológica del niño con trastornos del aprendizaje incluyendo la dislexia y el déficit de atención e hiperactividad puede servir de base para la confección de un programa de rehabilitación o terapia cognitiva. Se distinguen dos tipos de alternativas en la selección de métodos de intervención.

Presentamos a continuación algunos ejemplos de esta tecnología basada de forma fundamental sobre las conceptualizaciones neuropsicológicas. El advenimiento de la informática ha contribuido al desarrollo de un número de programas de rehabilitación o terapia cognitiva. Se destaca entre estos el Captain's Log Cognitive Trainig System, el cual incluye una amplia gama de ejercicios con diferentes niveles de complejidad.

El Captains's Log Cognitive Training System (Sanford, 1985) incorpora ejercicios diseñados primordialmente para la corrección de trastornos de la atención representativos de los niveles descritos por Mirsky (1991; 1967). Este programa consiste de cuatro módulos: atención, óculo-motor, conceptual y numérico-memoria.

Por otro lado, el modelo neuropsicológico ha permitido la adaptación de otros programas computarizados a las necesidades específicas de los niños con disfunciones de la integración intersensorial y la función nominativa del lenguaje. A tal efecto, hemos adaptado varios ejercicios del programa Cognitive Prescription (Rainwater, 1986) para el tratamiento de estas disfunciones específicas.

Dentro de las alternativas no informatizadas, el Stabilized Learning System (Lyman, 1986), es, sin duda alguna, el método de rehabilitación o terapia cognitiva para niños con dislexia o déficits de atención con o sin hiperactividad más completo y conceptualmente sólido desde una perspectiva neuropsicológica. Este sistema utiliza el movimiento de los brazos, las piernas y el cuerpo para focalizar la atención del niño o para ayudarlo a internalizar la forma de las letras y los movimientos asociados con su escritura.

El Stabilized Learning System está basado en conceptos psicomotores, aunque no se queda en ellos, tal y como fue característico de otros sistemas de intervención psicomotora, tal como los ejercicios para el desarrollo de la lateralidad y la relación perceptual-motora desarrollados por Kephart (1960) hace ya mucho más de 30 años. El Stabilized Learning System utiliza los movimientos para el enriquecimiento de los esquemas internalizados de las letras, contribuyendo el movimiento y las sensaciones propioceptivas que este produce al fortalecimiento de los nexos fonético-gráficos, y su



relación con los conceptos representados por la palabra escrita.

Estudio de Casos

Este breve repaso de conceptos y métodos neuropsicológicos prepara el camino para la revisión de algunos casos de niños con trastornos en el aprendizaje del tipo que se asocian con la dislexia y el déficit de atención e hiperactividad. El primer caso es el de M.A un niño de ocho años de edad quien fue traído a consulta por su madre, quien aportó la información obtenida durante la entrevista inicial. Según la mamá de M.A, éste ha estado bajo la atención del Dr. S.P., neurólogo-pediátrico, quien tuvo la gentileza de remitirnos un informe sobre la condición del niño y su evolución.

Según la información aportada en el informe remitido por el Dr. P., M.A, ha sido evaluado y seguido desde el año 1993 con evidencia de presentar el síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Recientemente, se le había administrado un instrumento que evalúa primordialmente la capacidad de atención sostenida, uno de los componentes del proceso de atención. Según la información que nos brindó gentilmente el Dr. P., M.A presentaba un cuadro de dificultades de atención, inquietud, inmadurez emocional, impulsividad, así como dificultades en la interacción con otros niños.

La evaluación llevada a cabo por el Dr. P. también incluyó un cuestionario contestado por los padres, en el cual se obtuvieron valores muy significativos en relación a la presencia de trastornos de la conducta, dificultades en el aprendizaje, tendencia hacia la impulsividad y la hiperactividad, así como hacia la ansiedad.

Según la información provista por la mamá, y por el Dr. P., M.A fue medicado con Ritalin (metilfenidato), por un período de aproximadamente un mes, presentando subsiguientemente síntomas de tics, incluyendo parpadeos y movimientos del cuello, los cuales hicieron sospechar la presencia del síndrome de Gilles de la Tourette. La medicación, en vista de los síntomas adversos desarrollados por el niño, fue descontinuada.

A continuación se presentan los resultados de la evaluación neuropsicológica llevada a cabo con M.A, en nuestra filial de Panamá, la División Neuroconductual de Amerihab bajo la supervisión del Dr. Danilo Espino, Director Médico de dicha institución. Los datos obtenidos en Panamá fueron procesados y analizados en nuestro Centro de Diagnóstico de la Florida, Estados Unidos, donde radica nuestro banco de datos.

Se le administró a M.A una batería de pruebas y procedimientos neuropsicológicos configurada en términos de un enfoque ecléctico de evaluación de procesos y funciones corticales superiores. A continuación presentamos la descripción de cada uno de los procedimientos utilizados, así como los resultados obtenidos y su debida explicación.

Se utilizó el TEST DE EJECUCIÓN CONTINUADA (Loong, 1988) como parte de esta exploración neuropsicológica llevada a cabo con M.A. Este test es sensitivo a las alteraciones de los procesos de atención sostenida y está fundamentado en el paradigma de detección de señales siendo una buena medida de los procesos intermedios de la atención, es decir, entre la capacidad de enfocar y ejecutar y la capacidad de romper las perseveraciones está este proceso de atención sostenida sin retroalimentación durante la ejecución de la tarea. La puntuación de este instrumento toma en cuenta respuestas correctas como las incorrectas.

Según los resultados obtenidos por M.A., en el TEST DE EJECUCIÓN CONTINUADA (Loong, 1988), la proporción entre respuestas correctas e incorrectas cae dentro de lo que se puede esperar para una población sin trastornos en los procesos de la atención sostenida. Es decir, los resultados obtenidos no apoyaron la consideración de que existía un déficit específico en este componente intermedio de los procesos de atención.

EL TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL-2 (Brown, Sheberneu y Johnsen, 1990) fue administrado a M.A para una valoración global de las funciones intelectuales y de integridad de los hemisferios cerebrales sin la presencia de su capacidad verbal. Este test nos permitió obtener un coeficiente que posee relación con el menoscabo en el funcionamiento del pensamiento abstracto y pudo servir como indicador global de alteración en las funciones cerebrales superiores de M.A

El coeficiente de 138 alcanzado por M.A en el TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL-2, se situó dentro de un rango de severidad de 0 en una escala de valores de 0 a 4. Estos resultados están situados por encima del valor promedio



normal para esta prueba y constituyen un indicador de ausencia de trastorno en los procesos de razonamiento abstracto.

EL TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (Heaton y cols, 1993) fue aplicado a M.A para llevar a cabo una valoración de la integridad de las funciones cerebrales superiores relacionados con el pensamiento lógico y el razonamiento, así como del funcionamiento general de los hemisferios cerebrales. Esta prueba requiere la creación de estrategias para solucionar problemas sobre la base de una información proporcionada por el Examinador y discriminar entre categorías de color, forma y número.

El número de categorías obtenidas por M.A, demostró que presentaba un deterioro de nivel leve de las funciones cerebrales superiores valoradas por este instrumento, lo que guarda correspondencia con los puntajes obtenidos por otros pacientes en los que, por otras vías, se les han comprobado disfunciones en los hemisferios cerebrales.

La capacidad para encontrar la palabra adecuada frente a estímulos abstractos, tales como colores, fue evaluada en la exploración neuropsicológica llevada a cabo con M.A, por medio del TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DE STROOP (Golden, 1978). Esta tarea requiere el uso de la reauditorización, así como la asociación vocal-motora rápida, dentro de la función nominativa del lenguaje.

En la condición de administración de este instrumento que requiere la lectura de palabras bajo condición cronometrada, M.A obtuvo un puntaje que se ubica dentro de un Rango de Severidad de 1 en una escala de 0 a 4. Estos resultados indican la ausencia de dificultad en la función nominativa del lenguaje tal y como se valora por medio de este procedimiento.

Por otro lado, el puntaje obtenido por M.A en este instrumento bajo la condición de administración en la que se le pidió que nombrase colores se ubica dentro de un Rango de Severidad de 3, lo cual indica una ejecución bastante inferior al promedio y se espera en pacientes que sufren de trastornos moderados de la función nominativa del lenguaje.

Por último, M.A obtuvo un puntaje en la condición de administración de este instrumento que requiere nombrar el color de la tinta con que está escrita las palabras rojo, azul y verde, el cual se ubica dentro de un Rango de Severidad de 2 en una escala entre 0 y 4. Estos resultados indicaron una ejecución de esta tarea dentro del nivel de impedimento leve.

La administración oral del TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (Smith, 1982) fue utilizada como medida adicional de la función nominativa del lenguaje. Ambas administraciones reflejan también la consolidación de memoria incidental, la cual facilita la ejecución de esta tarea.

El puntaje obtenido por M.A en la administración oral del TEST DE SÍMBOLOS DÍGITOS cayó dentro de un Rango de Severidad de 1, en una escala de 0 a 4. En base a estos resultados, las habilidades de asociación visual-verbal, y función nominativa del lenguaje de M.A se caracterizan por la ausencia de déficit o impedimento.

La facilidad de acceso a categorías lingüísticas mediadas por las porciones dorsolaterales del lóbulo frontal izquierdo fue valorada por el TEST DE FLUIDEZ VERBAL del Examen multilingüe de la Afasia (Benton y Hamsher, 1989). Este procedimiento se lleva a cabo por medio de la asociación oral de palabras controlada esta por fonemas específicos (FAS).

La cantidad de palabras producidas por M.A fue utilizada para obtener una puntuación, la cual fue valorada en relación a una muestra normativa apropiada. Esta se ubica dentro de un Rango de Severidad de 2 en una escala de 0 a 4, en la cual a mayor el rango, mayor el nivel de impedimento. Estos resultados denotan un nivel de impedimento leve en las funciones de lenguaje expresivo valoradas por este procedimiento.

EL TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA (Rey, 1959) le fue administrado a M.A bajo las condiciones de copia y memoria dilatada, como medida de los procesos de atención visual y praxis visuo-constructiva, así como de memoria visual e integración de un conjunto de estímulos visuales presentados simultáneamente. Este procedimiento es especialmente sensible a las perturbaciones de los procesos de percepción simultánea e integración visuo-motora mediadas por las regiones fronto-parietales del hemisferio derecho.



El puntaje obtenido por M.A en la copia de la figura compleja cae dentro de un Rango de Severidad de 0 en una escala de 0 a 4 indicando la ausencia de disfunciones relacionadas con la atención visual y la praxis visuo-constructiva asociadas con las regiones medias del hemisferio derecho.

En la administración de memoria de la figura compleja, el resultado obtenido por M.A puede ser ubicado dentro de un Rango de Severidad de 3 en una escala de 0 a 4. Estos resultados indican la presencia de un déficit o impedimento moderado relacionado con los procesos mnésticos de las regiones parietales del hemisferio derecho.

La administración escrita del TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (Smith, 1982) se utilizó como una medida de atención visual y asociación visual de símbolos. El puntaje obtenido por M.A en la administración escrita de este instrumento correspondió a un Rango de Severidad de 3 en una escala de 0 a 4. Estos resultados revelan la presencia de impedimento o déficit moderado en las funciones valoradas por este procedimiento, incluyendo la atención y asociación visual y la memoria incidental.

La exploración neuropsicológica de M.A incluyó también el TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Lezak, 1995). Dicho instrumento requiere la repetición de memoria de una lista de 15 palabras presentadas en cinco ensayos consecutivos. Su propósito fue la de esclarecer la curva de aprendizaje de M.A partiendo de una línea base, con ensayos repetidos, los cuales incluyen cada vez la totalidad del material a ser aprendido. Los procesos valorados por este instrumento reflejan la integridad de los circuitos de memoria ubicados en el lóbulo temporal izquierdo.

El número de palabras recordado inicialmente por M.A, a partir de la lista de 15 palabras presentada correspondió a un Rango de Severidad de 0 en una escala de 0 a 4. Se estima, a partir de estos resultados, que M.A. es capaz de retener suficientes palabras como para desestimar la presencia de síntomas de una disfasia acúsico-amnésica.

M.A. ejecutó la quinta repetición (V) de la lista dentro de los puntajes equivalentes a 0 en una escala de Rangos de Severidad que va de 0 a 4. A partir de estos resultados se puede determinar que M.A. no presenta ningún tipo de impedimento en la consolidación de la memoria auditivo-verbal. De nuevo, dentro de los parámetros de evaluación del TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO-VERBAL DE REY.

Unos treinta (30) minutos después de la repetición de la quinta presentación de la lista de 15 palabras, se le pidió a M.A. que recordara cuanto pudiese de la misma. El número de palabras recordado por M.A. correspondió a un Rango de Severidad de 0 en una escala de 0 a 4, en la cual a mayor el rango, peor la calidad de la ejecución. Así, M.A. demostró la ausencia de dificultades en la consolidación de la memoria auditivo-verbal a mediano plazo, tal y como se evalúa en este procedimiento.

La dominancia ocular de M.A. fue valorada por medio del TEST ABC DE VISIÓN (Miles, 1976). Este procedimiento tiene la ventaja de utilizar la visión binocular, con supresión del ojo no dominante, para determinar el predominio lateral de un ojo sobre el otro.

La ejecución de M.A. en este procedimiento estuvo caracterizada por la supresión sistemática de la visión del ojo izquierdo, lo cual revela la presencia de un predominio lateral del ojo derecho. Este procedimiento ha indicado que la dominancia ocular de M.A. es claramente diestra.

Se utilizó el TEST DE FUERZA MANUAL del Examen de Dominio Lateral de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993), para determinar la fuerza de los miembros superiores de M.A. Este procedimiento refleja la integridad de las regiones peri-rolándicas de ambos hemisferios cerebrales.

Los resultados obtenidos por M.A. en el TEST DE FUERZA MANUAL con la mano dominante, correspondió a un Rango de Severidad de 1 en una escala de 0 a 4. Los mismos, indican la presencia de un nivel de fuerza dentro del promedio del grupo de referencia normativo, tomando en cuenta las características de sexo y edad de M.A.

El puntaje correspondiente a la mano no-dominante cayó dentro de un Rango de Severidad de 2, también en una escala de 0 a 4, indicando la presencia de disfunción motora gruesa leve.



El nivel más complicado de ejecución dácilo-motriz fue valorado en esta exploración por medio del TEST DE CLAVIJAS (Spreen y Strauss, 1991), el cual requiere también el uso de la coordinación óculo-motriz. Esta función refleja la integridad de las regiones intermedias entre la zona pre-frontal y el área motora y se utilizó como una medida adicional de la dominancia manual de M.A. y de su capacidad para la praxis visuo-constructiva.

El tiempo que le tomó a M.A. ejecutar esta tarea con la mano dominante correspondió a un Rango de Severidad de 1 en una escala de 0 a 4. Estos resultados caracterizan la ejecución de M.A. como equivalente al promedio y señalan la ausencia de impedimento en las funciones de coordinación óculo-motriz y praxis visuo-constructiva valoradas por este instrumento.

Así mismo, la ejecución con la mano no-dominante le tomó a M.A. un tiempo equivalente a un Rango de Severidad de 2 en una escala de 0 a 4. Estos resultados representan la presencia de disfunción leve en los procesos de organización motora y coordinación óculo-motora valoradas por este instrumento.

Evidentemente, los resultados obtenidos en esta exploración neuropsicológica concuerdan básicamente con los obtenidos en la evaluación llevada a cabo bajo la supervisión del Dr. S.P. No obstante, es importante notar que hay ciertos hallazgos neuropsicológicos importantes, que pueden determinar el curso de acción, en términos de mejorar el enfoque de tratamiento que se le pueda brindar a M.A.

En primer lugar, se hace notar que M.A. es un niño extremadamente inteligente, con una capacidad abstracta muy superior al promedio, lo cual hace que, muy posiblemente, sea un candidato para "aburrirse" en las actividades escolares para niños de nivel intelectual normal de su misma edad. Es muy posible que, al menos uno de los motivos por el cual M.A. tenga dificultades en su conducta es que se sienta poco motivado por el curriculum escolar y no se le "rete" lo suficiente como para mantener su interés.

En el conjunto de instrumentos utilizados, se hace posible diferenciar la presencia de déficits en los diversos niveles que se han descrito en relación al proceso de atención. En primer lugar, M.A. no presenta una dificultad notable en su capacidad de atender inicialmente y responder a los estímulos. Los puntajes dentro de los límites normales obtenidos por M.A. en las administraciones oral y escrita del TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (Smith, 1982) indican que M.A. puede enfocar momentáneamente, selectivamente, y responder adecuadamente, tanto con una respuesta motora escrita, como con una respuesta oral. Lo mismo se puede ver en la administración que requiere la lectura de palabras bajo condición cronometrada en el TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DE STROOP (Golden, 1978).

Lo mismo se puede decir del resultado obtenido por M.A. en el TEST DE EJECUCIÓN CONTINUADA (Loong, 1988), una medida muy sensitiva a las disfunciones que pueda presentar en relación a su capacidad para sostener la atención, uno de los componentes importantes del síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Por otro lado, es importante notar que aún poseyendo un altísimo nivel de capacidad intelectual, específicamente relacionado con el razonamiento abstracto, M.A. tuvo dificultades en la ejecución del TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (Heaton y cols., 1993), una de las tareas más sensitivas al nivel de atención que requiere un cambio rápido y eficaz, es decir, romper la tendencia a la perseveración, de un estímulo a otro. Lo mismo se puede ver en la condición de administración de nombrar colores de Stroop.

En este sentido, el déficit de atención que presenta M.A. es extremadamente focalizado a los procesos de cambio de atención y muestra una tendencia hacia las respuestas perseverativas. Dentro de un programa de tratamiento neuroconductual para los trastornos específicos de la atención que han sido identificados en este paciente, se recomendó, en primer lugar, el uso de diversos módulos del Captain's Log Cognitive Training System.

Según los resultados obtenidos por M.A. se pudo determinar que este se beneficiaría del uso del Módulo de Atención del Captain's Log Cognitive Training System (Sanford, 1985), para estabilizar la respuesta de atención a las dimensiones relevantes de los estímulos visuales. Dentro del programa de rehabilitación neuroconductual recomendado para M.A. estuvo también el uso del Módulo de Coordinación Oculo-Motriz del Captain's Log Cognitive Training System. Se incluye este tipo de ejercicio para fomentar un mejor uso de los movimientos finos y como precursor a una ejecución más adecuada de la praxis visuo-constructiva.

El uso del Módulo de Desarrollo Conceptual del Captains Long Cognitive Training System (Sanford, 1985), puede



ser incluido en el programa de rehabilitación neurocognitiva de M.A. con miras a lograr un mejor uso de las habilidades de generalización subyacentes a los procesos de abstracción y formación de categorías abstractas.

Las habilidades relacionadas con el uso de conceptos cuantitativos, así como las de memoria están representadas en el Módulo Numérico y de Memoria del Captain's Log Cognitive Training System (Sanford, 1985), el cual debe ser incluido en el programa de rehabilitación neuroconductual diseñado para M.A. como resultado de la presente exploración neuropsicológica.

Dentro del programa de rehabilitación neurocognitiva formulado para M.A. se contempla también el uso del programa MENTAL MATH GAMES, desarrollado por el Instituto Waterford de Utah en 1993, por su valor para fomentar una respuesta de atención rápida y eficiente, comenzando por niveles de velocidad de respuesta y contenido aritmético asequibles inicialmente a M.A., aumentando paulatinamente el nivel de dificultad en ambas dimensiones a medida que le sea tolerable.

El programa de rehabilitación neurocognitiva diseñado para M.A. debe incluir el Protocolo para la Aplicación de Técnicas para la Rehabilitación de la Integración Auditivo Visual (Rhythm), a partir del programa de rehabilitación cognitiva Cognitive Prescription (Rainwater, 1986). Este tipo de ejercicio se recomendó con miras al desarrollo de las capacidades de atención y rehabilitación de las zonas terciarias de integración intersensorial.

Por último se recomendó que M.A. participase en el programa Stabilized Learning System (Lyman, 1986) con miras a que desarrollase un mejor control motor, así como una mejor capacidad para romper las fuertes tendencias perseverativas de su conducta.

El segundo caso que presentamos es el de AO, un niño de 11 años de edad quien vino a la consulta acompañado por sus padres. Estos indican que AO es un niño hiperactivo, lo describen muy nervioso, e indican que confunde algunas letras y que su articulación es pobre. Los padres comentan también que la conducta de AO en clase es buena, pero con las personas cercanas a él puede ser agresivo y siempre trata de conseguir lo que quiere mediante el llanto y otras conductas inapropiadas.

A continuación se presenta el informe de la evaluación neuropsicológica llevada a cabo con AO en nuestra filial de Galicia, el Instituto Neuroconductual del Hospital Cengas, por la Lic. Cristina Morandeira. Los datos obtenidos en Galicia fueron procesados y analizados en nuestro Centro de Diagnóstico de Coral Gables, Florida, Estados Unidos, donde radica nuestro banco de datos.

Se le administró también a AO una batería de pruebas y procedimientos neuropsicológicos configurada en términos de un enfoque ecléctico de evaluación de procesos y funciones corticales superiores. A continuación presentamos la descripción de cada uno de los procedimientos utilizados, así como los resultados obtenidos y su debida explicación. Los resultados son presentados en una escala de Rangos de Severidad del 0 a 14, donde el 4 representa el valor más severo de impedimento.

EL TEST DE EJECUCIÓN CONTINUADA (Loong, 1988) le fue administrado a AO como parte de esta evaluación neuropsicológica. Este instrumento valora los procesos de atención sostenida, basado en el paradigma de detección de señales y es sumamente sensitivo a los procesos intermedios de la atención, es decir, entre la capacidad de enfocar y ejecutar y la capacidad de romper las perseveraciones, está este proceso de atención sostenida sin retroalimentación durante la ejecución de la tarea. Se toman en cuenta, tanto los resultados en términos de respuestas correctas, como las incorrectas.

Según los resultados obtenidos por AO en el TEST DE EJECUCIÓN CONTINUADA, la proporción entre respuestas correctas e incorrectas cae fuera de lo que se puede esperar para una población sin trastornos en los procesos de la atención sostenida. Es decir, los resultados obtenidos apoyan la consideración de que existe un déficit específico en este componente intermedio de los procesos de atención.

EL TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL-2 (Brown y cols, 1990), fue administrado a AO para una valoración global de las funciones intelectuales y de integridad de los hemisferios cerebrales sin la presencia de su capacidad



verbal. Este test nos permite obtener un coeficiente que posee relación con el funcionamiento del pensamiento abstracto y puede servir como indicador global del nivel adaptativo disponible a AO.

El coeficiente intelectual de 84 alcanzado por AO en el TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL-2 se sitúa dentro de un Rango de Severidad de 2 en una escala de valores de 0 a 4. Estos resultados están ubicados por debajo del valor promedio normal para esta prueba y constituyen un indicador de presencia de trastorno o impedimento leve en los procesos de razonamiento abstracto.

La facilidad de acceso a categorías lingüísticas mediadas por las porciones dorsolaterales del lóbulo frontal izquierdo fue valorada por el TEST DE FLUIDEZ VERBAL del Examen Multilingüe de la Afasia (Benton y Hamsher, 1989). Este procedimiento se lleva a cabo por medio de la asociación oral de palabras controladas por fonemas específicos (FAS).

La cantidad de palabras producidas por AO fue utilizada para obtener una puntuación, la cual fue valorada en relación a una muestra normativa apropiada. Esta se ubica dentro de un Rango de Severidad de 3 en una escala de 0 a 4, en la cual a mayor el rango, mayor el nivel de impedimento. Estos resultados denotan un nivel de impedimento moderado en las funciones de lenguaje expresivo valoradas por este procedimiento.

EL TEST DEL DIBUJO DE UNA FIGURA COMPLEJA (Rey, 1959) le fue administrado a AO bajo las condiciones de copia y memoria dilatada, como medida de los procesos de atención visual y praxis visuo-constructiva, así como de memoria visual e integración de un conjunto de estímulos visuales presentados simultáneamente. Este procedimiento es especialmente sensible a las perturbaciones de los procesos de percepción simultánea e integración visuo-motora mediadas por las regiones fronto-parietales del hemisferio derecho.

El puntaje obtenido por AO en la copia de la figura compleja corresponde a un Rango de Severidad de 4 en una escala de 0 a 4. Estos resultados representan un funcionamiento sumamente inadecuado frente a esta tarea y los mismos son probables de ser presentados por pacientes con afectaciones severas de las regiones fronto-parietales del hemisferio derecho.

Por otro lado, el puntaje de memoria obtenido por AO en este instrumento es característico de un Rango de Severidad de 4 en una escala de 0 a 4. A partir de estos resultados, la ejecución de AO en este procedimiento revela la presencia de impedimento severo en las funciones de la memoria visual características del hemisferio derecho.

EL TEST DE TRAZADOS de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993), fue utilizado en esta valoración con el fin de diferenciar la presencia de alteraciones en el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho. Este instrumento refleja la integridad de las habilidades de organización visuo-perceptiva asociadas con el funcionamiento del hemisferio derecho (Parte A). También refleja las funciones de organización y ejecución de secuencia asociadas con el hemisferio izquierdo (Parte B).

El tiempo que le tomó a AO completar la Parte A de este procedimiento, se puede traducir a un Rango de Severidad de 2 en una escala de 0 a 4. Estos resultados señalan la presencia de déficits leves relacionados con los procesos de organización visuo-perceptiva y ejecución visuo-motora:

El tiempo que le tomó a AO completar la Parte B de este procedimiento cae dentro de un Rango de Severidad de 4 en una escala de 0 a 4. Estos resultados indican la presencia de un impedimento severo en la capacidad para responder con rapidez a una tarea visual y poder construir una secuencia en base a alternar números y letras. Se espera que esta tarea la ejecuten pobremente pacientes con disfunciones del hemisferio cerebral izquierdo.

La exploración neuropsicológica de AO incluyó también el TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Spreen y Strauss, 1991). Dicho instrumento requiere la repetición de memoria de una lista de 15 palabras presentadas en cinco ensayos consecutivos. Su propósito fue la de establecer la curva de aprendizaje de AO partiendo de una línea base, con ensayos repetidos, los cuales incluyen cada vez la totalidad del material a ser aprendido. Los procesos valorados por este instrumento reflejan la integridad de los circuitos de memoria ubicados en el lóbulo temporal izquierdo.



El número de palabras recordado inicialmente por AO a partir de la lista de las palabras presentadas, corresponde a un Rango de Severidad de 3 en una escala de 0 a 4. Se estima, a partir de estos resultados, que AO es capaz de retener suficientes palabras como para identificar la presencia de síntomas de una disfasia acúsico-amnésica moderada.

Después de cinco presentaciones de la lista de palabras del TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Spreen y Strauss, 1991), el número de palabras que fue capaz de recordar cae dentro de un Rango de Severidad de 1 en una escala de 0 a 4. Así, la curva de aprendizaje de AO refleja la ausencia de impedimento en las funciones de memoria verbal condicionada por el aprendizaje.

Unos treinta minutos después del quinto ensayo, se le pidió a AO que repitiese la lista una vez más. El número de palabras repetidas correctamente bajo esta condición cae dentro de los puntajes equivalentes a 3 en una escala de Rangos de Severidad que va de 0 a 4. A partir de estos resultados se puede determinar que AO presenta un impedimento moderado en la consolidación de la memoria auditivo-verbal a largo plazo. Una vez más, dentro de los parámetros de evaluación del TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Spreen y Strauss, 1991).

La dominancia ocular de AO fue evaluada por medio del TEST ABC DE VISIÓN (Miles, 1976). En este procedimiento, se utiliza la supresión de la visión del ojo no-dominante en una tarea de visión binocular para determinar el predominio de un ojo sobre el otro. La ejecución típica de esta tarea realizada por AO reveló la presencia de dominancia ocular diestra.

La evaluación de las regiones anteriores a las zonas de ejecución motora de los lóbulos frontales fue llevada a cabo por medio del TEST DE CLAVIJAS (Spreen y Strauss, 1991). Este procedimiento valora la destreza óculo-motora y la praxis, y puede ser utilizado también para determinar la dominancia manual.

El tiempo que le tomó a AO realizar esta tarea con la mano dominante fue traducido a un puntaje correspondiente a un Rango de Severidad de 4, en una escala de 0 a 4. Estos resultados indican la presencia de impedimento severo en las funciones valoradas por este instrumento.

De igual modo, la ejecución de esta tarea con la mano no-dominante llevada a cabo por AO cae dentro de un Rango de Severidad de 4, en una escala de 0 a 4, e indica que las funciones valoradas por este instrumento muestran la presencia de un déficit o impedimento severo.

Los resultados obtenidos por AO en esta evaluación neuropsicológica, fueron resumidos en un Índice Promedio de Impedimento. Este valor representa el promedio de los Rangos de Severidad obtenidos por AO un número determinado de los instrumentos utilizados en la evaluación.

Al analizar la capacidad de funcionamiento neuropsicológico de AO, hemos observado la presencia de un deterioro promedio severo en las actividades cerebrales superiores estudiadas. Por lo tanto, como resultado de lo anterior, la mayoría de las valoraciones obtenidas por AO en las pruebas aplicadas oscilan por debajo de los límites normales. A continuación presentamos un listado de los hallazgos más relevantes de esta exploración neuropsicológica.

La revisión del patrón de déficits obtenidos por AO en las pruebas administradas, indica la presencia de un impedimento severo en los procesos de atención visual. A tal efecto, se estima que AO presenta dificultades notables en prestar atención a las dimensiones relevantes de los estímulos visuales para su adaptación adecuada a las demandas de las tareas a resolver.

La fijación a corto plazo de material auditivo-verbal presenta gran dificultad para AO. Por lo que presumimos que en AO hay un déficit significativo para el aprendizaje de la información auditivo-verbal al indicársele, específicamente, la memorización del material auditivo-verbal para ser evocado inmediatamente.

En AO se observa una significativa dificultad para retener material visualizado media hora antes. Por lo que consideramos que presenta un evidente deterioro en la memoria visual a largo plazo, el cual puede ser calificado de severo, al intentar recordar infructuosamente determinadas formas visuales, lo que se le pidió después de treinta minutos



de actividades en otras tareas incluidas en la batería de pruebas administradas.

Un análisis adicional de la ejecución de AO en las tareas psicomotrices revela la presencia de dificultades severas en la ejecución de tareas que requieren la coordinación óculo-motriz y la praxis visuo-constructiva.

Los resultados obtenidos por AO en la presente exploración neuropsicológica apuntan hacia el conjunto de síntomas y hallazgos que denotan la presencia de un déficit de atención e hiperactividad. A continuación presentamos el programa de rehabilitación neuroconductual que se recomienda para lograr ayuda a AO a vencer sus déficits de atención.

AO se beneficiaría del uso del Módulo de Atención del Captain's Log Cognitive Training System (Sanford, 1985) para estabilizar la respuesta de atención a las dimensiones relevantes de los estímulos visuales. Una de las metas establecidas dentro del programa de rehabilitación neurocognitiva establecido para AO está el fomentar el mejor uso de los movimientos finos. A tal efecto, se recomienda incluir en el mismo el Módulo de Coordinación de Visuo-Motriz del Captain's Log Cognitive Training System, así como precursor a una ejecución más adecuada de la praxis visuo-constructiva.

El uso del Módulo de Desarrollo Conceptual del Captain's Log Cognitive Training System (Sanford, 1985), puede ser incluido en el programa de rehabilitación neurocognitiva de AO con miras a lograr un mejor uso de las habilidades de generalización subyacentes a los procesos de abstracción y formación de categorías abstractas. Las destrezas necesarias para el uso eficiente de conceptos cuantitativos, así como las de memoria están representadas en el Módulo Numérico y de Memoria del Captain's Log Cognitive Training System. Se recomienda incluir el mismo en el programa de rehabilitación neurocognitiva diseñado para AO, como resultado de la presente valoración neuropsicológica.

Dentro del programa de rehabilitación neurocognitiva formulado para AO se contempla también el uso del programa Mental Math Games, desarrollado por el Instituto Waterford de Utah, por su valor para fomentar una respuesta de atención rápida y eficiente, comenzando por niveles de velocidad de respuesta y contenido aritmético asequibles inicialmente a AO, aumentando paulatinamente el nivel de dificultad en ambas dimensiones a medida que le sea tolerable.

De nuevo, se recomendó en este caso el uso del Stabilized Learning System (Lyman, 1986) con miras a que AO pudiese integrar sus actos motores de forma más eficiente y enfocar su atención sobre estímulos relevantes de su entorno. Por otro lado, el STABILIZED LEARNING SYSTEM se incluyó en las recomendaciones para AO por sus probados resultados en aumentar el nivel de rendimiento en los procesos del lenguaje, tal y como están relacionados con la lectura.

El tercer y último caso que presentamos en este trabajo es el de AM, un joven de 14 años, quien había sido visto inicialmente en nuestra filial de Santo Domingo, en el Instituto Neuroconductual de Santo Domingo. En aquel momento se consideró que debía ser tratado por su problema de estrés y posteriormente el del aprendizaje. De acuerdo con los reportes recibidos, AM había tenido avances en cuanto al manejo del estrés.

Posteriormente se había llevado a cabo una exploración neuropsicológica de AM, en el Instituto Neuroconductual de Santo Domingo, bajo la supervisión del Dr. Rafael García Álvarez. En aquella oportunidad, los resultados obtenidos fueron resumidos en un Índice Promedio de Impedimento de 2, representando el promedio de los Rangos de Severidad obtenidos por AM en los instrumentos utilizados en la evaluación. Por último, AM fue sometido a la siguiente re-evaluación, cuyos resultados describimos a continuación.

Se le administró también a AM una batería de pruebas y procedimientos neuropsicológicos configurada en términos de un enfoque ecléctico de evaluación de procesos y funciones corticales superiores. A continuación presentamos la descripción de cada uno de los procedimientos utilizados, así como los resultados obtenidos y su debida explicación.

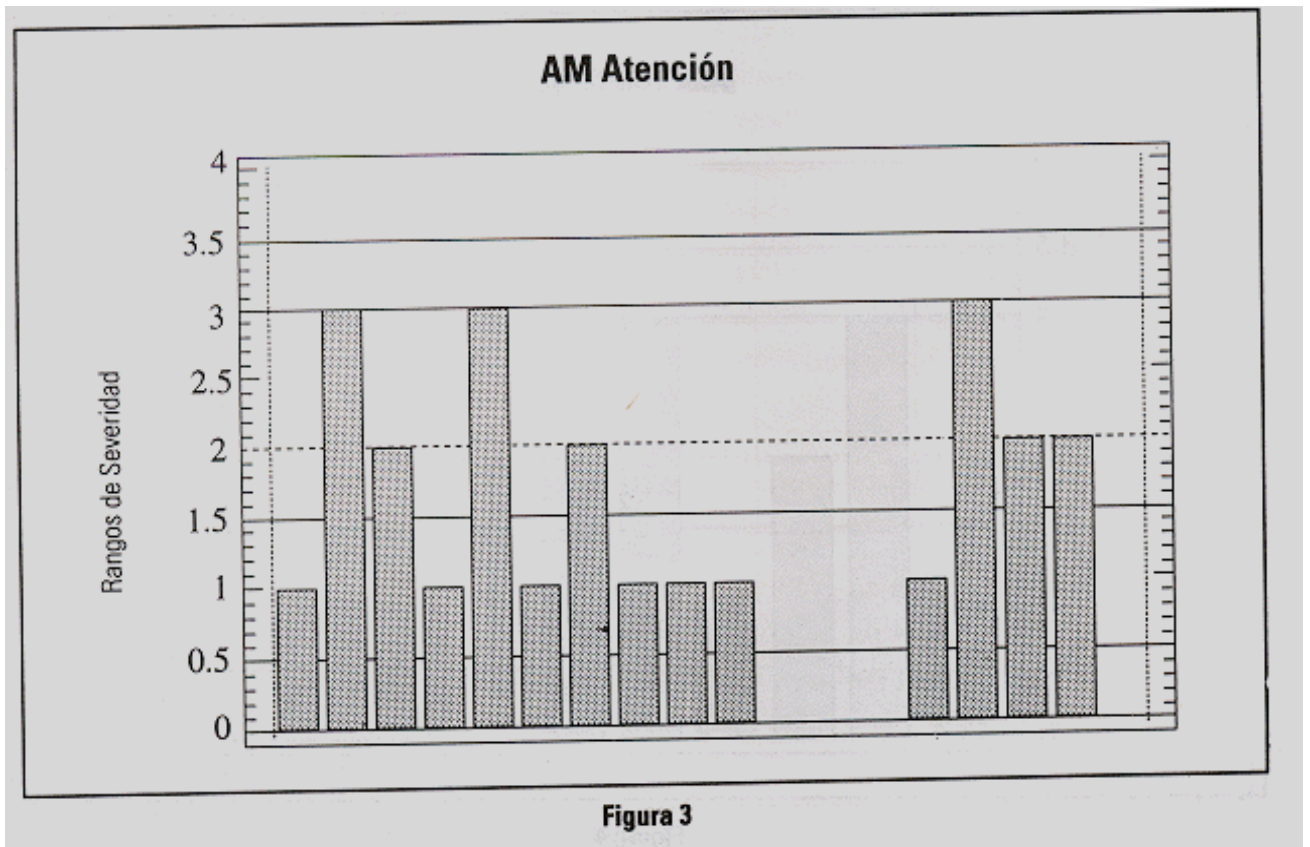
EL TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (Heaton y cols., 1993), le fue administrado a AM para lograr una medición de la integridad de las funciones cerebrales superiores relacionadas con el pensamiento lógico y el razonamiento, así como del funcionamiento general de los hemisferios cerebrales. Este test requiere del paciente la formulación de estrategias para la solución de problemas sobre la base de una información suministrada por



el Examinador y discriminar entre categorías de color, forma y número.

La cantidad de categorías alcanzadas por AM indican que no presenta deterioro de las funciones cerebrales superiores y las mismas poseen una correspondencia con aquellas obtenidas en pacientes controles con hemisferios cerebrales no disfuncionales.

La capacidad para encontrar la palabra adecuada frente a estímulos abstractos, tales como colores, fue evaluada en la exploración neuropsicológica llevada a cabo con AM por medio del TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DE STROOP (Golden, 1978). Esta tarea requiere el uso de la reauditorización, así como la asociación vocal-motora rápida, dentro de la función nominativa del lenguaje.



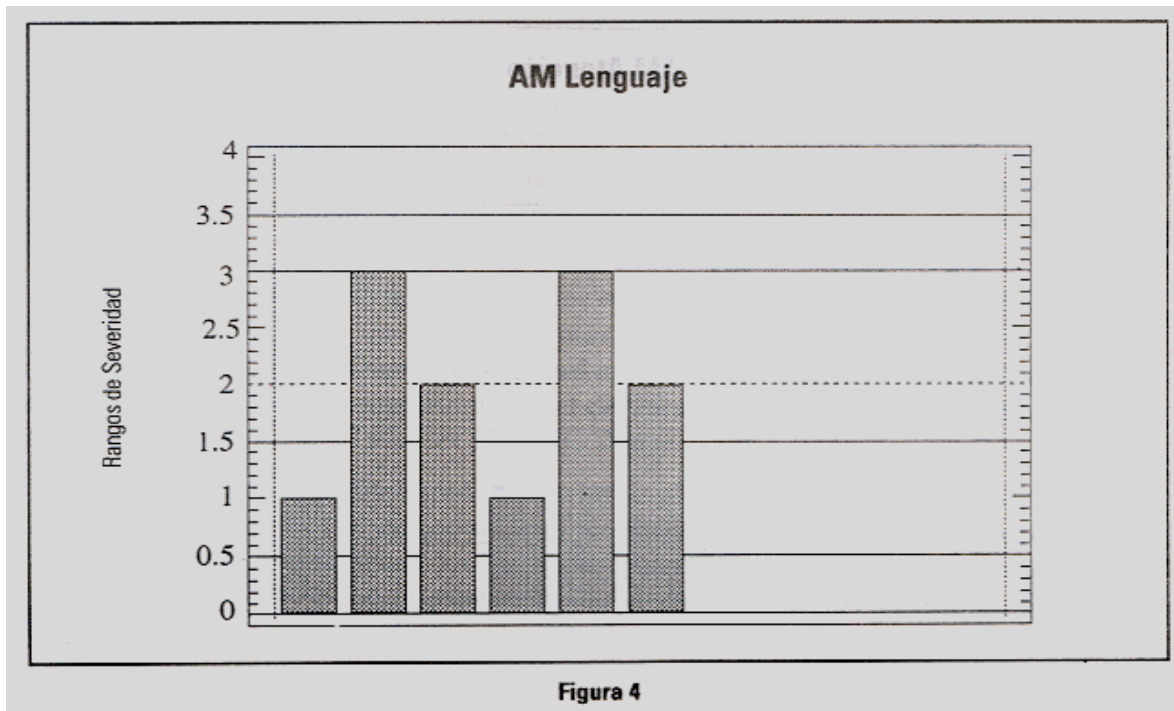
El puntaje obtenido por AM bajo la condición de nombrar palabras en el TEST DE NOMBRAR COLORES Y PALABRAS DE STROOP, corresponde a un Rango de Severidad de 3, en una escala de 0 a 4. Estos resultados se encuentran muy por debajo del promedio del grupo normativo de referencia de AM en términos de edad y sexo.

Por otro lado, el puntaje obtenido por AM en este instrumento bajo la condición de administración en la que se le pidió que nombrase colores, se ubica dentro de un Rango de Severidad de 3, lo cual indica una ejecución bastante inferior al promedio y se espera en pacientes que sufren de trastornos moderados de la función nominativa del lenguaje.

Se utilizó el TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY (Spreen y Strauss, 1991), para establecer una curva de aprendizaje auditivo-verbal para AM. Este procedimiento se relaciona muy bien con los procesos de consolidación de memoria inmediata y aprendizaje, por medio de ensayos repetidos representativos del funcionamiento de las porciones internas del lóbulo temporal izquierdo.



El número de palabras recordado inicialmente por AM a partir de la lista de 15 palabras presentadas, corresponde a un Rango de Severidad de 0, en una escala de 0 a 4. Se estima, a partir de estos resultados, que AM es capaz de retener suficientes palabras como para desestimar la presencia de síntomas de una disfasia acúsico-amnésica.



Después de cinco presentaciones de la lista de palabras del **TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY**, el número de palabras que AM fue capaz de recordar, cae dentro de un Rango de Severidad de 0 en una escala de 0 a 4. Así, la curva de aprendizaje de AM refleja la ausencia de impedimento de las funciones de memoria verbal condicionadas por el aprendizaje.

Unos treinta (30) minutos después de la repetición de la quinta presentación de la lista de 15 palabras, se le pidió a AM que recordara cuanto pudiese de la misma. El número de palabras recordado por AM corresponde a un Rango de Severidad de 3 en una escala de 0 a 4, en la cual a mayor el rango, peor la calidad de la ejecución. Así AM demostró la presencia de dificultades moderadas en la consolidación de la memoria auditivo-verbal a mediano plazo, tal y como se evalúa en este procedimiento.

Se llevó a cabo con AM el **EXAMEN DE DOMINIO LATERAL** de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993). Este procedimiento incluye una serie de tareas diseñadas para establecer tanto la preferencia de mano, ojo y pie. La preferencia manual se determina por medio de la ejecución de varias tareas, las cuales incluyen la observación de la frecuencia de utilización de la mano correspondiente. La velocidad en la escritura con cada mano y la fuerza manual se utilizan para determinar la dominancia manual.

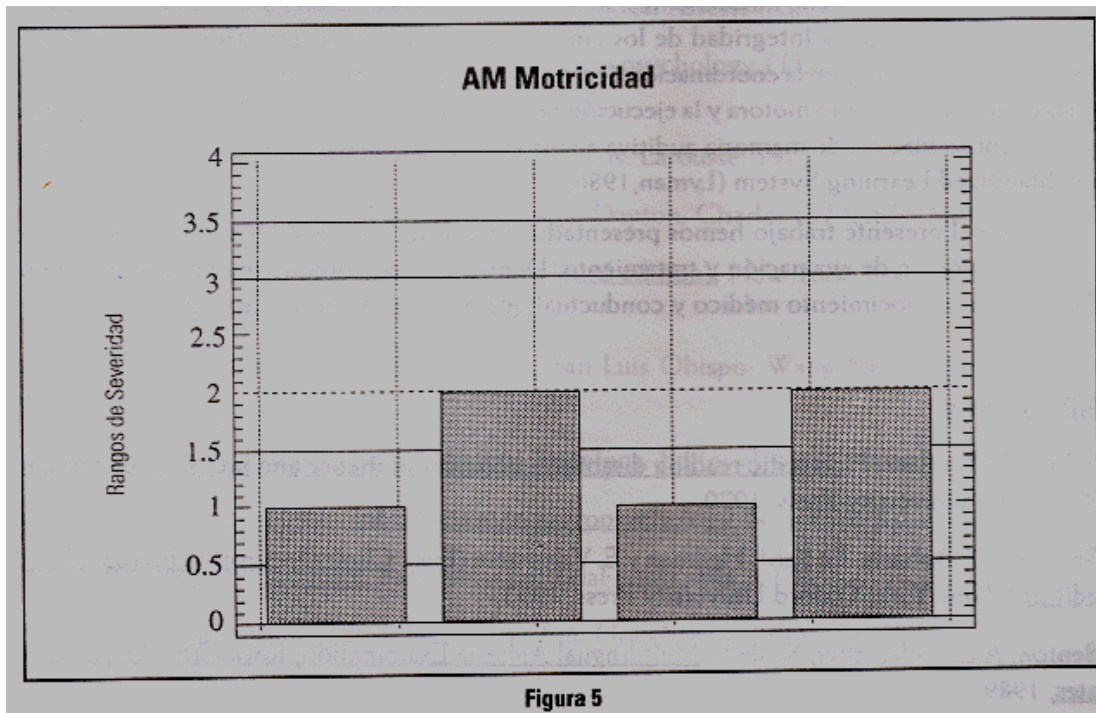


Figura 5

La observación del uso preferencial de un ojo u el otro para apuntar y el ABC- V Scope se usan para determinar la preferencia y dominancia ocular respectivamente.

Según este procedimiento, AM presenta preferencia manual mixta, preferencia ocular izquierda, así como dominancia manual izquierda y dominancia ocular izquierda.

La evaluación de las regiones anteriores a las zonas de ejecución motora de los lóbulos frontales fue llevada a cabo por medio del TEST DE CLAVIJAS (Spreen y Strauss, 1991). Este procedimiento valora la destreza óculo-motora y la praxis, y puede ser utilizado también para determinar la dominancia manual.

El tiempo que le tomó a AM realizar esta tarea con la mano dominante fue traducido a un puntaje correspondiente a un Rango de Severidad de 3, en una escala de 0 a 4. Estos resultados indican la presencia de impedimento moderado en las funciones valoradas por este instrumento.

Así mismo, la ejecución con la mano no-dominante le tomó a AM un tiempo equivalente a un Rango de Severidad de 2, en una escala de 0 a 4. Estos resultados representan la presencia de disfunción leve en los procesos de organización motora y coordinación óculo-motora valoradas por este instrumento.

Los resultados obtenidos por AM en esta re-evaluación neuropsicológica indican que ha sido superado el deterioro presentado en las funciones de pensamiento lógico y razonamiento que había sido identificado inicialmente. No ocurrió así con la función nominativa del lenguaje, es decir, el reflejo de la integridad de los circuitos de conexión pósterofrontales dentro del hemisferio izquierdo y en la coordinación óculo-motriz. Por lo tanto, para reducir las dificultades en la coordinación óculo motora y la ejecución de tareas que requieren praxis visuo-constructiva y en la consolidación de memoria auditiva a largo plazo, recomendamos continuar con el uso del Stabilized Learning System (Lyman, 1986).

En el presente trabajo hemos presentado algunos de los elementos claves del modelo neuropsicológico de evaluación y tratamiento. Dentro de este enfoque se hace resaltar el enlace entre el conocimiento médico y conductual que permite la neuropsicología.



Bibliografía

- Bakker, D.J. y Satz, P. Specific reading disability. advances in theory and method. Rotterdam: Rotterdam University Press, 1970.
- Benson, DF. Aphasia. En K.M. Heilman y E. Valenstein (Eds). Clinical neuropsychology (Third edition), New York: Oxford University Press, 1993.
- Benton, AL. y Hamsher, K. de S. Multilingual Aphasia Examination. Iowa City: AJA. Associates, 1989.
- Benton, AL. y Pearl, D. Dyslexia. An appraisal of current knowledge. New York: Oxford University Press, 1978.
- Benton, AL. Revised Visual Retention Test (4th Ed), New York: The Psychological Corporation, 1974 (Distribuido en castellano por TEA Ediciones, Madrid).
- Brown, L., Sheberneu, RJ. y Johnsen, S.K. Test of Non-Verbal intelligence (2nd. Ed.) Austin: Pro-Ed, 1990.
- Conners, K.C. Conner's Continuous Performance Test. Toronto: Multi-Health Systems, 1995.
- Galaburda, AM. Dyslexia and development. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.
- Ceschwind, N. Disconnection syndromes in animals and man *Brain* 1965, 88, 237 Y 585.
- Cold, C.J. Stroop Color and Word Test: a manual for clinical and experimental uses. Chicago: Stoelting Company, 1978 (Distribuido en castellano por TEA Ediciones).
- Goodglass, H. y Kaplan, E. La Evaluación de las afasias y de trastornos relacionados (Segunda edición), Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1986.
- Heaton, RK.; Chelune, C.J.; Talley, J.L.; Kay, C.C. y Curtis, C. Wisconsin Card Sortin Test manual: revised and expanded. Odessa, EL: Psychological Assessment Resources, 1993.
- Heilman, K.M. y Valenstein, E. (Eds.) Clinical neuropsychology (Third edition), New York: Oxford University Press, 1993.
- Hécaen, H. Introduction a la neuropsychology. Paris: Larousse, 1972.
- Kephart, N. C. The slow learner in the classroom. Dayton: Charles E. Merrill, 1960.
- Lezak, M.C. Neuropsychological assessment (Third edition), New York: Oxford University Press, 1995.
- Loong, J. The Continuous Performance Test. San Luis Obispo: Wang Neuropsychological Laboratory, 1988.
- Luria, AR Fundamentos de Neurolingüística, Barcelona: Editorial Toray Masson, 1980.
- Luria, AR The working brain: introduction to neuropsychology. New York: Basic Books, 1973. Luria, AR Cerebro y Lenguaje, Barcelona: Editorial Fontanella, 1978.
- Lyman, D.E. Making the words stand still. Boston: Houghton Mifflin, 1986.
- Menyuk, P Linguistic problems in children with developmental dysphasia. En M.A Wyke (Ed.) Developmental dysphasia, New York: Academic Press, 1978.
- Miles, W.R. Test de Visión ABC. Madrid: TEA Ediciones, 1976.
- Mirsky, AF. Analysis of the elements of attention: a neuropsychological approach. Neuropsychology Review, 1991, 2, 2,109-145.
- Mirsky, AF. Behavioral and psychological markers of disordered attention. Environmental Health Perspectives, 1987, 74,191-199.
- Njiokiktjien, C Neurological arguments for a joint developmental dysphasia-dyslexia syndrome. En AM. Galaburda (Ed.) Dyslexia and development, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.
- Pennington, B.F. Diagnosing learning disorders. New York: Guilford Press, 1991.
- Rainwater, C.D. Cognitive Prescription, Indian Harbour Beach, Fl: Psychometric Software, 1986.
- Reitan, R.M. y Wolfson, D. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation



(Second edition), Tucson, AZ: Neuropsychology Press, 1993.

Reitan, R.M. y Davison, LA Clinical neuropsychology: current status and applications. Washington, D.C Hemisphere Press, 1974.

Rey, A. Test de Copie et de Reproduction de Memories de Figures Ceometriques Complexes, Paris: Centre de Psychologie Apliquée, 1959 (Distribuido en castellano por TEA, Ediciones, Madrid).

Sperry, R.W. Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness. American Psychologist, 1968, 23, 723-733.

Sanford, J A. The Captain's Log Cognitive Training System, Richmond: Network Services, 1985.

Satz, P, Taylor, H.C, Friel, J. y Fletcher, J. Some developmental and predictive precursors of reading disabilities: a six year follow-up. En AL Benton y D. Pearl (Eds.) Dyslexia. An appraisal of current knowledge. New York: Oxford University Press, 1978.

Smith, A. Symbol Digit Modalities Test, Los Angeles: Western Psychological Services, 1982.

Spreen, O., Risser, AH. y Edge11, D. Developmental neuropsychology, New York: Oxford University Press, 1995.

Spreen, O. y Strauss, E. A compendium of neuropsychological tests: administrations norm and commentary, New York: Oxford University Press, 1991.

Springer, S.P. y Deutsch, G. Left brain right brain (Fourth edition), New York: WH. Freedman, 1993.

Tallal, P., Stark, R. E y Mellits, ED. Identification of language-impaired children on the basis of rapid perception and production skills. Brain and Language, 1985, 25, 314-322.

Walsh, K.W. Understanding brain damage, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985. Wyke, M.A Developmental dysphasia, New York: Academic Press, 1978.



PSICOLOGÍA, ORIENTACIÓN Y PSIQUIATRÍA

El Equipo de Salud Mental en la República Dominicana

Dr. José Ángel Saviñón Tirado
Médico-Psiquiatra

"La psicología no construye navíos en fábricas, pero orienta a los hombres que los fabrican" (Le Bon).

Antes de entrar directamente en el tema que vamos a exponer, vamos a enfocar algunas consideraciones generales sobre el equipo de salud mental.

Si hay un país que se ha caracterizado por haber dado una gran importancia a esta área podemos decir que son los Estados Unidos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, 100,000 de los 250,000 psicólogos clínicos registrados a nivel mundial ejercen en este país (1), su clasificación psiquiátrica, el DSM-IV, es la más aceptada a nivel mundial; sus hospitales poseen uno de los más altos porcentajes de interconsultas con el equipo de salud mental; concentran la mayor parte de las investigaciones que se realizan a nivel mundial y poseen el más alto desarrollo de los grupos de autoayuda, proporcionando un personal adicional de utilidad en nuestra área.

Pues bien, en este país y según el tratado de Psiquiatría más consultado a nivel mundial (Kaplan-Sadock) (2), apenas el 25% de las depresiones reciben tratamiento adecuado. Seguido nos viene la pregunta: ¿Qué porcentaje de las depresiones reciben tratamiento adecuado en nuestro país? Preferimos dejar esta pregunta sin respuesta.

Un estudio realizado por Charles Nemeroff en el Emory Hospital, de Atlanta, hecho con pacientes que se encontraban en la sala de espera de médicos no psiquiatras, arroja que un 15% de estos pacientes presentaban algún tipo de trastorno por ansiedad y un 14% cumplían criterios del DSM-III R, de alguna alteración del estado de ánimo (3). Si tomamos en cuenta que el paciente americano es un paciente que maneja más información y que conoce mejor que el nuestro hacia donde dirigirse, podemos especular que en nuestro país, si se hiciera un estudio similar, daría cifras más altas.

Según investigaciones realizadas por la OMS el desarrollo de la psicología a nivel mundial ha sido muy desigual. Los países económicamente desarrollados (Estados Unidos, Europa Occidental, Israel, Japón y Australia) registran grandes avances en este campo. Hace unos años, en la época del socialismo, estos también tenían un desarrollo muy desigual, mientras la URSS tenía menos de 1,000 psicólogos clínicos, China Continental apenas 2,000, Checoslovaquia, Hungría, Alemania del Este y Yugoslavia presentaban un mayor desarrollo de la psicología. Cuba es una excepción: en este país los psicólogos pueden decir con orgullo que han alcanzado un papel primario en el equipo de salud mental (1).

En América Latina la práctica de la psicología sólo es protegida en Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela.

Haciendo una breve historia de la conformación de los equipos de salud en la República Dominicana, podemos decir que la psiquiatría nace en nuestro país con la llegada, después de la Guerra Civil Española, de Psiquiatras exiliados del bando republicano, algunos de los cuales no sólo ejercieron en nuestro país, sino que motivaron a jóvenes médicos dominicanos de la época a salir al extranjero y volver al país graduados de Psiquiatras. Esto ocurre en la década 1940-1950 (4).

Por su lado, y a pesar de intentos previos, es hace 30 años y con la formación de los Departamentos de Psicología



de la UNPHU y la UASD, que podemos decir que nace la psicología clínica como ciencia en nuestro país.

Quizás la época más conflictiva en las relaciones psicólogo-psiquiatra se presenta pocos años después, a mediados de la década de los 70. Las confrontaciones alcanzaron su más alta expresión en este período; algunos psiquiatras con concepciones muy biológicas no veían la psicología como una profesión y manifestaban incluso de manera pública un papel secundario del psicólogo en los equipos de salud o una descalificación del psicólogo como tal. Por otro lado, psicólogos conductistas muy radicales formados sobre todo en la escuela de psicología de la UASD, se planteaban concepciones tales como, que la psiquiatría era un accidente histórico, que estaba destinada a desaparecer, además de que el nombre de psicólogo clínico debería ser cambiado por el de ingeniero de conducta, etc.

Quiero aclarar en honor a la verdad histórica y como profesor en esa época de la Escuela de Psicología de la UASD que estas contradicciones se manejaron la mayoría de las veces con altura y dentro del plano académico. Posteriormente, con la inclusión de profesores con otras concepciones, esta escuela alcanza un mayor equilibrio.

Soy de los que piensa que el eclecticismo en psicología es una tendencia irreversible. Mis primeras participaciones en equipos de salud fueron a nivel de consulta privada. A nivel público con el magnífico equipo que formó el Lic. José Cruz en Casa Abierta, (1975), un proyecto digno de mejor suerte por lo que hubiera significado para el país.

Otro hecho que debe reseñarse es la llegada en 1978 del Lic. José Cruz a dirigir el Departamento de Salud Mental, de la Secretaría de Salud Pública. En esa época fueron creados departamentos de psicología en muchos hospitales (4). En el Hospital Psiquiátrico Padre Billini se nombró un selecto grupo de psicólogos bajo la dirección del Lic. Jaime Rijo que se integró a los equipos psiquiátricos que allí trabajábamos y creo que fue la época de oro de la psicología en nuestro hospital.

Aunque no en todos los hospitales donde hay psicólogos y psiquiatras se trabaja con criterios de equipo, las contradicciones del pasado están muy superadas, fruto de una mayor madurez de ambas profesiones. El hablar un lenguaje común (DSM-III y DSM-IV) es algo que también ha facilitado este entendimiento. También hay mucho de honestidad personal, de saber hasta donde podemos llegar con un paciente y saber referir si hay alguien que puede obtener mayores resultados que nosotros con el uso de terapias que no están incluidas en nuestra formación.

Los aumentos de las tasas de divorcio, abuso de niños, delincuencia y enfermedades mentales en los centros urbanos, están requiriendo más los servicios de los psicólogos que en el pasado. Igual, otros problemas como la dependencia química y el SIDA, sólo por mencionar unos más. Muchos problemas se controlarían en las escuelas o en las empresas si se pusieran en práctica los conocimientos de psicólogos y psiquiatras en esas áreas (1). Colaborar con los programas de auto ayuda que se encuentran en pañales en nuestro medio es un deber para todos nosotros.

Creo, para finalizar que en nuestro país se hizo realidad la frase de Freud cuando dijo "dejad a los biólogos llegar tan lejos como ellos puedan y déjenos a nosotros llegar tan lejos como podamos, al final nos encontraremos".

Referencias Bibliográficas

1. Holtzman, Ivams; Kennedy, Iscoe. *Psicología y Salud: Contribuciones de la Psicología al Mejoramiento de la Salud y de la Atención de la Salud*. Boletín de OPS. Volumen 105, No. 3, 1988.
2. Kaplan H.; Sadock, J. *Compendio de Psiquiatría*, 2da. Edición. Savat Editores, S.A. Pág. 249, Barcelona, 1987.
3. Nemeroff, Charles. *Alternativas en el Tratamiento de la Depresión* (Testimonio de notas de cátedra), San Juan, Puerto Rico, Dic., 1992.
4. Sánchez Martínez, Fernando. *Psicología del Pueblo Dominicano*. Pág. 112, 141, 145. Colección Salud y Sociedad No. 27, Editora UASD, RD., 1997.



ALTERNATIVAS PSICOLÓGICAS ACTUALES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA

Aprender es Vivir: Validación de un Currículum de Educación Popular para la Prevención del Sida en Adolescentes y Jóvenes

*De Moya, E. Antonio; Ureña, D; Abel, A; Castellanos, C.
Instituto de Sexualidad Humana (ISH),
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).*

Introducción

Un estudio realizado en 1994-1995 por el equipo de investigación del Instituto de Sexualidad Humana como parte de un estudio etnográfico de cinco países para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en comunidades de menor y mayor impacto de SIDA en Santo Domingo, encontró que sus habitantes manifestaban claramente la necesidad de implementar un Programa Nacional de ETS/SIDA (PNS), más a tono con la magnitud creciente de una epidemia que discurre como un mal escondido en nuestro país. Los líderes comunitarios, familias ocupacionales de la industria del sexo, y familias afectadas o no por el VIH en estas comunidades, querían un PNS más creativo, continuo, comprometido, cara a cara y casa por casa, que trascendiera la cuestionable, y tal vez poco responsable, influencia exclusiva de la televisión y la radio para prescribir los cambios necesarios en los comportamientos de riesgo de la población vulnerable.

Querían, en fin, un programa elaborado, validado y conducido por ellos mismos, por sus organizaciones de base comunitaria, que llegara al corazón de todos/as los dominicanos/as en sus propios hogares y lugares de encuentro.

Un análisis de los materiales educativos sobre SIDA elaborados en el país durante últimos doce años, llevó a nuestro equipo a descubrir que éstos eran bastantes redundantes y reiterativos en sus mensajes, a pesar de su aparente multiplicidad y de intentar hacer la segmentación para grupos específicos de población. Más aún, la temática resultaba sumamente restringida, limitándose en el mejor de los casos, a buscar cambios de conducta entre el agente (VIH) y el huésped (persona) como forma de reducir el riesgo de infección, haciendo poco énfasis en los aspectos relacionados con la promoción de una nueva cultura de la sexualidad basada en una acción e interacción social que pudiese competir favorablemente con el riesgo de infección. De esta primera fase, concluimos que existía en nuestro país, y probablemente más allá de nuestras fronteras, la necesidad de forjar nuevas armas para combatir al VIH/SIDA, no desde el aire a través de las hondas hertzianas, ni siquiera desde la superficie de la información y “educación”, muchas veces unilateral y paternalista, cuando no puritana y moralizadora, sino desde los planos soterrados y clandestinos que transita la epidemia, a través de una conceptualización más avanzada, desclandestinizadora y transformadora, así como de una tecnología educativa participativa e innovadora para la acción preventiva.

Programa

Nuestra respuesta, en primer lugar, consistió en iniciar la construcción de un modelo de intervención. En términos generales, una serie de conceptos y técnicas tales como Conocimiento del Cuerpo Humano (salud sexual y reproductiva), Epidemiología del VIH/SIDA, Respuesta ante la Epidemia, Asociacionismo Juvenil, Práctica de la Organización Comunitaria, Investigación-Acción Participativa, Autogestión de Recursos y Ejercicio de la Solidaridad, fueron articulados entre sí para intentar impactar el curso de la epidemia. En segundo lugar, se decidió tras consultas con



especialistas en tecnología educativa, que el sistema de instrucción modular (Arenas Vargas, Velasco y Serrano, 1981), para grupos pequeños (Isunza, 1981), sería el más prometedor y eficiente para esta tarea.

El resultado inicial ha sido una serie de siete módulos educativos para adolescentes jóvenes (14-24 años) titulada “Aprender es Vivir”, producida por el Instituto de la Sexualidad Humana (ISH) de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, con la asistencia técnica y financiera del USAID/RD, a través de su Proyecto AIDSCAP/Family Health International (FHI). Estos módulos constituyen el principal material de apoyo del “Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Familiar y Comunitaria ante el VIH/SIDA”, (VIH*DA) del ISH y 62 organizaciones comunitarias de Santo Domingo Oriental y Occidental y San Pedro de Macorís, auspiciado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Ottawa, Canadá.

Un módulo educativo es una unidad educativa completa que nos sirve para aprender y enseñar sin que sea necesaria la presencia permanente de un maestro o maestra. Se construye alrededor de un problema específico que nos aqueja y que buscamos resolver. Para preparar cualquier módulo debemos documentarnos, investigar y conocer bien todos los puntos de vista sobre el problema que nos interesa resolver. El módulo puede servir para aprender individualmente o en grupos pequeños, siendo esta última forma preferible, ya que aprendemos tomando en cuenta la influencia social, a la vez que podemos ayudar a personas que no saben leer muy bien a entenderlos. Se pretende que los jóvenes adiestrados puedan elaborar y validar nuestros módulos según sus necesidades.

La instrucción modular se guía por cuatro principios básicos:

1. **Participación activa:** Debemos participar activamente en todo el proceso de aprendizaje para alcanzar los objetivos del módulo entre todos al mismo tiempo.
2. **Ritmo propio:** Cada grupo avanza a su propio ritmo, según su motivación, dedicación y rendimiento.
3. **Ofrecer el contenido en pequeñas dosis:** Los contenidos son ofrecidos poco a poco, para que podamos discutirlos y entenderlos bien.
4. **Evaluación permanente:** Cada Actividad de Aprendizaje del módulo se evalúa, para ver cómo vamos alcanzando los objetivos. Así, cada grupo sabe cuánto ha aprendido antes de terminar el módulo.



Título del Módulo	Objetivos Terminales
1.- Conozcamos Nuestro cuerpo	Conocer mejor nuestro cuerpo, sus partes principales, sus órganos y cómo funcionan. Aprender cómo cuidarnos y mantener una vida sexual saludable.
2.- La Epidemia del Siglo	Conocer mejor qué es la epidemia de SIDA, su avance y las formas de combatirla.
3.- Todos Somos el SIDA	Comprender mejor las reacciones que está teniendo la gente ante el SIDA en las comunidades. Saber que mientras más pronto nos demos cuenta que nosotros somos el SIDA, más pronto podremos controlarlo y vencerlo.
4.- La Juventud se Organiza	Tener una idea más clara de la importancia de la organización comunitaria y la participación de los/as jóvenes en la lucha contra el SIDA. Saber cuáles son los primeros pasos para organizarnos con otros/as jóvenes para combatir el SIDA
5.- Solidaridad en el Dolor	Poder conocer los aspectos básicos del apoyo y el acompañamiento a las personas con VIH o SIDA.
6.- Quien Busca Encuentra	Conocer algunos principios, métodos y técnicas básicos de la Investigación-Acción Participativa, como medio para conocer más sobre la epidemia de SIDA en nuestras comunidades y para recaudar fondos en ellas al fin de apoyar la lucha contra esta enfermedad.
7.- Guía para Facilitar el Aprendizaje	Empezar a servir como facilitadores/as de los módulos en nuestras comunidades y formar grupos de aprendices de líderes (adolescentes y jóvenes).

En la instrucción modular hay dos actores principales: El Grupo de Aprendizaje y el/la facilitador/a. El Grupo de Aprendices de Líderes puede estar formado por los mejores amigos y amigas, parientes, vecinos, compañeros de estudios, de iglesia o de trabajo de los/as adolescentes y jóvenes. Pueden invitar a 5-7 de ellos a formar un grupo de aprendizaje modular. Al principio, cada miembro del grupo verá los objetivos desde su propio punto de vista (ideas, actitudes, conocimientos y experiencias personales). A través de la comunicación, escuchando y hablando sin temor, estos puntos de vista se confrontan y se va construyendo un punto de vista común. Esto facilita la comunicación y enriquece los puntos de vista individuales, respetando las diferencias de pensar, sentir y actuar.

Por su parte, el/la facilitador/a es una persona informada que invita a grupos de adolescentes o jóvenes a alcanzar juntos objetivos comunes de aprendizaje. El/ella tiene una misión parecida a la de un maestro o maestra. Sin embargo, en la enseñanza modular el protagonista del aprendizaje es cada uno de los miembros del Grupo de Aprendices, no el/la facilitador/a. Esta persona debe: 1) ayudar a identificar y superar el temor y la desconfianza que provocan las situaciones nuevas a los miembros del grupo de aprendices, 2) encontrar y quitar los obstáculos que hacen difícil que el grupo cambie; 3) facilitar la comunicación, la participación de todos y la confrontación de todos los puntos de vista; 4) animar al grupo a organizarse e investigar, sin convertirse en la única fuente de información, ni hacer por el grupo lo que el grupo pueda hacer solo. Cuando sea necesario, el grupo debe auxiliarse de personas conocedoras del problema que nos interesa.

Resultados

La validez del contenido y la forma de los módulos fue establecida en diversos talleres formativos. Inicialmente con



24 líderes de las organizaciones comunitarias de base de las áreas más impactantes de Santo Domingo y San Pedro de Macorís (Herrera, Los Mina Norte, Sabana Perdida, Los Tres Brazos e Ingenio Consuelo), y representantes del sector religioso (católicos, protestantes y judíos) se discutió y aprobó un marco teórico básico, y se decidieron las características comunicativas que debían tener los módulos en términos de tono, familiaridad, personajes, dinamismo, propiedad cultural, adecuación a población meta, ilustraciones, color. Una versión preliminar fue validada con un grupo de 18 pastores y líderes laicos para determinar su aceptabilidad para las iglesias cristianas. Estos solicitaron que en la edición definitiva se incluyeran citas constructivas de las Escrituras para poder usar en mejor forma los módulos en las Escuelas Bíblicas y en reuniones de familia, para llevar también a los padres la instrucción con un nuevo ingrediente de superación espiritual. Un grupo de 12 personas que viven con VIH/SIDA contribuyó a validar la serie para esta población, en particular lo relativo a la solidaridad, la compasión, el apoyo emocional y sanitario en el hogar, y la preparación para el desenlace. Con 30 médicos, enfermeras, bioanalistas, antropólogos/as, sociólogos/as y maestros/as expertos/as en SIDA se validó el contenido técnico en cuanto a corrección, actualidad y comprensibilidad. Con 12 activistas comunitarios se discutió la aplicabilidad del proyecto en términos operativos. Con 24 adolescentes y jóvenes representantes de las diversas comunidades involucradas se evaluó el interés en el tema, la lengua y la cultura juvenil. Los grupos hicieron énfasis en la necesidad de elaborar módulos que llenen otras necesidades.

Discusión

Adolescentes y jóvenes están desarrollando su solidaridad y adiestrándose como líderes comunitarios en la prevención del SIDA. La co-responsabilidad de las organizaciones comunitarias ha aumentado al contar con nuevas herramientas y personal. La transmisión en reversa de cultura (de adolescentes a sus padres) en reuniones familiares puede ayudar a llenar la necesidad de educación sobre sexualidad y SIDA en los hogares, las escuelas, las iglesias y las comunidades. Esto resolvería el conflicto sobre el hogar o la escuela como ámbitos donde debe comenzar esta acción, ya que los padres y los hijos podrían aprender juntos, no sólo cómo enfrentar al SIDA sino también como mejorar la comunicación interpersonal, la integración familiar, y la solidaridad para contribuir al desarrollo social y cultural de su comunidad.

Referencias

- Arenas Vargas, Miguel; Velasco, Raúl y Serrano, Rafael (1981). El sistema modular y la enseñanza de la medicina veterinaria y zootecnia. Xochimilco, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 1. Conozcamos Nuestro Cuerpo. Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 4. La Juventud se Organiza. Santo Domingo; Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) (1997) Módulo 2. La Epidemia del Siglo. Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 3. Todos Somos el SIDA. Santo Domingo; Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 5. Solidaridad en el Dolor. Santo Domingo; Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 6. Quien Busca Encuentra. Santo Domingo; Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- De Moya, E. Antonio; Ureña, Denise y Abel, Alfredo (Eds.) 1997, Módulo 7. Guía para Facilitar el Aprendizaje. Santo Domingo; Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
- Isunza, Marisa. (1981). El Grupo de Trabajo Académico en la Educación Modular. Xochimilco, México: Universidad Autónoma Metropolitana.



**Perfil de Respuesta Psicológica al Duelo en
Pacientes VIH Positivo**

*Lic. César E. Castellanos A**

*Licda. M. Raquel Jerez G***

*Estudio auspiciado por el Departamento de Investigación
de la Universidad INTEC*

Introducción

El presente trabajo constituye la contraparte práctica de un primer artículo teórico acerca del duelo en personas

* *Psicólogo Clínico. Encargado del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral a Pacientes VIH+ del Centro Sanitario de Santo Domingo.*

** *Psicóloga Clínica. Terapeuta del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral a Pacientes VIH+ del Centro Sanitario de Santo Domingo.*



VIH+. El mismo pretende abrir la discusión acerca de la necesidad de entender de manera más profunda el proceso psicológico que atraviesan las persona que viven con el VIH, construyendo técnicas de intervención que necesariamente vayan más allá del “counseling”.

El enfoque psicológico clínico del VIH/SIDA exige que se miren hacia múltiples agentes actuantes en el drama que se desarrolla en la vida de una persona infectada. No estamos frente a una enfermedad cualquiera, ni siquiera frente a una enfermedad terminal cualquiera. El SIDA cobra dimensiones morales, sociales, comunitarias, familiares y personales únicas en la medida en que su contagio se vincula al sexo, a la homosexualidad, y además es una epidemia cargada de rechazo social.

Es importante que comprendamos, también desde una perspectiva clínica, cuáles son los aspectos que debemos manejar con mayor detenimiento en el proceso de ayuda psicológica para así poder mejorar los servicios de Apoyo Emocional y de Psicología que se están trabajando en la actualidad con pacientes VIH/SIDA.

Objetivos

1. Conocer el comportamiento de la depresión, la ansiedad y los síntomas del duelo emocional en personas VIH+.
2. Establecer un perfil de evolución de cada una de las variables estudiadas en función del tiempo.
3. Investigar el impacto de la noticia de saberse VIH+ sobre las emociones humanas y en cuál esfera se evidencia este impacto con mayor intensidad.

Marco Teórico

A menos que estemos muertos a muy temprana edad, todos sufriremos en algún momento de un duelo. Todas las culturas poseen una serie de rituales para aliviar la pena de los dolientes y dar algún significado a la muerte. Sin embargo, muchos profesionales de la salud, al igual que el común de las personas de la era industrial moderna, evitan el tema y sus efectos en los sobrevivientes. El estudio psiquiátrico moderno es conducido por Erich Lindemann (Boston, 1944). Investigaciones sistemáticas de gran escala se iniciaron en la década de los 50. El primer libro de medicina sobre el tema fue publicado en 1970, y hay mucho aún por aprender.

Los estudios recientes sobre el duelo apuntan hacia la comprensión de las reacciones ante la pérdida y su manejo en función de distintas variables. Así un área de estudio muy abundante es el de las viudas y viudos. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) hay 800,000 nuevos viudos y viudas al año, aproximadamente 400,000 personas menores de 25 años mueren por año. Cada pérdida de estas trae consigo un tipo especial de sufrimiento.

En la vida adulta la pérdida de uno de los padres es la causa más común de duelo. Aún cuando la pérdida es dolorosa, los hijos e hijas usualmente pueden recuperarse sin dificultad y seguir su vida hacia el futuro.

La muerte de la esposa o esposo es probablemente uno de los eventos que más causan stress, sin contar con aquellos que sufren una enfermedad grave. Los sobrevivientes deben afrontar solos muchos aspectos que eran antes compartidos.

La pérdida de un niño causa aún más rabia y culpa, la recuperación puede tomar años. Los padres son confrontados constantemente con sus limitaciones para desarrollar sus habilidades como cuidadores. Algunas mujeres que se autodefinen principalmente a partir de su capacidad de ser madres, se sienten inútiles sin alguien a quien cuidar. La culpa puede ser especialmente intensa luego de una muerte súbita infantil (MSI) un síndrome cuyas cifras en los EUA anda por los 10,000 al año. En un estudio con padres cuyos hijos murieron de cáncer, se encontró que el duelo se volvía más intenso a partir del segundo año. Es muy importante que los padres puedan sentir que hicieron todo lo que se podía hacer para ayudar a su hijo antes de morir. La muerte de un hijo puede acabar por separar un matrimonio débil, pero también puede fortalecer un matrimonio fuerte.

Los estudiosos del duelo han resaltado que el duelo es una situación donde los síntomas que en otras circunstancias serían considerados como parte de una depresión clínica, son considerados normales y hasta saludables. Las similitudes no sólo existen en lo emocional sino en lo fisiológico, tales como interrupción de los ritmos biológicos, menor actividad



del sistema inmunológico, exceso de secreción de cortisol a través de las glándulas adrenales, alteración de la síntesis, liberación y reabsorción de EN, 5-HT y otros neurotransmisores.

Un paralelismo entre el duelo y la depresión fue establecido por Freud y por Bowlby. Para Freud, el proceso de duelo permite que una persona haga de catexis de la energía libidinal invertida en aquel que murió y pueda reinvertir la misma en otra persona aún viva. Si esto no se puede realizar surge la culpa y progresivamente la depresión, especialmente cuando el sobreviviente tiene sentimientos encontrados con respecto al muerto. Aún cuando los lazos que existen entre los adultos no son comparables con los lazos biológicos o emocionalmente comparables con los lazos existentes entre una madre y un hijo (a), las etapas de la respuesta de separación son similares a las descritas por Bowlby.

Incluso la expresión facial del duelo ha sido descrita como el resultado de la inhibición de la urgencia por gritar con desesperación tal como lo haría un niño abandonado. Una madre puede que aparezca cuando su hijo(a) llora de esta manera, pero el muerto no revivirá por más que se llore. Los experimentos muestran que la respuesta de separación en monos varía grandemente según la especie, el individuo y la relación que tenga con sus padres: Algunos monos jóvenes se recuperan luego de unas horas de llanto y desesperación; otros colapsan al día siguiente, cuando ya la madre está ausente y muestran signos de perturbación seria luego de unas semanas, una reacción similar a la que tienen los humanos en el duelo complicado.

Todo el que sufre una enfermedad crónico-degenerativa inicia un proceso de duelo anticipado por la pérdida de su condición de vida y por la pérdida de la vida misma. Existen suficientes razones para pensar que en el SIDA se presentan factores añadidos que complican aún más la posibilidad de duelo o, por lo menos con características particulares. Entre estos factores se encuentra el rechazo social del que es objeto el paciente infectado, la pérdida del trabajo, la pérdida de las amistades, la poca solidaridad recibida, el contenido moral del SIDA, etc. Lo regular es que aquel que hace un duelo reciba el apoyo y la solidaridad de aquellos que lo aprecian, sin embargo, el drama del paciente con SIDA es que cuando más necesita de este apoyo más solo se encuentra. Estas razones hacen pensar que no es posible extrapolar modelos, de reacción emocional de pacientes con cáncer para entender la condición psicológica de pacientes con SIDA, y se hace necesario poder entender estas particularidades para dirigir la labor terapéutica hacia los puntos de verdadera ayuda.

Partimos en este estudio del modelo de duelo de W. Worden, profesor de psicología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard e Investigador Principal del Boston Child Bereavement Study con sede en el Massachusetts General Hospital. En este modelo de duelo normal Worden divide las reacciones en cuatro esferas: sentimientos, físico, cognitivo y conductual. Además plantea que la evolución del duelo es un proceso espiral más que lineal, queriendo dejar dicho que el paciente progresará de manera constante pero en términos psicológicos lo observaremos volver una y otra vez sobre los mismos síntomas y probablemente sobre los mismos temas, pero cada vez que vuelve lo hace desde una posición distinta, es decir, desde una perspectiva distinta. Este movimiento normal de evolución pudiera dar la impresión de un comportamiento pendular sin progreso, de allí se desprende la necesidad de documentar teóricamente las intervenciones clínicas.

A nivel de sentimientos se destacan síntomas tales como:

Tristeza	Rabia	Culpa
Ansiedad	Soledad	Incapacidad
Shock	Lástima	Aturdimiento

A nivel físico se incluyen los siguientes síntomas:

Sensación de vacío en el estómago	Compresión en la garganta
Hipersensibilidad a los ruidos	Debilidad muscular
Compresión en el pecho y la garganta	Dificultad para respirar
Pérdida de energía	Resequedad en la boca

En las esferas cognitivas se destacan:



Incredulidad Confusión Alucinaciones (visuales y auditivas)
 Despersonalización Preocupación

A nivel conductual:

Trastorno del sueño Distrainimiento
 Sueños y pesadillas Evitación o provocación de los recuerdos
 Suspiros Llanto
 Trastornos de apetito Aislamiento Social
 Conducta de búsqueda Hiperactividad.

Metodología:

12 personas serán seleccionadas del servicio de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA del Centro Sanitario de Santo Domingo, la selección se hará por disponibilidad, es decir, los primeros doce individuos que ingresen al servicio, y cumplan con los requisitos de inclusión luego de iniciado el reclutamiento, serán seleccionados. Entre los requisitos de inclusión se encuentran:

1. Haberse realizado una prueba de detección de anticuerpos para el VIH.
2. Haber resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos para el VIH.
3. Recibir el resultado positivo en el Servicio de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA.
4. Ser mayor de 25 años y menor de 60 años.

Los procedimientos a seguir son los siguientes:

El paciente llega a la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA (UAI) para que se le indique la prueba de VIH, en cuyo caso pasa al Departamento de Psicología para recibir la Consejería Pre-Prueba correspondiente. En caso de que el paciente venga con los resultados referidos de otro servicio, pasa al mismo departamento para que le sean entregados los resultados. Una vez el paciente recibe el resultado positivo pasa al Departamento de Medicina de la UAI para recibir un reconocimiento médico y establecer una línea base de sus indicadores de salud. En una segunda entrevista en el Departamento de Psicología se le administrará la batería de pruebas diseñada para este estudio. Luego de esta evaluación el paciente asistirá regularmente a sus citas tanto de psicología como de medicina, hasta que en un período comprendido entre los 90 y los 100 días se seleccionen 6 de los 12 pacientes al azar para ser evaluados (Grupo A), el resto de la muestra será evaluada entre los 250 y 300 días siguientes (Grupo B) aplicándose en todos los casos la misma batería que se utilizó para obtener el registro de entrada.

Los resultados pueden ser observados en los cuadros siguientes:

Variables

Nombre de la Variable	Descripción de la Variable	Indicadores de la Variable	Instrumento para Medir la Variable
Depresión	Estado de ánimo depresivo, acompañado de sentimientos de desolación, muerte, perturbaciones del sueño y del apetito, afectación de la actividad psicomotora y sentimientos de culpa e inutilidad. Es un estado que puede deberse a la reacción del sujeto a eventos de su medio ambiente como a condiciones internas de carácter biológico.	Tristeza, desilusión, insatisfacción, culpa, pensamientos de autodestrucción, llanto, irritabilidad, poco interés, dificultad para tomar decisiones, perturbación del sueño, perturbación del apetito, cansancio, preocupación.	Escala de Depresión de Beck
Ansiedad	Estado de hipervigilia, caracterizado por una sobreactivación de las funciones neurovegetativas en su rama simpática y por alteraciones en el ánimo, irritabilidad o ataques de ira, alteraciones cognitivas relacionadas con incapacidad para concentrarse, fallas de memoria y alteraciones conductuales caracterizadas por agitación, impaciencia, etc.	Cefaleas, mareos, omnubilación, tinutus, disnea, resequedad bucal, dolor en el pecho, gastralgias, sudoración profusa, hipotermia, dificultad para conciliar el sueño, dolores musculares, temblor muscular, irritabilidad, pensamientos catastróficos, insomnio.	Escala de Ansiedad de Hamilton
Síntomas Sentimentales del Duelo	Manifestaciones a nivel de la esfera sentimental que aparecen cuando una persona se encuentra atravesando una pérdida importante a nivel psicológico.	Tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, incapacidad, shock, lástima, aturdimiento.	Inventario de Síntomas de Duelo (*)





TABLA NO. 1
Valores Promedio en las Mediciones
Grupo A y B

Instrumento de medida	Registro de entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	14.25	10.75
Escala de Ansiedad de Hamilton	13.25	5.42
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	32.75	18.33
Somáticos	25.33	12.00
Cognitivos	47.75	22.92
Conductual	27.16	15.83

Gráfico No. 1

VALORES PROMEDIO DE LAS MEDICIONES EN LA MUESTRA TOTAL

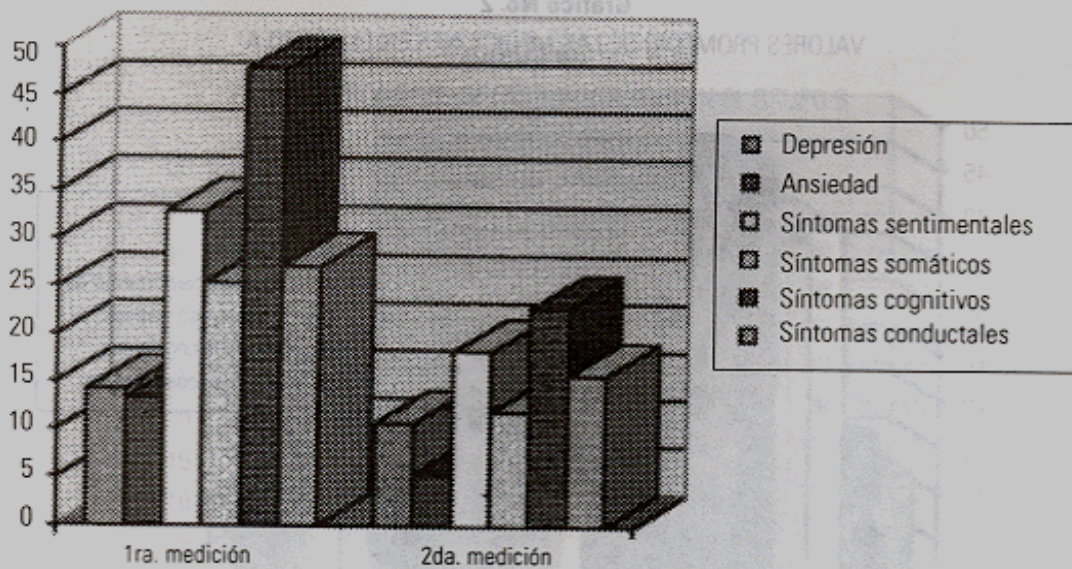




Tabla No. 2
PROMEDIO DE REGISTROS
 Grupo A

Instrumento de Medida	Registro de Entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	X= 12.17 S= 8.86	X= 7.5 S=13.67
Escala de Ansiedad de Hamilton	X= 16.17 S= 9.79	X= 5.17 S=10.27
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	X= 38.50 S= 22.31	X= 24.17 S= 18.77
Somáticos	X= 34.17 S= 28.42	X=18.50 S= 22.87
Cognitivos	X= 45.50 S= 33.56	X= 16.67 S= 23.57
Conductual	X= 28.50 S=18.87	X= 16.50 S= 16.50

Gráfico No. 2
 VALORES PROMEDIO DE LAS MEDICIONES EN EL GRUPO A

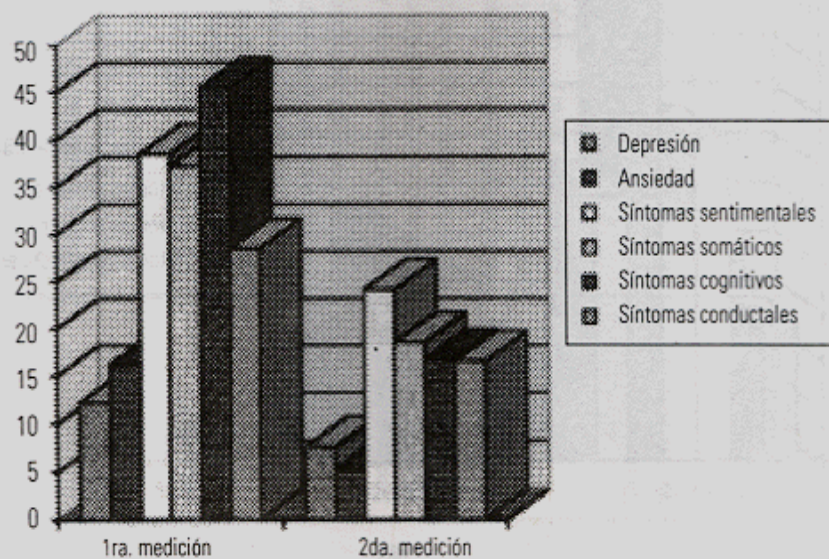




Tabla No. 3
PROMEDIO DE REGISTROS
Grupo B

Instrumento de Medida	Registro de Entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	X=16.33 S= 4.11	X=14.00 S= 4.65
Escala de Ansiedad de Hamilton	X=10.33 S= 5.91	X= 5.67 S= 4.68
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	X= 27.00 S= 7.35	X=13.50 S=10.06
Somáticos	X= 17.00 S= 13.28	X= 4.33 S= 4.92
Cognitivos	X= 50.00 S= 20.41	X= 20.17 S= 9.32
Conductual	X= 25.83 S= 21.07	X= 14.67 S= 5.18

Gráfico No. 3
VALORES PROMEDIO DE LAS MEDICIONES EN EL GRUPO B

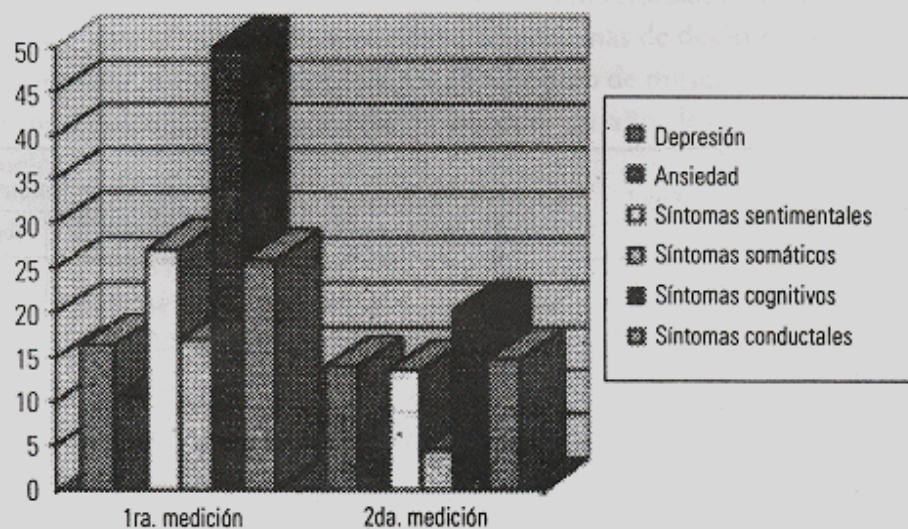




Tabla No. 4
REGISTRO DE ENTRADA
Grupo A

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
557	M	29	21	21	45	44	75	44
715	F	42	4	14	9	11	25	11
702	F	23	10	19	32	28	48	27
701	F	27	27	32	82	89	100	56
572	F	36	8	11	27	0	25	0
691	F	26	3	0	36	33	0	33

Tabla No. 5
REGISTRO LUEGO DE 90-100 DÍAS
Grupo A

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
557	M	29	2	3	9	11	0	11
715	F	42	0	0	9	0	0	0
702	F	23	1	0	9	0	0	0
701	F	27	38	28	45	56	50	44
572	F	36	3	0	55	44	50	11
691	F	26	1	0	18	0	0	33

Tabla No. 6
REGISTRO DE ENTRADA
Grupo B

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
581	M	26	20	6	27	0	75	11
573	M	35	10	6	27	11	50	22
591	F	39	19	13	36	33	25	33
564	M	34	16	10	18	33	25	22
561	F	60	12	5	18	22	50	0
598	M	25	21	22	36	33	75	67



Tabla No. 7
REGISTRO LUEGO DE 250-300 DÍAS
Grupo B

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
581	M	26	20	6	27	0	75	11
573	M	35	10	6	27	11	50	22
591	F	39	19	13	36	33	25	33
564	M	34	16	10	18	33	25	22
561	F	60	12	5	18	22	50	0
598	M	25	21	22	36	33	75	67

Descripción y Análisis de los Resultados:

Es interesante hacer notar que en todas las variables medidas se observa una disminución significativa de la sintomatología inicial (ver tabla No. 1). Este comportamiento se evidencia tanto en el grupo cuyo seguimiento se realizó aproximadamente a los tres meses (Grupo A) como en el grupo que fue evaluado alrededor de los nueve y diez meses (Grupo B). Esto permite validar el impacto del trabajo del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA sobre los pacientes que allí se atienden.

El cambio positivo más drástico se observa en los síntomas de ansiedad (ver tabla No.1), lo cual es coincidente con la teoría del Dr. Worden acerca de que la duración de la etapa aguda del duelo es no mayor de las 12 semanas. Esto es también reforzado con la evidencia de que aún cuando se observa una mejoría importante en los síntomas de duelo en ambos grupos, permanece un remanente de síntomas de menor intensidad pero de presencia indudable luego de los 10 meses y probablemente hasta aproximadamente un año después del evento que desencadenó el duelo.

En el Grupo A se encontró un caso de valores extremos (récord 701), el cual muestra una intensidad de los síntomas muy por encima del promedio, esto se mantiene aún al momento de la segunda evaluación a los 3 meses (ver tabla No. 4 y No. 5). Estadísticamente hablando este paciente genera valores extremos que distorsionan los indicadores de tendencia central utilizados: el promedio y la desviación típica, ya que son estadísticos muy sensibles a los valores extremos. No obstante se decidió dejar este caso como parte de la muestra, en parte por lo pequeña de la misma. En algunos momentos del análisis se hará mención de la distorsión que introduce este dato en el análisis de los valores del grupo como un todo y eventualmente se ofrecerán cifras corregidas con la eliminación de este valor extremo. Clínicamente estamos en presencia de un duelo complicado o en vías de complicarse, dificultades de personalidad o eventos ambientales muy intensos tales como, haber perdido la pareja en el transcurso de esos tres meses, haber perdido el trabajo, muerte del compañero sexual en este período, etc., pueden explicar este caso.

En el Grupo A la variable depresión mostró un descenso significativo en el índice obtenido una semana después de haber sido entregado el resultado de VIH+, con respecto al índice obtenido tres meses después (ver tabla No. 2). Sin embargo, es importante resaltar que si eliminamos el caso 701 obtendríamos un descenso del promedio total del grupo hasta 1.4 en el índice de depresión, lo cual cae dentro de valores completamente normales.

El Grupo B muestra un comportamiento distinto, ya que aún cuando hay un descenso en los índices, el mismo es poco significativo (ver tabla No. 3). Si tomamos en cuenta que la desviación típica permaneció casi inalterable y



tomamos en cuenta el comportamiento de esta variable en el Grupo A (ver tabla No. 2), podemos suponer que cuando los síntomas de depresión aparecen como producto de la entrega de un resultado VIH +, es de esperar una mejoría importante dentro de los primeros 3 meses y una recaída luego de los 9 meses. Esto es coincidente con los hallazgos del Dr. Worden en el orden de que los síntomas del duelo tienen un comportamiento espiral y no lineal en su evolución.

Los síntomas de ansiedad en la muestra exhiben una mejoría de un 60% cuando observamos al grupo completo (ver tabla No. 1), lo cual es bastante significativo. Sin embargo, cuando miramos a los dos grupos por separado vemos los matices propios del comportamiento de esta variable. En el Grupo A observamos de más de 70% en la sintomatología (ver tabla No. 2), pero cuando eliminamos el dato correspondiente al récord 701 obtenemos un promedio de 0.6 en el índice de ansiedad, lo cual expresa una mejoría por el orden del 97%. El Grupo B, sin embargo, muestra un índice promedio similar al Grupo A, lo que permite suponer que la mejoría observada dentro de los 3 primeros meses se mantiene luego de 9 meses, pero no se observa mejoría adicional (ver tabla No. 3). Es posible suponer que resulta menos complicado para los pacientes manejar los síntomas de la ansiedad que los de la depresión. Sin embargo, el índice obtenido cae dentro de valores normales-bajos.

Al analizar las mediciones realizadas de las variables relacionadas con el duelo, encontramos patrones más o menos claros de comportamiento de las variables implicadas. Una mejoría global de los síntomas es observada en ambos grupos (ver tabla No. 1), al menos un descenso del 45% en los síntomas de la esfera sentimental, del 50% en los síntomas somáticos, alrededor del 52% en los síntomas cognitivos y aproximadamente una mejoría del 42% en los síntomas conductuales.

No obstante lo anterior, cuando analizamos cada variable por separado en función de los grupos, podemos inferir un comportamiento menos homogéneo.

La variable Sentimientos muestra una mejoría de aproximadamente un 40% en el Grupo A (ver tabla No. 2), no obstante se observa un descenso importante en el Grupo B de alrededor del 50% (ver tabla No. 3). Estos valores nos permiten suponer que la mejoría de los síntomas de la esfera sentimental en pacientes VIH+ es lenta, pero al parecer su evolución es positiva a medida que avanza el tiempo.

La variable Somáticos exhibe una mejoría en el Grupo A de alrededor del 45% (ver tabla No. 2), no obstante la mejoría observada en el Grupo B es de aproximadamente el 75% en la presencia de los síntomas (ver tabla No. 3). Se infiere que los síntomas somáticos sólo muestran una mejoría importante luego de los 9 primeros meses del conocimiento de la infección. Es importante aclarar, que la condición física (médica) de los pacientes no fue controlada, salvo que no fueran declarados casos SIDA. Tampoco fue controlado el tiempo de infección estimado, por lo cual se supone que en la muestra existen recién infectados e infectados de larga data en ambos grupos. Lo que controlamos como “tiempo” es el momento a partir del cual los pacientes se enteran de que están infectados. Lo interesante, entonces, es que independientemente del tiempo de infectados, el Grupo A muestra una mayor sintomatología somática que el Grupo B, lo cual nos permite suponer que el proceso de somatización de la depresión es un proceso intenso al inicio de saberse VIH+ y va disminuyendo a medida que avanza el tiempo.

La variable Cognitivos muestra un comportamiento invertido al anterior. Es decir, el Grupo A presenta una mejoría mayor que el Grupo B (ver tablas Núms. 2 y 3). Esto permite pensar que los síntomas cognitivos, tales como preocupación, dificultad de concentración, etc. aparecen con mayor intensidad luego de que la persona ha rebasado la crisis afectiva inicial. No obstante en ambos grupos se observa mejoría de la sintomatología, la velocidad de evolución es menor en el Grupo B y además el promedio obtenido por este grupo es mayor que el obtenido por el grupo completo en la segunda medición al menos en un 20%, lo cual hace pensar en una recaída a nivel cognitivo luego de la mejoría en la ansiedad y en los síntomas de la esfera sentimental y somática, junto a un sostenimiento de los síntomas cognitivos y de la depresión. Podríamos pensar entonces, que este comportamiento de la variable Cognitivos es explicado por la depresión misma.

La variable Conductual, muestra una mejoría sostenida en el tiempo. Cuando observamos ambos grupos juntos vemos un descenso de los síntomas de alrededor del 40% entre la primera medición y la segunda (ver tabla No. 1). Al mirar al Grupo A y al Grupo B por separado, sin embargo, no se observa mayor variación. Es decir, la mejoría observada en ambos grupos es similar, lo cual permite decir que existe una mejoría inicial a nivel conductual que se sostiene luego



de los 9 meses iniciales, pero sin observarse mejoría adicional con el paso del tiempo. Hay que recordar que esta variable incluye elementos como los trastornos del sueño, los trastornos del apetito, distracción, hiperactividad, aislamiento social, etc.

Bibliografía

AIDSCAP/RD VIH/SIDA en la República Dominicana. Feb. 1996

Alvarado, Wilfredo. Aspectos Clínicos del SIDA. En: Manual del Consejo sobre SIDA para los trabajadores y trabajadoras de salud. OPS/OMS Honduras, 1991.

Bayés, Ramón. SIDA y Psicología. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1995.

Bertman, Sandra L. Facing death. Images, insight and interventions. 1991.

Beverly, Raphael. The anatomy of bereavement. Jason Aronson Publisher Inc, London, 1994.

Bowers, Margaretta K. Counseling the dying. Jason Aronson INC, Publisher. London, 1995.

Castellanos, César. El Duelo: implicaciones psicológicas de la atención en VIH/SIDA. Revista Dominicana de Psicología, 1995.

Castellanos, César. El rol del psicólogo y la psicóloga en el equipo multidisciplinario de atención al VIH/SIDA. Ponencia presentada en el Congreso de Sexualidad Mujer y SIDA. Santo Domingo, 1995.

Castellanos, César. Lactancia Materna y VIH: decidiendo de manera informada. Traducción y resumen del documento de igual nombre en inglés producido por Wellstart International. Febrero de 1996.

Castellanos, César. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.

Colin Murray, Parkes. Recovery from bereavement. Jason Aronson Publisher INC, London, 1994.

Dietrich, David R. The problem of loss and mourning. Psychoanalytic perspectives. 1989.

Gómez, Elizabeth., Situación actual y proyecciones de la epidemia de la infección VIH en R.D. Prioridades en el desarrollo de intervenciones. Conferencia dictada en el Congreso.

Hendrick M., Ruitenbeek. Death and mourning. Jason Aronson Publisher Inc, London, 1994.

Kastenbaum, Robert. The psychology of death. 1992.

Kastenbaum, Robert. Entre la vida y la muerte. Editorial Herder. Barcelona. 1994.

Klein, Donald F. Understanding depression. A complete guide to its diagnosis and treatment. 1993.

Kübler-Ross, Elizabeth. On life after death. Celestial Arts. California, 1990.

Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Declaración de Kingston sobre intervenciones de conducta para la prevención de ETS y VIH/SIDA. Kingston, 11-14 de diciembre de 1990.

Piper, William E.. Adaptation to loss through short-term group therapy, 1992.

PROCETS. Manual de consejería y apoyo emocional a pacientes VIH/SIDA Santo Domingo, 1993.

Seth C., Kalichman. Understanding AIDS. A guide for mental health professionals. 1995.

Sperling, Michael B.. Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives. 1994.

Sprang, Ginny. The many faces of bereavement. The nature and treatment of natural traumatic and stigmatized grief. 1995.

USAID/AIDSCAP. "SIDA un Desafío al Desarrollo", Santo Domingo, República Dominicana, Julio 1996.



PSICOLOGÍA Y JURISPRUDENCIA

Panorama de la Psicología Forense en República Dominicana

*Lic. Wilfredo Mora**

Quiero agradecer, ante todo, el gesto de los coordinadores por haberme invitado a este Congreso-aniversario “30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro”, que ha tenido ostensible acogida por parte de los colegas que están asistiendo de todos los lugares del país, así como de otros países de la región latinoamericana.

La psicología es probablemente la ciencia que más investiga y, en gran medida, los avances modernos de nuestras universidades, de los institutos sociales, de los grandes medios de comunicación, así como de los nuevos enfoques de las legislaciones de nuestros gobiernos, parecen depender cada vez más de la ciencia psicológica.

Pienso que mi modesta participación en este evento está determinada en función de explicar algunos aspectos relacionados sobre cuál es el panorama existente de la ciencia psicológica vinculada a las necesidades que de ella se desprenden en la ley, en nuestra realidad judicial.

No obstante, quisiera destacar aquí, que el presente Congreso “30 años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro”, permite por primera vez el escenario, en el cuál la psicología forense encuentra su expresión. Cabe hacer este señalamiento para poder afirmar que este es el primer congreso de psicología en nuestro país que relaciona los problemas de la psicología en general con la legislación vigente. Quizá se deba hacer la observación en virtud de los nuevos retos de la justicia legal, producto de los cambios expresados en desafortunados episodios de violencia que atacan los aspectos básicos de la existencia del individuo, sea en la manera de violaciones sexuales que más bien parecen competir con las manecillas del reloj así como otras exhibiciones desaforadas de hechos dolosos dentro de las familias que adquieren, cada vez más, el status de patológicas y que a su vez enferman a sus miembros.

Desde el siglo pasado, en otros países, la teoría psicológica y la investigación psicológica han sido aplicadas exitosamente a la policía, a los tribunales, a las prisiones y a otros aspectos de la Justicia Criminal. A este tipo de psicología se le ha denominado jurídica y el acopio de conocimientos acumulados ha permitido una contribución real en todo el funcionamiento de la Justicia, haciéndola, por lo tanto, más eficaz.

En nuestro país, la psicología forense, aún no despegó. No es lo más importante ni es lo que vamos a destacar aquí. Pero lo cierto es que ella está llamada a jugar un papel de primer orden, pues como ya está ocurriendo en otros países, ésta se hace cada vez más necesaria entre nosotros. Es una aseveración atinada decir que los mejores casos de crímenes se han resuelto donde ha existido el peritaje psicológico, y los casos afamados en la actualidad optan por iniciarse con la participación de un psicólogo experto en psicología forense.

En verdad es así: La psicología forense tiene por función penetrar todo el derecho, con el objetivo de eficientizar la Justicia, cada vez más y mejor. Es por ello que señalamos los siguientes momentos claves del trabajo de la psicología legal.

- Contribuir científicamente en el proceso legal;
- Aplicar los procedimientos psicológicos en la selección de los agentes policiales y funcionarios judiciales;

* El autor es Psicólogo Clínico Forense, egresado de la Universidad Estatal de Rostov del Don (1991). Docente del Postgrado de Psicología Clínica y Criminología en el Diplomado de Administración de Justicia en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), desde 1995.



- Desarrollar programas de tratamiento para la corrección y rehabilitación de los internos de las prisiones.

No debemos confundir la psicología forense con otras áreas de la psicología vinculadas a la Justicia o la investigación de crímenes y delitos; tales son las nombradas psicología jurídica y psicología criminal. Se hace necesaria una breve explicación para poder diferenciarlas entre sí.

En primer lugar, la psicología jurídica comprende una forma de psicología social y organizacional que aplica al contexto legal unos procedimientos psicológicos. En un concepto más amplio, la psicología jurídica involucra a todas aquellas personas cuyas cualidades psicológicas van a ser requeridas o examinadas por la Justicia, sin importar cual sea el tipo de derecho que sea.

En segundo lugar, está la Psicología Criminal que es en realidad, una modalidad indistinta de la ciencia llamada Criminología. Desde el punto de vista psicológico, la actualidad de la psicología criminal debe incluir, además del estudio de la personalidad del infractor o del delincuente, a las víctimas. Es de clara importancia para el perito forense el que sepamos con precisión quién es la víctima; si estamos ante un caso de aborto (si es el feto, la madre es la víctima o si es el padre que ignoraba el aborto); ¿quién es la víctima en la prostitución? (si ambos son la víctima); ¿quién es la víctima en los casos de toxicomanía? (si es la familia, la comunidad, el adicto o si es el Estado), máxime cuando se trata de establecer el grado de adicción en sujetos a quienes hay que dispensar el status de víctimas.

Existen muchísimos más ejemplos.

Pero la Criminología Clínica incluye, además de las víctimas (Victimología) otras grandes áreas de aplicación del trabajo psicológico dentro de las prisiones (Psicología Penitenciaria), de los centros de detención o reformatorios, casas albergue, etc... Sin embargo, estas dos actualidades de la Psicología Criminológica (las víctimas y el tratamiento en prisiones) continúan enfrentando serias dificultades en la judicatura nacional. Hay quienes dicen, refiriéndose a tal problemática, que lo que está mal debe responder a la pregunta de cuántos son los psicólogos que trabajan en la justicia y en las cárceles; otros, enfrentan el asunto arremetiendo no contra los psicólogos, sino que señalan la realidad innegable de que la justicia dominicana, ella entera, se ha convertido en un verdadero "elefante blanco"; esto es, lo mismo que nuestras instituciones de servicios públicos...

Nosotros sencillamente vamos a agregar que lo que hace falta es profesionales "orgánicos" de la psicología; es decir, psicólogos bien entrenados, a tiempo completo, y bien remunerados para que puedan ser creativos.

No es necesario ser un psicólogo forense para el trabajo carcelario, aunque sí en la justicia. Pero tal personaje no existe en la justicia, y los escasos psicólogos que trabajan dentro de las cárceles no cumplen su cometido.

Campo de Acción Profesional

El desconocimiento por parte de los jueces y los abogados, sobre cuál es el campo de intervención del psicólogo y del psiquiatra forense, es probablemente el mayor problema de la psicología forense en la República Dominicana.

El campo de acción profesional para dichas autoridades parece estar limitado a determinar cuándo hay imputabilidad o inimputabilidad criminal; este suele ser el ejemplo más típico. Los casos de violación sexual, los homicidios y las toxicomanías, le resultan al razonamiento jurídico, igualmente casos médicos. Y esto no siempre es así.

La Psicología Forense dilucida y esclarece estos mismos casos apoyándose en instrumentos específicos de diagnósticos, para lo cual utiliza toda una metodología concreta, además de altamente conocida. Lo que nosotros vemos aquí es que el sistema penal dominicano está dominado sólo por la visión jurídica que juzga al individuo exclusivamente según la valoración penal; hace falta pues, una "concepción antropológica del hombre libre", sin importar que se encuentre purgando una condena. Abogamos por una base científica en aquellos casos judiciales en donde es preciso proporcionar una psicología científica-legal.

Aspectos Éticos



De la psicología jurídica y forense dependen muchos aspectos de la ley, de su aplicación; es algo que huelga decir.

Así depende:

- que al sujeto se le haga un buen juicio;
- la libertad del individuo;
- en casos de condena, la posibilidad de unas alternativas de castigo (sustitutivos penales, medidas cautelares), etc.

Todo esto va a depender en gran medida de la ética del psicólogo forense; de que conozca su ciencia, de los procedimientos judiciales que existen y que le indican al psicólogo forense cuándo y cómo éste debe entrar en acción.

Por eso, es importante destacar que el psicólogo forense sólo puede entrar como perito; la justicia requiere de él sólo la capacidad de su ciencia.

El psicólogo debe "probar su ciencia", porque a él se le manda a llamar para que presente sus opiniones sobre un caso.

Debemos tener en cuenta que el psicólogo experto no "juzga" al procesado, sólo actúa como perito. Se juega su reputación en cada investigación que realice. Su ética no le permite otra cosa más que ser perito; no tiene del caso un interés personal: él es sólo un perito invitado.

Un buen psicólogo forense no acepta un caso si no está preparado para ello, si no está claro cuál es su participación, si va a disponer de toda la documentación y si ha sido aceptada la no confidencialidad de sus conclusiones.

Por lo tanto, el psicólogo forense, no debe inventarse su ciencia, y sus conclusiones sobre el caso siempre deben estar a disposición del juez.

Rol Profesional

El psicólogo forense como profesional formado es un auxiliar de la administración judicial; su rol lo constituye su práctica clínica. De él depende que el estudio clínico funcione y se establezcan las relaciones que hicieron que el procesado cometiera tal o cual hecho: el rol del psicólogo experto consiste en contextualizar el caso. Así, al psicólogo forense se le manda a llamar para determinar si el caso a estudiar se ha tratado de un asunto de locura, o de un triángulo amoroso, o si es simplemente un hecho socio-económico lo que ha determinado la acción del indicado acusado. El psicólogo tiene que probar su ciencia, en todo caso, si no lo hace corre el riesgo de que la misma psicología o la psiquiatría sean usadas como excusa para evadir la justicia.

Entre los estudios clínicos más usuales, en los que vemos participar al psicólogo en calidad de experto se destacan:

- esquizofrenias (y las esquizofrenias tempranas casi siempre se acompañan de daño cerebral)
- violaciones sexuales (hacemos notar que a menor edad de las víctimas, tanto mayor y peligroso resulta ser el violador infantil).
- alienación mental (sea en la forma congénita o temporal; sea adquirida o permanente).

Una vez hecho el peritaje psicológico, los psicólogos de la justicia deben presentar un informe. ¿Cómo es el informe clínico forense? Este debe ser claro y sucinto, debe estar acorde a los conocimientos del juez y dentro de los límites del "contexto situacional normal". El informe presentado debe iniciar con la fecha, la salutación, la identificación del sujeto, el mandato, la base de datos (la investigación clínica llevada a efecto, sin extrapolaciones), la interpretación, las conclusiones a que ha llegado el perito con las recomendaciones en la que éste se debe poner a disposición del juez, a "viva voce", si es necesario. Todo esto constituye la forma habitual de todo el que ejerce la psicología forense.

En la República Dominicana el psicólogo que egresa de una de nuestras universidades no incursiona en el campo de la psicología forense, tampoco está preparado para ello. Pero, eso no debe ser un problema en sí mismo, lo que hemos tratado de ilustrar en este trabajo es mostrar y llevar al ánimo de nuestras autoridades judiciales, de que la psicología forense sea acreditada ante el poder judicial y que la reflexión científica domine cada vez más en las decisiones judiciales.



Bibliografía

- Arboleda Flores, J. Conferencia sobre psiquiatría forense. Reestructuración de la salud mental, SESPAS, oct., 1997.
- Eysenck, H. J. Personalidad y Delincuencia. Ediciones Marova, Madrid, 1976.
- Gorphe, Francois. La crítica del testimonio. 5a. edición, REUS, S.A., 1971.
- Ingenieros, José. Obras Completas, Vol. 7. Criminología. Elmer editor, Buenos Aires, 1916.
- Miotto, Norma Griselda. Escritos de Psicología Forense. Biblioteca de la Asociación de Psicología Jurídica Iberoamericana, 1994.
- Von Hentig, Hans. Estudios de Psicología Criminal. Madrid, ed. Espasa-Calpe, 1969.

CONFERENCIA MAGISTRAL DE CIERRE

30 Años de Psicología Dominicana: “Reflexiones Metapsicológicas”

Dr. Enerio Rodríguez Arias
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Los psicólogos producen y/o aplican conocimientos psicológicos, es decir, hacen psicología; los metapsicólogos hablan de la psicología, analizan su historia, comparan sus teorías, discuten sobre la pretensión de validez de los conocimientos psicológicos y examinan las pruebas de la alegada eficacia de la actividad profesional. Algo de metapsicología está presente en la formación profesional de cualquier psicólogo del mundo, aunque en América Latina los cursos sobre historia de la psicología, teorías contemporáneas, y hasta (y esto hay que lamentarlo) la metodología de la investigación, suelen desempeñar un papel secundario dentro del plan general de estudios.

Se atribuye a Sócrates haber dicho que una vida sin examen no merece vivirse; aprovechando la analogía, bien vale la pena realizar un breve examen de estos primeros treinta años de la psicología dominicana. Si alguna credencial me califica para esta tarea es la de haber permanecido en contacto ininterrumpido con la psicología dominicana por los últimos 28 años, enseñando principalmente cursos de historia de la psicología, teorías psicológicas contemporáneas, teorías de la personalidad y metodología de la investigación psicológica.

El entrenamiento profesional de psicólogos comenzó en República Dominicana con dos programas paralelos en 1967, muy lejos en tiempo del programa más antiguo de Latinoamérica, una Maestría en Psicología iniciada en México en 1938, y sólo siete años antes del más reciente, el programa de psicología de la Universidad de Haití, iniciado en 1974. Sólo cinco países latinoamericanos iniciaron la formación de psicólogos con posterioridad a República Dominicana, a saber, Nicaragua en 1970, Bolivia y Costa Rica en 1971, Paraguay en 1972 y Haití en 1974 (Ardila, 1986). En 1967 funcionaban en el país sólo tres universidades; hoy (1997) funcionan 29 universidades y 14 programas de Licenciatura en Psicología; de éstos, 12 funcionan en la ciudad de Santo Domingo y dos en la ciudad de Santiago de los Caballeros, segunda ciudad en importancia del país.

Además, varios programas de Postgrado y Maestría en áreas específicas de la psicología han funcionado por tiempo limitado en varias universidades dominicanas, y con algo más de continuidad en la universidad estatal.

En esos programas, un estudiante mexicano obtuvo su Maestría en Psicología Social Comunitaria, y uno de Puerto Rico en Psicología Clínica.



Según estimaciones conservadoras, pasa de 2,500 el número de psicólogos que se han formado en el país en los últimos treinta años, de los cuales alrededor del 70% procede de las dos escuelas de psicología abiertas en 1967. Con la excepción de un reducido grupo de psicólogos que se formó o completó su formación en universidades extranjeras y participa a tiempo completo o parcialmente en uno o más de los programas de formación de psicólogos actualmente en funcionamiento en el país, esta responsabilidad recae en su mayor parte en psicólogos formados totalmente en los programas nacionales. Este dato es especialmente importante, ya que podría ser clave en la comprensión de la elevada probabilidad de perpetuación de muchas limitaciones y/o deficiencias de carácter formativo.

Cuando en un futuro lejano se escriba la historia de la psicología en República Dominicana, es muy probable que estos primeros treinta años sean despachados en unos pocos renglones y resumidos como "el período de nacimiento de la psicología como profesión en la República Dominicana"; quise, escribir "nacimiento y consolidación" pensando en el historiador del futuro, pero en este momento sólo me atrevo a hablar de nacimiento, porque la psicología como profesión no se ha consolidado aún en nuestro país, donde los psicólogos luchan por abrirse un espacio profesional en medio de la incompreensión colectiva y el recelo y la discriminación de otros profesionales. Un profesional es el producto del concierto de acciones formativas previstas en el programa de entrenamiento al que se sometió por varios años. Como he dedicado una parte importante de mi vida a colaborar en el proceso de formar profesionales de la psicología, he considerado oportuna la ocasión para reflexionar sobre algunos aspectos de la formación del psicólogo dominicano, cuyas consecuencias se reflejan en su trabajo profesional. Debido a que no existe unidad de criterio entre los programas de formación de psicólogos en la República Dominicana, hablaré de tendencias claramente perceptibles dentro de la heterogeneidad predominante; ciertamente, aquí cada institución decide libremente en cuánto tiempo y con cuáles requisitos de formación teórico-práctica se acredita a una persona como profesional de la psicología. Esto significa que la formación de profesionales de la psicología en estos primeros años se ha desenvuelto en medio de una anarquía curricular.

Esto hace más difícil el poder hacer afirmaciones universales, por lo que habré de apelar a algunos de los recursos que recomendaba Korsybski para darles precisión a nuestras descripciones: hablaré "en términos generales" y evitaré la referencia al cuantificador "todos". (Díaz-Guerrero, 1975).

En términos generales, y hasta donde he podido apreciar, los profesionales que hemos estado formando en estos primeros treinta años de psicología dominicana no resultan lo suficientemente familiarizados con los enfoques teóricos que guían sus observaciones y su lenguaje. Las teorías psicológicas son percibidas como elucubraciones mentales muy alejadas de los hechos que percibimos, y desde el punto de vista de la formación profesional, como si se tratase de un lujo innecesario. No necesito apelar al testimonio del "teórico práctico" (Lewin) para justificar el valor práctico de las teorías psicológicas. Es que la naturaleza misma de las definiciones, datos, variables, explicaciones, etc., en fin, el material de uso del psicólogo, descansa en supuestos teóricos; es lo que Kantor llamó "el metasistema", es decir, un conjunto de presuposiciones básicas y postulados, generalmente implícitos, sobre los cuales descansan los llamados elementos del sistema; es decir, las definiciones, datos, variables, etc. Erwin Straus ha demostrado que aun el concepto de objetividad descansa en un conjunto de suposiciones. Al psicólogo que desprecia por innecesario el conocimiento de las teorías psicológicas le ajusta perfectamente el dicho de Goethe "te empujan, mientras tú crees que empujas". A fin de familiarizar a la mayor parte de los estudiantes de psicología con estos problemas, comencé a principios de los años setenta un programa de divulgación, el cual se extendió por más de diez años. Casi siempre solo (en un caso recibí la colaboración de un profesor y un estudiante) traduje del inglés los artículos más representativos del debate teórico general en psicología en esos años. El primer paso consistió en divulgar el enfoque de Kantor en el análisis de los sistemas psicológicos, con su importante distinción entre sistema y metasistema; luego siguieron las principales ponencias del Simposio de Rice, celebrado en la universidad del mismo nombre durante la primavera de 1963, con la participación de Sigmund Koch, B.F. Skinner, Robert MacLeod y Carl Rogers; y finalmente el debate desencadenado a partir de 1969, a raíz del análisis del simposio publicado por Willard Day, debate que se prolongó por más de quince años. Los principales artículos de ese debate fueron traducidos y discutidos en clase, y pienso que desempeñaron una función de esclarecimiento en una buena parte de los estudiantes que fueron expuestos a esas discusiones. El contacto con estudiantes de Maestría en Psicología me ha hecho pensar que muchos psicólogos no captan la importancia práctica del conocimiento de las teorías psicológicas. Pero es la naturaleza misma de la psicología la que hace necesario ese conocimiento. Hasta donde su historia nos permite vislumbrar, estamos en presencia de una ciencia esencialmente heterogénea, al parecer imposible de unificar conceptualmente, sea a través del conductismo psicológico de Staats, de la



síntesis experimental del comportamiento de Ardila, o del esfuerzo integrador de la ciencia cognoscitiva. Ni el conductismo en su momento de mayor auge logró desplazar totalmente las explicaciones mentalistas en psicología, ni la ciencia cognoscitiva ha desplazado a las teorías conductistas y psicoanalíticas. Tan heterogéneos son los conceptos de la psicología, que Sigmund Koch llegó a proponer que se admita esa realidad como algo inevitable y se sustituya el término "psicología" con los términos "estudios psicológicos". Es oportuno señalar que el propio Koch estuvo al frente del esfuerzo más ambicioso que se ha hecho hasta ahora dirigido a la exposición y el análisis de la naturaleza y relaciones de los conceptos y teorías de la psicología. Me refiero al "Proyecto A" de la Asociación Psicológica Norteamericana (APA). Bajo la dirección de Sigmund Koch fueron publicados entre 1959 y 1963 seis volúmenes de una serie titulada: **Psicología: Un Estudio de una Ciencia**. El volumen 7, en el cual Koch haría la síntesis, nunca fue escrito, y de los artículos que Koch publicó posteriormente, queda claro que para él tal síntesis era imposible. El mismo Koch fue el principal responsable de la presentación de un balance del primer siglo de la psicología como ciencia, con la colaboración del historiador de la psicología David Leary y la participación de más de 40 distinguidos académicos de diferentes áreas de la psicología. El panorama actual que brinda la psicología confirma el predominio de las tendencias centrífugas sobre las tendencias centrípetas en un grado tal que algunos se preguntan si será posible mantener la unidad de la psicología tanto en su carácter de ciencia como en su carácter de profesión. Si alguien cree que en países como el nuestro es mejor mantener al estudiante de psicología ajeno a esa realidad tan complicada, no vacilo en decirle que eso sería similar a aislar al salvaje inocente para evitar que lo corrompa la civilización. Venderle al estudiante la ilusión de que la psicología puede reducirse a unas cuantas reglas de uso práctico es un lamentable error y en el peor de los casos una manifestación grosera de deshonestidad intelectual.

El segundo tema que ocupa mi pensamiento en esta celebración de 30 años de psicología dominicana es lo que yo interpreto como la deficiencia general del entrenamiento en metodología de la investigación psicológica. No se crea que estamos pensando en la formación de investigadores. Esa, que según Díaz Loving y colaboradores (1995) es una prioridad de la psicología mexicana actual, no forma parte todavía de la agenda inmediata de la psicología dominicana. Mis reflexiones tienen por objeto la preparación mínima necesaria en metodología de la investigación para un profesional de la psicología en la República Dominicana. La formación de investigadores en psicología es un proceso largo y complejo. Cuando Brendan A. Maher cumplió su período como editor del **Journal of Consulting and Clinical Psychology** en agosto de 1978, hizo la revelación de que cuatro de cada cinco manuscritos sometidos para publicación en la revista en los últimos años tuvieron que ser rechazados. Y agregaba Maher: "Aunque el rechazo puede ocurrir por muchas razones, la mayoría de los manuscritos rechazados fueron devueltos a causa de debilidades metodológicas graves en la investigación". De ahí se podía inferir, según Maher, que el entrenamiento doctoral en investigación en esos años era deficiente hasta el punto de ser desastroso. No estamos hablando de psicólogos que aprobaron uno o dos cursos de metodología de la investigación psicológica. Estamos hablando de doctores formados siguiendo un modelo de entrenamiento que debía producir primero que nada científicos, de decir, hombres capaces de hacer avanzar los conocimientos psicológicos y de realizar aplicaciones creativas de esos conocimientos. Este ejemplo, y los casos frecuentes tanto de abuso de técnicas estadísticas como de interpretaciones inadecuadas de sus resultados en investigaciones publicadas (por ejemplo, la discusión de Delucchi sobre el uso y mal uso de Chi cuadrada, los errores de tipo IV identificados por Levin y Marascuilo, y los diversos errores vinculados al uso del análisis de regresión múltiple identificados por Paul Campbell) confirman nuestra apreciación sobre la complejidad del proceso de entrenamiento en la investigación psicológica. Pero volvamos al escenario dominicano, donde nos esperan realidades más crudas. Un distinguido médico dominicano, con intereses de investigación en cardiología, al referirse a la investigación que como requisito final suelen exigir las universidades dominicanas a los estudiantes antes de acreditarlos como profesionales, dijo que se trataba de algo así como "un sombrero victoriano puesto en la cabeza de un desarrapado". Más que un chiste cruel es el retrato de una realidad dramáticamente triste. Esa investigación la han tenido que hacer miles de estudiantes dominicanos que nunca tomaron un curso de metodología de la investigación, y en el caso específico de la carrera de psicología, estudiantes que han tomado uno o dos cursos de metodología de la investigación, en muchas ocasiones impartidos por profesores que no son psicólogos, y que por tanto no están obligados a conocer las especificidades de la investigación psicológica. Es posible que los primeros treinta años también hayan sido difíciles en los países que nos precedieron en la formación de profesionales de la psicología; pero cualquiera que haya sido la realidad en esos países, el hecho de que después de treinta años la mayoría de nuestros egresados, al momento de graduarse como psicólogos no estén en capacidad de leer con provecho un artículo de una revista científica en psicología es una realidad que debe preocuparnos a todos. Hace alrededor de diez años publiqué un artículo en una revista de circulación nacional llamada **Investigación y Ciencia**; dicho artículo se refiere al papel del análisis estadístico en la investigación psicológica, y fue presentado a manera de invitación a la reflexión y discusión sobre algunos problemas de la estrategia fisheriana de la



prueba de la hipótesis nula y las alternativas de análisis disponibles incluyendo la estrategia inferencial bayesiana, pero no encontró ningún interlocutor, siquiera para señalar los pequeños errores cometidos en el proceso de edición de la revista. Por mi experiencia de casi tres décadas de vinculación estrecha e ininterrumpida con el proceso de formación de profesionales de la psicología en República Dominicana, he llegado a albergar la conjetura de que a nivel de nuestra Licenciatura en Psicología deberíamos sentirnos satisfechos si pudiéramos lograr que los egresados puedan leer un informe de investigación, con capacidad de hacer un juicio evaluativo del mismo. Hace un año que Ellen R. Girden publicó un libro titulado **Evaluating Research Articles/From Start to Finish**, dirigido específicamente a profesionales de la psicología, que son habituales consumidores de investigación. El curso de metodología de la investigación aplicada a la psicología clínica que he impartido por años en diferentes programas de Maestría en Psicología Clínica comienza con una explicación de por qué un psicólogo clínico, aunque nunca tenga que hacer una investigación, debe conocer las especificidades de la metodología de la investigación que se aplica en psicología clínica. Artículos de David Barlow, Hans Strupp y Julián Meltzoff sobre la relevancia de determinado tipo de investigación para la práctica clínica, sirven de punto de partida para la discusión al respecto. Precisamente Julián Meltzoff acaba de publicar un libro: **Critical Thinking About Research**, que al igual que el libro de Ellen Girden previamente citado, está dirigido en primera instancia a consumidores de investigación. La población profesional en psicología destinataria de publicaciones de esta clase se ha ido ampliando en Norteamérica a medida que ha ido ganando aceptación la tesis de Donald Peterson de que la investigación científica y el servicio profesional son diferentes en formas importantes, y que por tanto se requieren formas diferentes de educación para preparar personas para carreras de investigación en un caso, o para carreras de servicio profesional, en el otro caso. En un artículo de 1991, reproducido en su reciente libro sobre la historia y las ideas que han guiado la educación de psicólogos profesionales (puros) en Norteamérica (**Educating Professional Psychologists/History and Guiding Conception**), Peterson aclara que su defensa de la formación de profesionales puros en psicología no implica un rechazo del valor de la investigación. Agrega que la investigación básica, la investigación aplicada y el trabajo profesional, son todas actividades necesarias, pero a él le parece absurdo esperar que la misma persona haga todas esas cosas. Cree Peterson que para servir al público más efectivamente y para que la psicología como disciplina avance más rápidamente, es necesario que científicos básicos, científicos aplicados, y profesionales puros persigan sus propias metas en forma cooperativa y complementaria. Es obvio, desde luego, que el profesional de la psicología debe salir de la universidad en condiciones de comprender, evaluar y usar los resultados de investigaciones que se relacionen con su ejercicio profesional.

En una visión panorámica de la psicología a nivel internacional, Sexton y Hogan (1992) colocan a la República Dominicana entre los países donde la urgencia de las necesidades sociales demanda una concentración en la aplicación del conocimiento a la solución de problemas prácticos, además de que no existen fondos suficientes para financiar proyectos de investigación en gran escala. Pero mientras en Norteamérica ha habido entre 1949 y 1987 cinco grandes conferencias nacionales para discutir sobre la naturaleza del entrenamiento que han de recibir los psicólogos norteamericanos a la luz de la evolución de las necesidades de servicios psicológicos de su población, la aprobación de un modelo latinoamericano para el entrenamiento de profesionales de la psicología ocurrió durante la primera conferencia latinoamericana sobre entrenamiento profesional en psicología, celebrada en Bogotá en diciembre de 1974, con motivo del decimoquinto Congreso Interamericano de Psicología (Ardila, 1978). El modelo latinoamericano parte del reconocimiento de que la psicología es una ciencia y una profesión, y que el entrenamiento del psicólogo debe atender a ambos aspectos. Propone un período de formación de cinco años, al término del cual, el individuo, previa presentación de una tesis de grado, obtiene el título de psicólogo, que lo califica para laborar en cualquier área de la profesión sin necesidad de un perfeccionamiento adicional, ya que el modelo prescribe que la formación debe darse en todas las áreas de la psicología. Aunque promueve la especialización en los últimos semestres, considera que la misma no debe aparecer en el título, que será el de Licenciado en Psicología o Psicólogo, sin ninguna otra mención. Hay un aspecto del modelo latinoamericano en el que todos los países están muy probablemente de acuerdo, a saber, el énfasis en los aspectos aplicados de la profesión al mismo tiempo que se insiste en su fundamentación científica, y creo que todos los programas que funcionan en la República Dominicana se suscriben a esa formulación. Otros aspectos del modelo son objeto de diferencias internacionales y nacionales, en unos casos manifiestas, en otros latentes. Por ejemplo, no existe acuerdo total en cuanto a la duración, variando los programas de tres a cinco años, ni existe acuerdo total sobre la pretensión de que, sin necesidad de entrenamiento adicional, el psicólogo sea capaz de trabajar en todos los campos del ejercicio profesional de la psicología. En el caso específico de la República Dominicana, los catorce programas de formación de psicólogos funcionan dentro de la más absoluta libertad y ausencia completa de supervisión. Cuando todavía no había tantos programas en funcionamiento, hubo más de un diálogo auspiciado por la Asociación Dominicana de Psicología (ADOPSI) y la participación de representantes de varios Departamentos de Psicología, para discutir



problemas relacionados con la formación profesional del psicólogo dominicano, pero no pasaron de ser encuentros preliminares inconclusos. Pienso que estos problemas no podrán ventilarse sin la participación como principal parte interesada en el asunto, de la Asociación Dominicana de Psicología. Es la comunidad profesional organizada, la que debe tomar la iniciativa de organizar un diálogo nacional que nos permita llegar a acuerdos mínimos que garanticen que en un mediano plazo se le ponga fin al reinante desorden. La Asociación Dominicana de Psicología (ADOPSI), creada en 1975 y que en su primera década de existencia fue capaz de organizar ocho simposios nacionales de psicología, además de innumerables cursos y conferencias, inició a partir de 1985 un período de letargo, durante el cual sólo organizó eventos menores hasta reaparecer en 1993 con la organización del Noveno Simposio de Psicología y participar posteriormente en ese mismo año con varios Departamentos de Psicología en la organización del Primer Congreso Nacional Avances de la Psicología. En los últimos cuatro años, la Asociación Dominicana de Psicología no ha organizado ningún evento de carácter nacional, y su ausencia en este evento es inexplicable, muy especialmente en el panel sobre el psicólogo y su formación. La Asociación Dominicana de Psicología, presidida nuevamente por un psicólogo que en su primer mandato impulsó el proceso de revitalización de la misma, tiene, en su condición de representante de la comunidad psicológica profesional del país, el reto impostergable de asumir el liderazgo que le corresponde en la discusión de los problemas que afectan a la profesión, entre los cuales ocupan un lugar prioritario las dificultades y limitaciones que rodean en nuestro país el proceso de formación de un profesional de la psicología.

Señoras y señores: Durante los últimos 28 años he trabajado a tiempo completo en la formación profesional de psicólogos dominicanos. Tengo una cuota de responsabilidad, aunque tal vez mínima, dada la naturaleza de los cursos que siempre he impartido, en los reveses que en términos profesionales hayan sufrido psicólogos egresados de la UASD en estos últimos treinta años; pero también me corresponde una cuota de responsabilidad, tal vez mínima también, en los triunfos que hayan cosechado en la vida profesional. Me considero libre de toda sospecha en torno a la sinceridad de mis preocupaciones por el futuro de la psicología como profesión en la República Dominicana. Por eso les voy a confesar mi temor principal. Temo que, si no adoptamos las medidas apropiadas, la profesión se vea literalmente inundada por psicólogos deficientemente preparados para ofrecer servicios psicológicos realmente profesionales, psicólogos sin suficiente conocimiento teórico para reconocer las teorías que se esconden detrás de sus observaciones e interpretaciones, obligados a aceptar por fe todo lo que se les ofrece, por su incapacidad para reconocer la fuerza inferencial de un diseño de investigación, e incapaces de organizar su propio ejercicio profesional de un modo tal que puedan determinar el grado de eficacia de sus técnicas y procedimientos.

Es muy probable que la próxima celebración de un nuevo aniversario de la psicología dominicana ocurra dentro de veinte años, cuando la psicología dominicana cumpla medio siglo de existencia. Es muy probable que la mayoría de los presentes estén también presentes en esa celebración. Y por el bien de la psicología profesional en la República Dominicana, es mi mayor deseo que quien entonces haga el balance de los primeros cincuenta años de psicología profesional dominicana, pueda decir con satisfacción que el temor expresado por un psicólogo dominicano en torno al futuro de la profesión en el país ha sido rotundamente refutado por la realidad.

Finalmente, quiero terminar estas reflexiones con los consejos de un psicólogo que ha dedicado muchos años a la formación de psicólogos. En efecto, Hans Strupp ha señalado algunos de los errores que se deben evitar en el proceso de entrenamiento profesional de los psicólogos; a saber, el compromiso total con un solo modelo teórico y técnico; la adhesión a las formulaciones teóricas como si fueran dogmas; la impermeabilidad al progreso de la investigación en campos cercanos; el adoctrinamiento rígido de los entrenados; el fracaso en inspirar a los estudiantes para que se conviertan en pensadores críticos e independientes; y el fracaso en enseñar a los estudiantes a mantener respeto hacia los datos empíricos y las hipótesis rivales.

Referencias

- Ardila, Rubén (1978). *La Profesión del Psicólogo*. México, D.F: Trillas.
- Ardila, Rubén (1986). *La Psicología en América Latina: Pasado, Presente y Futuro*. México, D.F: Siglo XXI Editores.
- Barlow, David H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues and future directions.



Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 147-155.

Campbell, Paul (1981). An overview of four common errors in reporting statistical information in Journal articles. Journal of Marriage and the Family, 43, 285-290.

Day, Willard F. (1969). Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 12, 315-328.

DeLucchi, Kevin L. (1983). The use and misuse of Chi-Square: Lewis and Burke revisited. Psychological Bulletin, 94, 166-176.

Díaz-Guerrero, Rogelio (1975). Lecturas para el Curso de Psicología Experimental. México, D.F: Trillas. (Los capítulos 6 y 7 contienen una valiosa exposición de los puntos de vista de Korsybski sobre el lenguaje).

Díaz Loving, Rolando, et al. (1995). Some cultural facilitators and deterrents for the development of psychology: The role of graduate research training. International Journal of Psychology, 30, 681-692.

Girden, Ellen R. (1996). Evaluating Research Articles: From Start to Finish. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kantor, J.R. (1953) The Logic of Modern Science. Granville, Ohio: Principia Press. (Para uso de los estudiantes se hizo la traducción del artículo de Parker E. Lichtenstein Psychological System: Their nature and functions. The Psychological Record, 1967, 17, 321-340. Dicho artículo contiene una aplicación muy clara del enfoque de Kantor al análisis de los sistemas psicológicos.

Koch, S. (1981). The nature and limits of psychological knowledge: Lessons of a century qua "science". American psychologist, 36, 257-269.

Koch, S., & Leary, D.E. (Eds.) (1985). A Century of Psychology as Science. New York: McGrawHill.

Levin, Joel R., & Marascuilo, Leonard A. (1972). Type IV errors and interactions. Psychological Bulletin, 78, 368-374.

Maher, Brendan A. (1978). Preface. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 595.

Meltzoff, Julian (1984). Research training for clinical psychologists: Point-Counterpoint. Professional Psychology: Research and Practice, 15, 203-209.

Melztoff, Julian (1997). Critical Thinking about Research. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Peterson, Donald R. (1997). Educating Professional Psychologists. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Rodríguez Arias, Enerio (1986). El papel del análisis estadístico en la investigación psicológica. Investigación y Ciencia, 1, 13-26.

Sexton, V.S. & Hogan, J.D. (Eds.) (1992). International Psychology: Views around the World. Lincoln: University of Nebraska Press.

Straus, Erwin W. (1966) Phenomenological Psychology. New York: Basic Books. (El capítulo 6 ofrece un análisis original y provocativo sobre el concepto de objetividad).

Strupp, Hans H. (1981) Clinical research, practice, and the crisis of confidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 216-219.

Wann, TW. (Ed.) (1964). Behaviorism and Phenomenology. Chicago: The University of Chicago Press. (Recoge todas las ponencias y debates del Simposio de Rice).