

PSICOPEDAGOGÍA DE LA DIVERSIDAD EN EL AULA

Desafío a las barreras en el
aprendizaje y la participación

Jaime Bermeosolo Bertrán



 Alfaomega

PSICOPEDAGOGÍA DE LA DIVERSIDAD EN EL AULA

Desafío a las barreras en el
aprendizaje y la participación

Jaime Bermeosolo Bertrán

Datos catalográficos

Bermeosolo, Jaime
Psicopedagogía de la diversidad en el aula.
Desafío a las barreras en el aprendizaje
y la participación
1ª Edición

Alfaomega Grupo Editor S.A. de C.V., México

ISBN: 978-607-7854-69-2

Formato: 17 x 23 cm

Páginas: 440

**Psicopedagogía de la diversidad en el aula.
Desafío a las barreras en el aprendizaje y la participación**

Jaime Bermeosolo Bertrán

Derechos reservados © Alfaomega Grupo Editor, S.A. de C. V., México.

1ª Edición: Alfaomega Grupo Editor, México, mayo de 2010

Diseño: Diego Ay

© 2010 Alfaomega Grupo Editor, S.A. de C.V.
Pitágoras 1139, Col. Del Valle, 03100, México D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana
Registro N° 2317

Página Web: <http://www.alfaomega.com.mx>
E-mail: atencionalcliente@alfaomega.com.mx

ISBN: 978-607-7854-69-2

Derechos reservados:

Esta obra es propiedad intelectual de su autor y los derechos de publicación en lengua española han sido legalmente transferidos al editor. Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin permiso por escrito del propietario de los derechos del copyright.

Edición autorizada para venta en todos los países del mundo.

Impreso en México. Printed in Mexico.

Empresas del grupo:

México: Alfaomega Grupo Editor, S.A. de C.V. - Pitágoras 1139, Col. Del Valle, México D.F. - C.P. 03100
Tel.: (52-55) 5089-7740 - Fax: (52-55) 5575-2420 / 2490. Sin costo: 01-800-0204396
E-mail: atencionalcliente@alfaomega.com.mx

Colombia: Alfaomega Colombiana S.A. - Carrera 15 No. 64 A 29 - PBX (57-1) 2100122
Fax: (57-1) 6068648 - E-mail: sciente@alfaomega.com.co

Chile: Alfaomega Grupo Editor, S.A. - General del Canto 370 - Providencia, Santiago, Chile
Tel.: (56-2) 235-4248 - Fax: (56-2) 235-5786 - E-mail: agechile@alfaomega.cl

Argentina: Alfaomega Grupo Editor Argentino, S.A. - Paraguay 1307 P.B. "11", Ciudad de Buenos Aires
C.P.: A1057AAU - Argentina - Tel./Fax: (54-11) 4811-7183 / 4811-8352 - E-mail: ventas@alfaomegagroup.com.ar

MENSAJE DEL EDITOR

Los conocimientos son esenciales en el desempeño profesional. Sin ellos es imposible lograr las habilidades para competir laboralmente. La universidad o las instituciones de formación para el trabajo ofrecen la oportunidad de adquirir conocimientos que serán aprovechados más adelante en beneficio propio y de la sociedad. El avance de la ciencia y de la técnica hace necesario actualizar continuamente esos conocimientos. Cuando se toma la decisión de embarcarse en una vida profesional, se adquiere un compromiso de por vida: mantenerse al día en los conocimientos del área u oficio que se ha decidido desempeñar.

Alfaomega tiene por misión ofrecerles a estudiantes y profesionales conocimientos actualizados dentro de lineamientos pedagógicos que faciliten su utilización y permitan desarrollar las competencias requeridas por una profesión determinada. Alfaomega espera ser su compañera profesional en este viaje de por vida por el mundo del conocimiento.

Esta obra contiene numerosos gráficos, cuadros y otros recursos para despertar el interés del estudiante, y facilitarle la comprensión y apropiación del conocimiento.

Los libros de Alfaomega están diseñados para ser utilizados dentro de los procesos de enseñanza-aprendizaje, y pueden ser usados como textos guía en diversos cursos o como apoyo para reforzar el desarrollo profesional.

Alfaomega espera contribuir así a la formación y el desarrollo de profesionales exitosos para beneficio de la sociedad.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	
LA PERSONALIDAD: EXPRESIÓN DE LA IDENTIDAD Y DE LA DIVERSIDAD	17
El desarrollo psicológico: proceso de construcción y desarrollo de la personalidad.....	17
Personalidad: conjunto de atributos que definen la individualidad	21
Estrategias en el estudio de la personalidad	23
Psicología general y psicología de la personalidad	25
Carácter, temperamento, constitución	26
CAPÍTULO 2	
DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD	29
Tipos y rasgos: dos enfoques.....	29
Tipologías: aproximación tradicional a la individualidad y la diversidad	30
Teorías de rasgos: identificación los atributos que definen la individualidad y la diversidad.....	35
Una teoría influyente en Psicopatología: el Psicoanálisis	42
CAPÍTULO 3	
NORMALIDAD-ANORMALIDAD. LA PERSONALIDAD NORMAL Y MADURA	53
La visión de cuatro posturas teóricas	53
De lo normal a lo patológico.....	56
Criterios de normalidad-anormalidad	59
Personalidad normal y madura	63
CAPÍTULO 4	
VULNERABILIDAD, AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN	71
Estrés y vulnerabilidad.....	72
Capacidad de afrontamiento.....	75
Capacidad de recuperación, elasticidad o “resiliencia”	80
Factores etiológicos en la niñez y adolescencia	85

CAPÍTULO 5

PROBLEMAS FRECUENTES DEL DESARROLLO: APEGO Y ANSIEDAD 87

Áreas problemáticas del desarrollo psicosocial..... 87

Apego, dependencia-independencia, autonomía..... 90

Ansiedad, inseguridad-seguridad y estabilidad emocional..... 97

CAPÍTULO 6

**PROBLEMAS FRECUENTES DEL DESARROLLO:
AGRESIVIDAD, AUTOCONTROL Y LOGRO 103**

Agresividad, acometividad, autocontrol..... 103

Conciencia y conducta moral..... 109

Motivos, aspiraciones y motivación de logro 123

CAPÍTULO 7

DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN 131

Infracontrol, sobrecontrol y desarrollo emocional normal..... 131

Los algoritmos diagnósticos de la ansiedad y depresión..... 134

Algoritmo de la ansiedad..... 136

Algoritmo del estado de ánimo depresivo..... 142

CAPÍTULO 8

**DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES
EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 147**

Percepción de la competencia social y estatus sociométrico..... 147

Problemas académicos y alteraciones socioemocionales..... 150

Ansiedad y depresión en la niñez y adolescencia 152

Facilitación del desarrollo socioemocional..... 158

CAPÍTULO 9

**DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE
Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES 163**

Necesidades educativas especiales. La normativa chilena..... 163

Dificultades (problemas) de aprendizaje..... 173

Tipos de dificultades de aprendizaje y de necesidades educativas especiales 178

Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad..... 183

Necesidades educativas especiales no asociadas a discapacidad..... 193

CAPÍTULO 10

DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE 197

Dificultades de aprendizaje y dificultades específicas de aprendizaje (TEA) 197

Problemas en la delimitación del área: definiciones y aspectos involucrados 203

Una definición esclarecedora 205

Enfoques en la identificación de las dificultades específicas del aprendizaje 207

El enfoque “respuesta a la intervención” en la identificación de las LD (Learning Disabilities) 209

NEE y las pruebas SIMCE de medición nacional de logros en el aprendizaje 218

CAPÍTULO 11

LAS DISLEXIAS Y OTRAS DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE 221

Dislexias y dificultades de aprendizaje de la lengua escrita 221

La dislexia o las dislexias 224

Una definición práctica 228

Tipos de dislexia 232

Trastornos de la lectura y escritura en el DSM IV-TR y la CIE 10 235

Otras “learning disabilities” (LD) o dificultades específicas del aprendizaje (TEA) 237

Disgrafía 238

Disortografía 242

Discalculia 243

CAPÍTULO 12

DIFICULTADES EN EL AUTOCONTROL Y CONTROL DE LA ATENCIÓN 251

Disfunción cerebral mínima: antecedentes históricos 251

Hiperactividad, TDAH (ADHD) y alteraciones conductuales 260

Criterios para el diagnóstico, según el DSM IV 263

Comorbilidad 265

Algunos alcances y explicaciones biológicas 267

Procedimientos de detección 271

Procedimientos psicopedagógicos para facilitar el autocontrol 275

CAPÍTULO 13

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN. Primera Parte285

Competencias y valoraciones asociadas285

Algunas clasificaciones.....288

Descripción de los trastornos del lenguaje y la comunicación.....295

Trastornos del habla y la articulación297

Trastorno fonológico.....304

Trastornos de la articulación y expresión del habla.....307

Trastornos de la voz y la resonancia312

Trastornos del ritmo y la fluidez.....317

CAPÍTULO 14

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN. Segunda Parte325

Trastornos del lenguaje: afasias.....325

Trastorno específico del desarrollo del lenguaje TEL331

Trastorno del lenguaje expresivo.....338

Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo338

Trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones.....342

Mutismo selectivo344

Trastornos del lenguaje no verbal345

CAPÍTULO 15

DIFERENCIAS COGNITIVO-INTELECTUALES347

Diversidad: inteligencia y otras variables347

Diversidad: inteligencia y CI (Cociente Intelectual)350

Niveles del déficit intelectual: CI y comportamiento adaptativo.....352

Otras consideraciones acerca del déficit intelectual.....359

Capacidad intelectual límite.....362

Capacidad intelectual superior368

La educación de niños con talento en Iberoamérica.....369

CI y desempeño académico.....373

CAPÍTULO 16

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO375

Trastornos del desarrollo: específicos y generalizados.....375

Los trastornos generalizados del desarrollo: descripción.....378

Autismo: ¿categoría única o espectro con dimensiones variadas?379

Una revisión del autismo desde la investigación actual381

Estrategias educativas384

CAPÍTULO 17

OTRAS VARIABLES QUE DETERMINAN LA DIVERSIDAD EN EL AULA389

La diversidad en el aula.....389

Prejuicios, discriminación, estereotipos, pedagogía intercultural y educación multicultural.....391

Diversidad de sexo o género: niños y niñas396

Orientación sexual398

Diversidad y valores: pluralismo, relativismo403

BIBLIOGRAFÍA407

APÉNDICE

CLASIFICACIONES DE LAS ALTERACIONES417

PAUTAS DE APLICACIÓN EN EL AULA430

PROTOCOLO PARA LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. PARTE (A)430

PROTOCOLO PARA LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. PARTE (B)433

PAUTA DE OBSERVACIÓN DEL AULA Y SU DINÁMICA INTERNA436

PAUTA DE OBSERVACIÓN DEL ALUMNO-A EN EL AULA Y EN EL AMBIENTE ESCOLAR438

EL AUTOR

Jaime Bermeosolo Bertrán es psicólogo formado en la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Se desempeña como docente en el área del aprendizaje, del lenguaje y sus problemas en varias universidades chilenas.

Atiende en consulta particular a niños y jóvenes con problemas de aprendizaje y adaptación.

Durante varios años fue Jefe de los Departamentos de Educación Especial y de Psicopedagogía y Orientación de la PUC.

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de este manual es contribuir a la reflexión sobre las barreras que obstaculizan el aprendizaje y la participación en la escuela, en el contexto de las inquietudes actuales sobre la atención a la diversidad. Dicha reflexión cobrará sentido si contribuye efectivamente a incentivar prácticas y políticas que fomenten el aprendizaje y la participación de **todos** los alumnos, superando o minimizando las barreras. El manual se inscribe, de esta manera, en esa línea de acción que pretende transformar la cultura escolar vigente en una que realmente acoge, que apoya, y que se enriquece con la diversidad.

Con tal propósito, se hace una introducción a los problemas psicológicos y desajustes conductuales más frecuentes en niños, niñas y adolescentes, destinada a complementar la visión del educador y del estudiante de pedagogía, centrada, por lo general, en la evolución y conducta normales. Conocer en profundidad y comprender las principales dificultades psicológicas que afectan a los alumnos -y que nos afectan a todos, como seres humanos- favorece el desarrollo de estrategias que minimizan el impacto de los problemas. Las primeras páginas del texto entregan un marco conceptual básico que precisa conceptos esenciales para definir la individualidad y la diversidad: personalidad, carácter, temperamento y constitución.

Junto a ello, se describen, con algún detalle, otras condiciones que sin asociarse necesariamente a problemas psicológicos o conductuales, representan situaciones que escapan también a lo “normal” en el contexto escolar, y que pueden inscribirse bajo la designación amplia de “dificultades en el aprendizaje”. Algunas de tales dificultades -como ciertos problemas psicológicos y desajustes conductuales- se traducen muchas veces en “necesidades educativas especiales”.

También constituyen objeto de preocupación en los contextos escolares, exigiendo mayor atención de parte de los educadores, las vivencias de rechazo y marginación que experimentan numerosos alumnos¹, a causa de factores tan variados como género, etnia, nivel sociocultural, orientación sexual, variedad lingüística, apariencia física, rendimiento académico, desempeño en deportes, etc., que bloquean u obstaculizan una participación genuina y constituyen otras facetas de la diversidad en el aula.

La denominación “barreras en el aprendizaje y la participación” fue propuesta inicialmente por Booth y Ainscow en el “Índice de inclusión” (2000), para hacer referencia a las dificultades que puede experimentar **cualquier** alumno. Explican que “necesidades educativas especiales” en algunas partes se ha llegado a usar como sinónimo de discapacidad; en otras, se restringe como rótulo para el conjunto de niños y niñas que han sido diagnosticados como tales, a fin de recibir tratamientos especiales, a cargo de ‘educadores especiales’ u otros ‘especialistas’. Ello puede desviar la atención (como lo hacen notar estos autores) de las dificultades experimentadas por otros alumnos -a veces de manera transitoria- y que no forman parte de tales conjuntos.

En el texto se aclarará qué se entiende por “necesidades educativas especiales”, “barreras en el aprendizaje y la participación”, “dificultades o problemas en el aprendizaje”, “dificultades

¹ Continuando con el procedimiento adoptado en los otros manuales del autor y, contra lo que se acostumbra hoy, se utilizarán a lo largo del texto las formas ‘no marcadas’ alumno, niño, hombre, profesor, etc. para hacer referencia alumnos y alumnas, niños y niñas, hombres y mujeres, profesoras y profesores, etc. Si es el caso, se especificará que se hace referencia a “niñas”, “niños varones”, etc. En sus rasgos esenciales, en su calidad de seres humanos, hombres y mujeres son idénticos.

específicas del aprendizaje”, etc. No existe consenso en el uso de tales categorías y etiquetas, lo que obedece a la poca claridad conceptual que hay muchas veces detrás de ellas y a la rápida evolución que han ido teniendo a lo largo de estos años.

La perspectiva que se adopta en el manual es la de la psicología educativa o psicopedagogía.² Se trata de un texto destinado preferentemente a educadores y estudiantes de pedagogía. Por cierto, puede ser de utilidad también para padres, apoderados, y para todas aquellas personas que tengan alguna relación directa o indirecta con el contexto educativo. Dentro del extenso campo que abarca la psicopedagogía, en el texto nos centramos en aquellas manifestaciones de la diversidad que frecuentemente se asocian a dificultades en el aprendizaje o barreras en la participación.

En dos manuales anteriores³, el autor se ha ocupado de algunas cuestiones fundamentales de psicopedagogía del aprendizaje y del lenguaje, privilegiándose la descripción de los fenómenos que están a la base del funcionamiento sano y adaptado, así como de la “arquitectura lingüístico-cognitiva” normal, con escasa referencia a la conducta desajustada y a las alteraciones del desarrollo o del aprendizaje. Este libro está destinado a cubrir estos aspectos.

Existe, es verdad, una abundante bibliografía dedicada a los problemas de salud mental, a la discapacidad, a las dificultades del aprendizaje, desajustes conductuales, etc., y hay destacados especialistas en todas esas áreas. Sin embargo, muchos educadores -en especial maestros de aula regular- sienten que no pueden contar con una introducción básica a tales temas que les permita formarse una visión de conjunto y los habilite al mismo tiempo para incursionar con mayor competencia en los tratados y artículos publicados por expertos.

La complejidad de los temas exigiría, por cierto, un tratamiento más exhaustivo que el que reciben en estas páginas. Será labor del lector profundizar en los trabajos especializados que respondan de manera más acabada a sus necesidades de información y que escapen a los propósitos de un manual introductorio. El texto incluye varios temas examinados en el curso electivo “Problemas del desarrollo y el aprendizaje infantil” que el autor dictó durante varios años en la Universidad y que se fueron condensando en “Apuntes de clase”. Los mismos alumnos hacían ver la importancia, como futuros educadores, de estar más familiarizados con estos tópicos. Posteriormente se modificó la “malla curricular” de pregrado y se incluyó un curso obligatorio de “Pedagogía para la diversidad”.

Las iniciativas de estas últimas décadas -no siempre exitosas- en pro de la integración al sistema regular de niños relegados tradicionalmente a centros especiales, junto a la tendencia en países más avanzados a fomentar el desarrollo de “escuelas inclusivas”, “aulas multiculturales”, “instrucción diferenciada”, etc., exigen al pedagogo estar mejor preparado para atender a la diversidad, con la creación de ambientes propicios para el aprendizaje de todos los alumnos, con la respuesta oportuna y eficiente a sus necesidades más urgentes.

2 La psicología educativa o psicopedagogía delimita el ámbito interdisciplinario que recoge los aportes científicos tanto de la psicología, como de la pedagogía. En algunos países latinoamericanos, el concepto de “psicopedagogía” se ha ido identificando con una de sus sub-áreas: la que tiene que ver con educación especial o las necesidades educativas especiales. Se trata, en realidad, de un sentido restringido del concepto. Aquí se utiliza en el sentido tradicional europeo, como equivalente a psicología educativa o de la educación.

3 J. Bermeosolo: “Cómo aprenden los seres humanos: mecanismos psicológicos del aprendizaje”. Colección Textos Universitarios. Ediciones U. Católica de Chile. 2ªed. 2007.
J. Bermeosolo: “Psicología del lenguaje: fundamentos para educadores y estudiantes de pedagogía”. Colección Textos Universitarios. Ediciones U. Católica de Chile. 3ªed. 2007.

Los numerosos años de desempeño profesional del autor relacionados con la educación especial, ya sea en programas de formación de especialistas, en proyectos de investigación y cursos de perfeccionamiento, así como el trabajo realizado con educadores diferenciales en el terreno -más las labores de diagnóstico y apoyo psicológico llevadas a cabo directamente con niños y adolescentes- le han hecho ver lo decisiva que puede ser la contribución de los maestros y de la escuela -si por fortuna se llega a dar- en la evolución y ajuste de los niños que presentan dificultades, deficiencias o alteraciones.

No pocos padres experimentan angustia y frustración al ver que un hijo enfrenta un ambiente de rechazo y marginación, a veces, francamente hostil, a causa de alguna discapacidad, alteración del desarrollo, problema de personalidad, comportamiento atípico, etc. Lamentablemente, no ha tenido ese niño la fortuna de encontrar la comprensión y el apoyo de maestros que “se la juegan” por él o de una institución abierta a considerar las diferencias individuales como fuente de enriquecimiento y solidaria con el que más lo necesita. Algunos niños han acumulado desde temprano experiencias ingratas y desalentadoras. Es el caso del preescolar que no entiende qué culpas se echa encima, porque fracasa -contra las expectativas de sus padres- en uno y otro examen de admisión al colegio; el escolar que advierte que no puede realizar tareas que sus compañeros ejecutan con facilidad, trayendo frustración a su familia y acumulando sentimientos de desesperanza; el adolescente que se rebela o cae en una profunda apatía, al no poder desarrollar un sentido básico de auto-eficacia, ya que no tiene éxito en los cometidos más apremiantes que le plantea la sociedad.

Afortunadamente, un significativo grupo de niños y de adolescentes supera sus dificultades iniciales o compensa sus limitaciones. A comienzos de los ochenta, Clarizio y McCoy (1981) hacían notar que se ha llegado a una generalización excesiva a partir de evidencias basadas en investigaciones que demuestran “la estabilidad de la personalidad en el tiempo”, o en las que avalan que “las conductas adultas y la personalidad se basan en las experiencias tempranas de la vida”. Sobre la base de pruebas aportadas por una gran cantidad de estudios retrospectivos y estudios de seguimiento⁴, estiman que unas tres cuartas partes de los niños con trastornos (excluyendo los casos de psicosis y trastorno disocial grave, de pronóstico más pesimista) “crecen para llegar a incluirse en la categoría amplia de los adultos normales”.

Sin embargo -a base de los mismos estudios- se ha comprobado que la población de niños con trastornos contribuye en mayor proporción que la población de niños normales a la categoría de adultos con incapacidades de índole psiquiátrica, de lo cual se deriva la importancia de ocuparse oportunamente de tales casos.

La firme convicción de psicólogos y educadores de que una infancia feliz y dichosa es, con mayor probabilidad, presagio de una vida saludable, productiva, libre de síntomas o exenta de sentimientos extremos de desconfianza, inferioridad, envidia, etc., se asienta, por cierto, en una vasta experiencia acumulada sobre la materia. Numeroso desajustes de los adultos, por otra parte, no parecen tener sus raíces en trastornos infantiles, y muchos adultos normales y productivos han tenido infancias poco dichosas... En un estudio retrospectivo de la infancia de más de 400 personajes destacados y famosos del siglo veinte -hombres y mujeres- citado por los mismos autores, se encontró que (y lo anotamos textualmente):

4 En los estudios retrospectivos se escogen como sujetos a adultos sanos y enfermos mentales y se reconstruyen sus historias infantiles (a través de inventarios, entrevistas a padres, maestros, etc.). En los estudios de seguimiento o comprobación, los niños atendidos clínicamente son reevaluados posteriormente, a veces varios años después, para verificar su estado de salud mental.

- “Aproximadamente a cuatro de cada cinco de los niños que iban a ser posteriormente famosos les desagradaba la escuela”.
- “Tres de cada cinco tuvieron problemas escolares graves, tales como insatisfacción con el plan de estudios, maestros torpes, irracionales o crueles, compañeros que abusaban de ellos, los desdeñaban o los aburrían y fracasos en la escuela”.
- “Tres de cada cuatro procedían de hogares afectados ya sea por la pobreza, el divorcio o la muerte de alguno de los progenitores; padres que los rechazaban, muy posesivos, altivos o dominantes; deficiencias físicas o la insatisfacción de los padres por las elecciones vocacionales o los fracasos escolares de sus hijos...”.
“Estos hogares, concluyen, no podían considerarse de ninguna manera como los cálidos y pacíficos que recomiendan los especialistas actuales en salud mental”.

De estos hallazgos no se puede derivar que para llegar a ser famoso hay que aborrecer la escuela, ser víctimas de maestros “torpes, irracionales o crueles” y enfrentar cuando niños todo tipo de incomprensiones y condiciones desfavorables. Es posible que en las entrevistas los personajes célebres hayan tendido a resaltar las adversidades que les tocó enfrentar cuando niños y no los factores que les resultaron facilitadores o favorables. Sí, resulta de interés destacar el hecho de que infancias muy difíciles y situaciones de fracaso escolar no llevan necesaria y fatalmente a una vida adulta desajustada, patológica o fracasada.

No es fácil apreciar, por otra parte, en su real magnitud, el rol que han jugado en el desarrollo posterior los factores propicios y las experiencias tempranas positivas. Resulta interesante citar al respecto algunos hallazgos sobre el desarrollo del talento creativo, que se considera básicamente heredado. Whittaker y Whittaker (1985), revisando varios estudios, entregan conclusiones acerca de “niños prodigios” con excepcional talento musical: Mozart, Händel, Chopin, Schubert... Sin negar factores genéticos propicios, los trabajos demuestran que tales niños, entre otras cosas:

- Tuvieron excelentes oportunidades iniciales para que su capacidad se desarrollara y recibieron gran aliento de su familia y amigos.
- Contaron con orientación e instrucción temprana y continua de primer nivel.
- Tuvieron todas las oportunidades de practicar para aumentar su especial capacidad.
- Tuvieron muchas ocasiones para lucir lo que habían logrado.

Es legítimo pensar asimismo que personas muy bien dotadas por la naturaleza no han contado, lamentablemente, con las oportunidades o el aliciente y acicate necesarios para cultivar sus talentos, a diferencia de lo que ocurrió con estos niños. Acaso el lector se incluye en este grupo de seres que no tuvieron la oportunidad de desarrollar algún talento prometedor. Watson, padre del conductismo radical, creía en el peso prácticamente omnipotente de la variable “aprendizaje” y los factores ambientales. En “Behaviorism”, publicado en 1924 y considerado como “la exposición más comprometida de su teoría” (Sahakian, 1977), aparecen algunas de sus afirmaciones más conocidas y citadas posteriormente:



“Cada año, miles de niños nacidos en el seno de buenas familias y de padres estables, se vuelven descarriados, se dedican al robo o a la prostitución, debido a algún contrat tiempo de la educación. También otros chicos, hijos e hijas de padres malévolos, se pervierten porque no pueden educarse de otra forma a causa del medio ambiente.”

Me gustaría dar un paso más y decir: Dadme una docena de niños sanos, bien constituidos, y el entorno adecuado para educarlos que yo elija, y garantizo tomar uno cualquiera al azar y convertirlo en el profesional que yo decida –médico, abogado, artista, comerciante e, incluso, mendigo o ladrón, cualesquiera sean sus talentos, inclinaciones, tendencias, capacidades, vocaciones y raza de sus antecesores”.

Frente a esta postura, que representa una confianza casi ilimitada en la gravitación del ambiente y las pautas de crianza, otros autores han asignado el mayor peso a las variables genéticas. Es antigua en psicología la controversia “herencia-ambiente” o “naturaleza-crianza” en relación a la capacidad intelectual de las personas e, incluso, de los grupos sociales y razas. La posición extrema en este sentido estuvo representada por el psicólogo estadounidense Jensen quien explicaba que las diferencias encontradas entre blancos y negros en USA respecto al CI (Cociente Intelectual) eran consistentes con una hipótesis genética: las personas de raza negra serían, por naturaleza- de acuerdo a este curioso punto de vista- intelectualmente inferiores.⁵ Papalia y Olds (1997) al analizar tales diferencias aclaran que “la mayoría de los educadores modernos sostiene que esto refleja diferencias típicas en el entorno de los dos grupos, en educación, condiciones de vida y otras circunstancias que afectan la autoestima y la motivación, al igual que el desempeño académico mismo”. Por otra parte, explican que las pruebas utilizadas para medir CI no fueron independientes de la cultura. Woolfolk (2006), al analizar las diferencias raciales y étnicas en el rendimiento escolar -en el apartado que dedica a la diversidad cultural estadounidense- hace ver cómo el rendimiento por debajo del promedio de algunos grupos étnicos es esencialmente el legado de la discriminación, de los desajustes culturales o del hecho de crecer en un ambiente con un NSE bajo. En el texto volveremos sobre el punto.

Rosas, Boetto y Jordán (1999), investigadores chilenos, hacen una actualizada revisión de la materia, con las consecuencias en las políticas educativas y sociales de planteamientos en la línea de Jensen, como los de Herrnstein y Murray en el libro “The Bell curve” de 1994, cuya tesis principal se refiere a “la progresiva división en dos grupos al interior de la sociedad estadounidense: una élite cognitiva y una creciente clase baja de nivel intelectual inferior”. Rosas y colaboradoras presentan puntos de vista antagónicos y críticos a la visión señalada, como el de Gould, expresados en el libro “La falsa medida del hombre”, de 1997, y completan su análisis con una serie de conclusiones generales sobre la situación actual del debate sobre los determinantes de la inteligencia, que recomendamos revisar.⁶

En psicopatología y en lo que concierne a la conducta desviada en general, -así como ocurre con el comportamiento normal y bien adaptado- cada uno de estos grupos de factores -“herencia-ambiente” o “naturaleza-crianza”- juega un rol decisivo. Sin embargo, es necesario tener presente que siempre proceden en interacción, afectándose mutuamente. Ello es lo que da pie al optimismo con que deben actuar los educadores en el sentido de que es mucho lo que se puede hacer para revertir situaciones desadaptadas o para facilitar el ajuste más satisfactorio que permita a cada niño o adolescente desarrollar al máximo

5 Jensen, Arthur R. “How much can we boost IQ and scholastic achievement?” Harvard Educational Review, 39, 1-123, 1969, y también “Bias in mental testing”, Free Press, N. York, 1980).

6 Un completo análisis del tema se puede encontrar también en Gross (1998), quien le dedica doce páginas bajo el título: “El asunto herencia-ambiente: ¿por qué algunas personas son más inteligentes que otras?”.

sus potencialidades. No es, por cierto, una tarea fácil: las barreras en el aprendizaje y la participación constituyen un serio desafío, un reto. En este texto procuraremos identificar algunas de ellas, con el fin de superarlas o minimizarlas: es su justificación.

LA PERSONALIDAD: EXPRESIÓN DE LA IDENTIDAD Y DE LA DIVERSIDAD

► Temas del capítulo

El desarrollo psicológico: proceso de construcción y desarrollo de la personalidad.

Personalidad: conjunto de atributos que definen la individualidad.

Estrategias en el estudio de la personalidad:

- Aproximación nomotética.
- Aproximación idiográfica.

Psicología general y psicología de la personalidad.

Carácter, temperamento, constitución de la personalidad.

El desarrollo psicológico: proceso de construcción y desarrollo de la personalidad

La rama de la psicología que se ocupa de los **cambios** de las personas en el tiempo -biológicos, cognitivos, emocionales y sociales- es la **psicología evolutiva o del desarrollo**. El desarrollo supone **modificaciones o transformaciones de los seres vivos**. Remplein, Heinz (1966), autor clásico en estas materias, lo ha descrito como “un **proceso de diferenciación** de diversos órganos y de sus respectivas funciones”, aclarando que “**esto se entiende tanto en la vida física como en la psíquica**”:



“Al principio toda la vida afectiva se circunscribe a estados indiferenciados de placer-displacer, luego, surge, por el contrario, un rico mundo afectivo. La vivencia de las relaciones con los demás arranca de la experiencia del nosotros, en la unidad madre-niño, de la cual se desprende, más tarde, el tú y el yo. Partiendo de totalidades de experiencia siempre indiferenciadas se articulan, análogamente, juego y trabajo, fantasía y conciencia de la realidad, representación y pensamiento”.

Los objetos también experimentan cambios a lo largo del tiempo, los que obedecen a influencias exteriores, climáticas o mecánicas. Las transformaciones del desarrollo que afectan a los seres vivos, sólo en parte pueden explicarse así: los cambios más decisivos **actúan y son dirigidos desde dentro**. Wicks-Nelson e Israel (1997) describen el desarrollo como el **cambio en la estructura y funcionamiento de los organismos vivos que se produce a lo largo del tiempo**. Es un cambio que va de lo simple a lo complejo, resultante de las transacciones entre diversas variables:

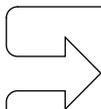


“Muchos evolucionistas están de acuerdo en que hay un curso básico general y común a todos los individuos normales en las primeras etapas del desarrollo de los sistemas físico, cognitivo y socio-emocional. Dentro de cada sistema, las estructuras y funciones generales van diferenciándose y refinándose cada vez más, para luego integrarse. La integración se produce igualmente entre los propios sistemas”.

Berwart, y Zegers (1980) acentúan en su descripción los cambios **cualitativos** por sobre los cuantitativos, junto al carácter **dinámico, constructivo y enriquecedor** de los recursos adaptativos, comunes a todos los individuos de la especie. Analizan el desarrollo psicológico destacando sus rasgos esenciales y lo centran en el concepto de **personalidad**:

- El desarrollo psicológico es un proceso gradual y progresivo de construcción y formación de la personalidad. Se presenta como una serie de transformaciones de la conducta y de la personalidad en todos sus aspectos.
- Estas transformaciones se dan en un continuo temporal que representa la vida humana, están interrelacionadas y se suponen recíprocamente. Se presentan en una secuencia invariante, definida y predecible.

Algunos teóricos sostienen que el desarrollo ocurre en fases o estadios cualitativos, claramente identificables, que se dan en un orden determinado. Otros lo describen como un cambio gradual que, según explican Wicks-Nelson, R. e Israel (1997), puede tener o no un orden fijo, no pudiendo identificarse estadios claramente delimitados.⁷



En el contexto pedagógico son familiares los “estadios piagetianos” del desarrollo cognitivo o los estadios propuestos por Kohlberg para describir el desarrollo moral. En nuestro libro de psicología del lenguaje hemos adoptado la descripción de estadios del desarrollo psicolingüístico temprano propuesta por Crystal.

Los tratados de psicología evolutiva subdividen la vida humana en varios **períodos o etapas**, que no reúnen necesariamente todas las características que se atribuyen a los estadios de manera estricta. Papalia, y Olds (1997), en sus textos ampliamente difundidos en Latinoamérica, distinguen ocho períodos, advirtiendo que tales divisiones “son aproximadas y, de algún modo, arbitrarias; en especial en la edad adulta cuando no hay criterios sociales y físicos tan definidos como los de la niñez (la entrada a la escuela y el comienzo de la pubertad), que señalen el cambio de un período a otro”. Los ocho períodos en la vida del hombre, según estas autoras, que nos servirán de referencia para este manual, son:

⁷ Estas concepciones antagónicas pueden apreciarse claramente en la antigua y conocida explicación de Gagné de su noción de “aprendizaje acumulativo”, ampliamente desarrollada en “The conditions of learning”, 2^{da}.ed. (Holt, Rinehart & Winston, London 1970). Afirma en pág. 296: “La teoría del aprendizaje acumulativo puede ser vista como la formulación de una concepción de ‘lo que se aprende’ (o ‘lo que se desarrolla’) en marcado contraste con la teoría de Piaget. Esta última propone que ejecutar una tarea de conservación depende del desarrollo de procesos lógicos tales como ‘reversibilidad’, ‘seriación’ y ‘compensación’. La propuesta de la teoría del aprendizaje acumulativo, por el contrario, es que el desarrollo depende del aprendizaje de habilidades intelectuales relativamente específicas que tienen que ver con líquidos, contenedores, volúmenes, áreas, longitudes y alturas.

Específicamente, se asume que el niño no adquiere una habilidad como ‘multiplicación de relaciones compensatorias’ de golpe, en un determinado estadio de su desarrollo... Si las capacidades específicas requeridas son aprendidas, por haber sido enseñadas en alguna manera sistemática, el niño será capaz de ejecutar la tarea de conservación”.

1. **Etapa prenatal:** desde la concepción hasta el parto.
2. **Etapa de los primeros pasos:** desde el nacimiento hasta los 3 años.
3. **Niñez temprana** (o primera infancia): desde los 3 a los 6 años.⁸
4. **Niñez** (o infancia) **intermedia:** de los 6 a los 12 años.
5. **Adolescencia:** desde los 12 hasta los 20 años.
6. **Edad adulta temprana:** desde los 20 hasta los 40 años.
7. **Edad adulta intermedia:** desde los 40 a los 65 años.
8. **Edad adulta tardía:** desde los 65 años en adelante.

El desarrollo depende de la interrelación y de las transacciones de diferentes tipos de variables, como ya se afirmó, las que se clasifican haciendo referencia a:

- **Lo que el niño ya trae desde su gestación**, que debe explicitarse siguiendo una pauta programada genéticamente, fenómeno que se identifica con los conceptos de **herencia, naturaleza y maduración**.
- **Las influencias que vienen desde el exterior**, junto a las experiencias del niño y los cambios de conducta que generan, lo que se relaciona con los conceptos de **ambiente, crianza y aprendizaje**.

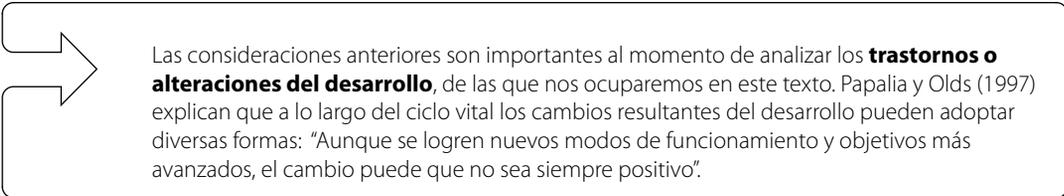
El concepto de **maduración** hace referencia a la **explicitación o actualización a lo largo del tiempo de las características determinadas biológicamente por la herencia**. En la herencia se distingue entre lo que corresponde a toda la especie, lo que nos define como seres humanos, y aquello que nos es específico a cada cual y que heredamos de nuestros padres y antepasados.

El concepto de **aprendizaje** hace referencia a los **cambios** de conducta, sentimientos y cogniciones, que llegan a hacerse **relativamente permanentes** (no son irreversibles) y que son el **resultado de la práctica, ejercitación y experiencias del sujeto**, y no dependen directamente de la maduración.

El par de términos natura-nurtura (nature-nurture) de la terminología anglosajona, de origen latino, calza con los pares herencia-ambiente, herencia-medio, lo innato-lo adquirido, que nos resultan más familiares. Con el primer término de cada pareja se hace referencia a las influencias **internas**, el legado genético de las personas; con el segundo, a las **externas**, que se expresan en las experiencias personales frente al mundo exterior.⁹ **La diversidad en los seres humanos hay que atribuirla al juego de ambos tipos de influencias.**

8 A lo largo del texto reservaremos el término "infancia" sólo para el primer año de vida, donde corresponde etimológicamente, si bien muchos lo hacen equivalente a toda la niñez.

9 Estrictamente hablando, "natura" incluye más que lo heredado o determinado por los genes: equivale a lo congénito (de nacimiento) y muy ligado a la "constitución" psico-biológica del sujeto: de hecho, el "medio" materno, la vida fisiológica y psicológica intrauterina, influyen decisivamente en la "natura" de cada persona. Por su parte, "nurtura" incluye tanto el ambiente, como el efecto de sus influencias. Un examen comparativo y en profundidad de todos estos conceptos puede encontrarse en el capítulo "Los determinantes constitucionales y la dialéctica natura-nurtura" del clásico y didáctico manual de Jean-Claude Filloux "La personalidad". Eudeba, 6ª ed., 1967.



Las consideraciones anteriores son importantes al momento de analizar los **trastornos o alteraciones del desarrollo**, de las que nos ocuparemos en este texto. Papalia y Olds (1997) explican que a lo largo del ciclo vital los cambios resultantes del desarrollo pueden adoptar diversas formas: “Aunque se logren nuevos modos de funcionamiento y objetivos más avanzados, el cambio puede que no sea siempre positivo”.

Antes de ocuparnos del concepto de “personalidad”, central para los propósitos de este manual, conviene hacer algunas aclaraciones más acerca del término “desarrollo”. Cuando lo utilizan los psicólogos, el énfasis lo suelen poner en la noción de **desarrollo psicológico**, es decir esa serie de transformaciones del ser humano en el tiempo, resultantes de la interacción maduración-aprendizaje.¹⁰ En tal perspectiva, en general, se da mucha importancia a las adquisiciones resultantes del aprendizaje, a lo psicorreactivo, al peso del ambiente social, sin desconocer, ciertamente, la acción de lo madurativo. En la literatura médica, en cambio (por ejemplo, cuando en el DSM se habla de “trastornos del desarrollo”)¹¹, el énfasis suele estar puesto en el **desarrollo biológico**. El concepto ha llegado a ser incluso sinónimo de **maduración** (Ver, por ejemplo, los conceptos introductorios en Montenegro y Guajardo, 2000).

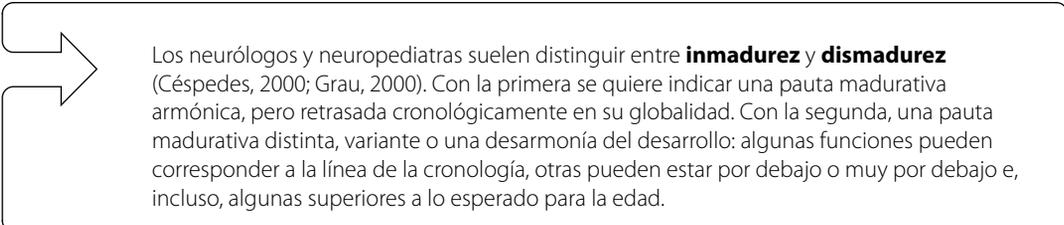
La denominación “trastornos del desarrollo”, de hecho, en ese contexto hace referencia a algún compromiso de naturaleza biológica. En los “trastornos del aprendizaje” (learning disabilities), por ejemplo, y que revisaremos más adelante, identificados como “trastornos específicos del desarrollo”, se presume a su base algún tipo de disfunción neurológica. Ello marca una diferencia importante con muchos “problemas” o “dificultades del aprendizaje” (learning problems, learning difficulties) que no tienen necesariamente en la base alguna alteración biológica: el niño puede presentar problemas en la escuela, porque simplemente carece de algunos pre requisitos académicos.

El término “crecimiento”, entendido en su acepción original como “aumento cuantitativo” de una variable, se utiliza también en sentido figurado como equivalente a “desarrollo”, con predominio de lo cualitativo por sobre lo cuantitativo: se habla, de este modo, del “crecimiento del ser humano” o del “crecimiento espiritual o psíquico”. Por otra parte, **maduración** frecuentemente se confunde con **madurez**, como ya lo hicimos notar en nuestro texto dedicado a los mecanismos del aprendizaje.

La maduración es uno de los factores que, junto al aprendizaje y las condiciones favorables del medio, contribuyen a la madurez. La madurez es, una estimación del nivel de logros en el desarrollo. Un niño o una persona están “maduros” cuando han alcanzado un grado tal de desarrollo que les permite afrontar con éxito las tareas o exigencias correspondientes a esa etapa. Se habla, de este modo, de “madurez escolar”, “madurez emocional” o “social”, también “aptitud académica”. El niño, el joven o el adulto que no ha alcanzado el nivel de logros esperado, está (o es) “inmaduro”.

10 Tales transformaciones son esencialmente cualitativas, universales (comunes a toda la especie), esenciales (no accidentales) e irreversibles (no se vuelve atrás, salvo situaciones patológicas).

11 DSM: sigla en inglés para Manual Diagnóstico y Estadístico (de los trastornos mentales). Más adelante nos referiremos a él. Actualmente está vigente la versión IV-TR. La CIE 10, por su parte, (10ª revisión de la clasificación internacional de las enfermedades de la OMS) incluye un apartado dedicado a los “Trastornos psicológicos del desarrollo”.



Los neurólogos y neuropediatras suelen distinguir entre **inmadurez** y **dismadurez** (Céspedes, 2000; Grau, 2000). Con la primera se quiere indicar una pauta madurativa armónica, pero retrasada cronológicamente en su globalidad. Con la segunda, una pauta madurativa distinta, variante o una desarmonía del desarrollo: algunas funciones pueden corresponder a la línea de la cronología, otras pueden estar por debajo o muy por debajo e, incluso, algunas superiores a lo esperado para la edad.

La **Psicopatología del Desarrollo**, disciplina que estudia los trastornos infantiles dentro del marco de los conocimientos sobre el desarrollo normal, ha mostrado, a juicio de Davison & Neale (2000), cada vez más influencia en las revisiones del DSM, clasificación de las enfermedades mentales a la que nos referiremos con algún detalle más adelante. El desarrollo normal entrega criterios de referencia para entender y dimensionar el desarrollo desajustado. En un texto sobre psicopedagogía de la diversidad en el aula, las nociones anteriormente examinadas marcan el punto de partida para el educador. El desarrollo psicológico, entendido como un proceso de construcción y formación de la **personalidad**, examinaremos a continuación este concepto, expresión evidente de la diversidad.

Personalidad: conjunto de atributos que definen la individualidad

El concepto de **personalidad** alude al **conjunto particular de atributos que definen la individualidad de cada persona**.¹² Citamos en el apartado anterior a Berwart y Zegers, para quienes el desarrollo es básicamente **“un proceso gradual y progresivo de construcción y formación de la personalidad”**. En este sentido, las anomalías o contratiempos en el desarrollo (provenientes desde sus vertientes internas y/o externas) incidirán en la personalidad.

El educador cumple con uno de los roles más decisivos en este “proceso gradual y progresivo” frente al cual la familia –en algunos casos, disfuncional– se encuentra con frecuencia insegura o desconcertada. De ahí la importancia que esté familiarizado con las anomalías más comunes. Así estará en mejores condiciones de realizar una labor efectiva y –si el caso lo amerita– en contacto con otros profesionales y especialistas. Los desafíos de hoy en salud mental y en la formación de personalidades sanas y equilibradas quedan de manifiesto en las palabras de Grau en el prefacio de su obra dedicada a la psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia (Grau y Meneghello, 2000), destinada a los pediatras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores del equipo de salud infantil y del adolescente:



“Nos inquieta sobremanera el lugar que ocupa el niño en esta sociedad que pretende llamarse civilizada. Problemas como el maltrato, el abuso y la violencia intrafamiliares, las adicciones y el maltrato psíquico producido por la medicación excesiva con psicoestimulantes para cumplir con una exigencia escolar absurda, y otros tantos condicionantes insanos, asoman en Latinoamérica como cuestiones no resueltas”.

12 Personalidad es un concepto que pertenece al dominio de la psicología y otras ciencias sociales. Persona, en cambio, al de la filosofía. Como precisa Filloux (1967), “el psicólogo deja en manos del moralista la noción de persona y no hace ninguna especulación sobre la naturaleza ontológica del hombre”.

Sin embargo, estimamos que una cosa es el plano psicológico en que se debe mantener el psicólogo cuando contribuye con su investigación al avance de la ciencia, y otro el de su visión personal acerca de la esencia metafísica del ser humano, su inviolabilidad, sus derechos y obligaciones, su orientación hacia ideales, y el profundo respeto del que debe ser objeto. Este plano debe primar sobre aquel.

En psicología, el concepto de **personalidad** es marcadamente diferente del sentido vulgar del término, correspondiente a apreciaciones del tipo: “tiene mucha personalidad”, “le falta personalidad”, “tiene una personalidad notable”, etc. y que tienen que ver con el efecto exterior que produce un determinado individuo, su influencia sobre otros, su atractivo personal, posee determinados “rasgos” de personalidad.¹³ Desde el punto de vista psicológico, **todos tenemos personalidad**, incluida la persona más retraída e inhibida, como también las personas con alteraciones mentales severas. Cada personalidad individual reúne determinados rasgos que marcan diferencias con las demás personas: hay sujetos, por ejemplo, más sociables y entusiastas; otros, más retraídos y timoratos; algunos evidencian personalidades seriamente desajustadas. Sin embargo, en todos se da una **configuración peculiar** de estructuras cognitivas, afectivas y de interacción, que se manifiestan en maneras de comportarse inconfundibles. La personalidad es única y se realiza en un tiempo histórico determinado.

Todas estas ideas aparecen condensadas en lo que, según Filloux, autor ya citado, se entiende por **personalidad**:

- La configuración única.
- Que toma en el transcurso de la historia de un individuo.
- El conjunto de los sistemas responsables de su conducta.

Se trata de una definición fácil de recordar, que incluye tres ideas esenciales, y está claramente influenciada por la conocida definición de Allport: Personalidad es la **organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos**.¹⁴

Carver y Scheier (1997) explicitan en su “definición de trabajo” del concepto de personalidad varias de las ideas de Allport, puntualizando:

13 Como bibliografía adicional sobre el tema, se recomienda leer el capítulo 2 de Allport (1968), clásico en la materia: “Personalidad, carácter, temperamento”. Allí analiza este autor diferentes tipos de definiciones de personalidad y propone la suya, que resultó ser muy influyente en psicología.

14 La definición de Allport aparece en “Pattern and growth in personality”. Holt, Rinehart & Winston, N.York, 1961, publicado en español como “La personalidad, su configuración y desarrollo”, Herder, Barcelona, 1966 1ª ed.

Gordon Willard Allport (1897-1967) estudió en la Universidad de Harvard, donde fue profesor desde 1930, después de haber estado en Europa con W. Stern, impulsor de la psicología personalística, y donde se interesó también en la tipología de E. Spranger. Contrastó el modelo E-R del conductismo con el modelo E-O-R, que reserva al organismo un papel activo y no meramente reactivo. Su libro “Personality”, publicado en 1937, fue reeditado muchas veces.

Ha sido, sin duda, una de las figuras más notables en la psicología de la personalidad norteamericana, campo en que se aprecia su influencia hasta nuestros días. El libro en español: “Psicología y psicoanálisis de los rasgos de carácter”, de Allport, Fenichel y otros, Paidós, B.Aires, 1968, incluye varios trabajos de Allport y de Stern. Las grandes corrientes del pensamiento contemporáneo están insertas en su obra. Fue presidente de la American Psychological Association y del Instituto de Relaciones Sociales de la U. de Harvard.

Entre sus preocupaciones -explica Bonin (1993) en su Diccionario de los grandes psicólogos- exploró el prejuicio como uno de los factores más funestos -igualmente arraigado tanto en la personalidad de los individuos como en la estructura de la sociedad- en los conflictos políticos y sociales. “Este prejuicio, originado en la resistencia hostil y en la ignorancia, conduce a la inhumanidad, al racismo, a la agresividad y a la discriminación de los demás”. (“The nature of prejudice”. Addison-Wesley, Massachusetts 1954).

La personalidad no es una ‘acumulación’ de partes y piezas: tiene una **organización**.

La personalidad no se limita a ‘estar ahí’: es activa, tiene **procesos**.

Personalidad es un concepto psicológico, pero está intrincadamente unida al cuerpo **físico**.

La personalidad es una **fuerza causal**: ayuda a determinar la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.

La personalidad se muestra en **patrones**, recurrencias y coherencias.

La personalidad no se muestra de una sino de **varias maneras**, en conductas, pensamientos y sentimientos.

El libro de estos autores está dedicado a entregar una visión crítica de las principales **teorías** sobre la materia, las que son agrupadas en siete perspectivas principales: de las disposiciones, biológica, psicoanalítica, neo-analítica, del aprendizaje, fenomenológica, y de la autorregulación cognoscitiva. No nos ocuparemos de ellas en este texto, ya que escapan a sus propósitos inmediatos, si bien en los análisis posteriores se destacará la influencia de las más conocidas en los contextos educativos.

Conviene advertir, por otra parte, que la denominación **Psicología de la Personalidad**, utilizada inicialmente por la psicología anglosajona, equivale a lo que tradicionalmente se conoció como **caracterología** en el continente europeo.¹⁵ No obstante, algunos autores distinguen dentro de la tradición europea entre caracterología y “personología”, que difieren en la forma de abordar el estudio de la individualidad, teniendo la segunda un enfoque marcadamente clínico. Ello se relaciona con las dos estrategias básicas en el estudio y las investigaciones sobre la personalidad que revisaremos a continuación.

De lo visto hasta aquí, queda claro que conceptos como **desarrollo, aprendizaje y personalidad** son fundamentales para entender y explicar la diversidad en el aula, ya que marcan el punto de partida. A lo largo de las siguientes páginas ello se hará más evidente.

Estrategias en el estudio de la personalidad

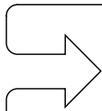
Existen dos aproximaciones en las investigaciones de la personalidad:

- La aproximación **nomotética** y
- La aproximación **idiográfica**.

En la **aproximación nomotética** (nomos, en griego = ley), el énfasis está puesto en el estudio de **rasgos en muchas personas**, a fin de generalizar acerca de cómo tal o cual rasgo afecta la conducta de la gente en general. Está dirigida, por lo tanto, al establecimiento de **principios generales** sobre cómo funcionan los individuos. Esta estrategia permite establecer comparaciones

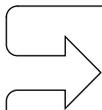
¹⁵ Allport hizo en su época una interesante comparación entre las teorías de la personalidad en Europa y Estados Unidos, ponencia que aparece publicada en el libro de David H. y von Bracken, H.: “Teorías de la personalidad” (Eudeba, B.Aires, 1963), fruto de un congreso internacional sobre caracterología europea.

entre las personas, lo que es válido, ya que se considera que los rasgos significan lo mismo para todos, pero que se poseen en mayor o menor grado.



Se tiende a aislar para su estudio **una o sólo algunas de las características** (rasgos) **de personalidad en numerosos sujetos**, representando así el intento de adoptar en el estudio de la personalidad la tradición metodológica de las ciencias experimentales.

En la **aproximación idiográfica** (idios, en griego = propio, especial) el énfasis está puesto en el **estudio intensivo de una persona** (o muy pocas personas) para generalizar acerca de su funcionamiento en diferentes contextos. Se admite que ciertos rasgos son privativos de cada persona. Resulta difícil (si no, imposible), comparar a las personas entre sí, porque cada una pertenece a una escala diferente. Se pone de relieve la **unicidad**, la **individualidad**.



Se lleva a cabo un estudio exhaustivo de un solo individuo a la vez, en diferentes situaciones de su vida y bajo diferentes aspectos. El enfoque queda bien ilustrado en los **estudios de caso**. Según Lazarus (1971), autoridad en psicología de la personalidad, la investigación idiográfica, con su énfasis en el estudio intensivo de casos, **preserva mejor el sentido de totalidad y singularidad del sistema de la personalidad y su funcionamiento**, bajo una variedad de condiciones de vida. Su debilidad está en la dificultad para sacar conclusiones válidas para todas las personas.

Las estrategias idiográfica y nomotética, consideradas en una época antagónicas e irreconciliables (una fue tildada de “arte” y la otra de “ciencia”) se hacen ambas necesarias. Ninguna de las dos es suficiente por sí sola, aunque las diferentes teorías de la personalidad enfatizan, por lo general, una u otra perspectiva, de acuerdo a sus propósitos e intereses. Esto lo ejemplifica el psicólogo inglés Gross (1998):

- Las teorías **psicoanalíticas** de Freud, Jung y Adler son claramente idiográficas, ya que se basan en estudios de caso de pacientes dentro del contexto clínico de la psicoterapia y no les interesa medir la personalidad. Es cierto que se ocupan también de la naturaleza y principios del funcionamiento de la personalidad en general (yo-ello-superyó; mecanismos de defensa; introversión-extraversión...).
- Otros psicólogos representativos del enfoque idiográfico son los **humanistas**; Maslow, Rogers... “Lo que comparten es la preocupación por las características de los individuos que los hacen distintivamente humanos, incluso su experiencia de sí mismos como personas”.
- Los teóricos de la personalidad que pertenecen a la tradición **psicométrica**, como Eysenck y Cattell, conocidos también como teóricos de “tipos” y “rasgos”, se han interesado en la personalidad en general. Entre otros procedimientos, utilizaron cuestionarios o inventarios de personalidad aplicándolos a muchas personas. Los resultados los analizaron a través de la técnica de análisis factorial. “Al tratar de establecer factores en términos de los cuales se pueden comparar a todas las personas, adoptan un enfoque nomotético”.

Psicología general y psicología de la personalidad

Es preciso no confundir el enfoque nomotético en el estudio de la personalidad con la “psicología general”, ya que se da una suerte de parentesco entre ambos y se traslapan en algún sentido. Para los psicólogos, **psicología general** no quiere decir “generalidades de psicología” o “introducción a la psicología”, como creen las personas ajenas a esta ciencia. **La psicología general se ocupa del estudio de los fenómenos psicológicos tal como se dan en el adulto normal.** A diferencia de la psicología evolutiva, analiza los fenómenos ya logrados y plenamente maduros.

En la psicología del “adulto normal”, se mantiene en un plano de abstracción que no necesariamente tiene la psicología de la personalidad (salvo en su vertiente más nomotética). Así como los lingüistas estudian el sistema de la lengua ya logrado o maduro (a diferencia de los psicolingüistas evolutivos), el psicólogo que centra sus investigaciones y reflexiones en la psicología general hace lo mismo con los fenómenos psíquicos: pensamiento, memoria, y emociones.

La tabla (fig.1.1) puede aclarar las diferencias entre la **psicología general** y la **psicología de la personalidad**. La comparación está basada en Lazarus (1971). Lazarus organiza su tratado sobre la personalidad a partir de lo que denomina “las 4 D” de la personalidad, y que muchos autores consideran en sus análisis:

- Descripción.
- Desarrollo.
- Dinámica.
- Determinantes.

Como ocurre en otras áreas de la psicología, la manera de encarar cada uno de estos cuatro aspectos dependerá, indudablemente, de la teoría que se adopta. Así como la **descripción**, el **desarrollo**, la **dinámica** y los **determinantes** de la personalidad constituyen aspectos válidos para el estudio y la explicación de los fenómenos relativos a la personalidad normal, **también lo son para el conocimiento de la personalidad anormal o patológica.**

PSICOLOGÍA GENERAL	PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD
Énfasis en la gente más que en las variaciones individuales. Determina normas generales del funcionamiento psicológico humano: por ejemplo, condiciones que afectan la memoria de largo plazo.	Énfasis en las diferencias individuales, aunque también se interesa en leyes generales acerca de la personalidad aplicables a todos: por ejemplo, diferencias en la capacidad de inhibición de acciones entre niños y adultos.
El foco está centrado en los procesos psicológicos por separado: percepción, emociones, pensamiento, memoria... En los libros de psicología general suelen aparecer en capítulos aparte.	El foco se centra en la persona como una totalidad integrada, como síntesis u organización única de las diferentes funciones psicológicas. Cada persona tiene su propia fisonomía física y también psíquica.
Se pone mayor énfasis en los estímulos externos como determinantes de la conducta.	Se pone mayor énfasis en los atributos estables internos de la persona, tales como las disposiciones y rasgos que guían sus acciones y reacciones.

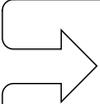
Fig.1.1. Psicología general y psicología de la personalidad

Carácter, temperamento, constitución

En lo que resta de este capítulo, examinaremos **tres conceptos muy ligados al de personalidad**, y que con frecuencia aparecerán a lo largo de este texto. Son importantes para matizar con mayor finura la diversidad en el aula y suelen ser utilizados con frecuencia en los contextos educativos, en especial en los “informes de personalidad”. Ellos son:

1. Carácter.
2. Temperamento.
3. Constitución.

1. **Carácter**, palabra de raíz griega (que equivale a ‘marca’, ‘impresión de una señal’ o ‘incisión’), en la “caracterología” europea ha sido el equivalente al concepto de personalidad que hemos descrito. En este sentido, es sinónimo. Para Allport, en cambio, es **la personalidad en tanto valorada o cuando es objeto de juicios de valor**, como cuando se dice: “tiene buen carácter”, “es una persona noble y buena”, especialmente cuando es objeto de valoración ética. La psicología estudia la personalidad con independencia de todo juicio de índole moral. El concepto de **carácter** puede servir para tal propósito. La personalidad, psicológicamente hablando, no es buena ni mala.



En la tradición **pedagógica**, en que se utilizan expresiones como “la educación del carácter”, “este alumno carece de carácter”, “es débil de carácter”, el carácter es visto como una expresión de la voluntad y tiene que ver con el modo de ser o de conducirse habitualmente una persona, en especial en todo aquello que puede ser objeto de evaluación moral. Para muchos educadores **carácter** es el **conjunto de cualidades morales superiores inherentes a la personalidad**.

2. **Temperamento**, es un concepto que ha sido utilizado de muchas maneras, aunque se relaciona con la **naturaleza emocional** del individuo. Buss y Plomin lo han descrito como “**los rasgos de personalidad heredados, presentes desde la primera infancia**”.¹⁶

Allport (1965) delimitó el concepto en estos términos:



“Temperamento se refiere a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad con que se producen sus respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor. Se consideran estos fenómenos como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditarios”.

Esta definición no implica que el temperamento sea inmutable -explica Allport- o que no varíe desde el nacimiento hasta la muerte: “Al igual que la constitución física y la inteligencia, **el temperamento puede variar**, dentro de ciertos límites, a causa de influencias médicas, quirúrgicas y nutritivas, **como también por acción del aprendizaje y de las experiencias** que tienen lugar en el curso de la vida”.

¹⁶ Buss, A. & Plomin, R. “Temperament: early developing personality traits” Hillsdale, Erlbaum, N.J., 1984. Ver también: Buss, A. “Personality: temperament, social behavior, and the self”. Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1995.

Feldman (1998), autoridad en comunicación no verbal y psicología social de la educación, se refiere al temperamento en sentido amplio como **“disposición innata básica que surge al inicio de la vida”**. A la pregunta: **¿se hereda la personalidad?**, responde que los representantes del enfoque biológico sugieren que **componentes importantes de la personalidad son heredados**, “de la misma manera en que nuestra estatura es determinada en parte por contribuciones genéticas de nuestros antepasados”.¹⁷ Explica que **ya a los dos meses algunos bebés muestran signos de timidez**: “Fruñen el ceño en forma espontánea, incluso mientras descansan tranquilos: una rareza en bebés pequeños. Más tarde, estos mismos bebés se muestran inusualmente temerosos ante la vista de un adulto desconocido y se irritan cuando son confrontados con objetos desconocidos o lugares nuevos. **Para cuando cumplen tres o cuatro años de edad, sus padres y maestros los clasifican como tímidos”**.

Feldman cita también investigaciones sobre el temperamento realizadas por el psicólogo evolutivo Jérôme Kagan, quien estima que los “niños inhibidos pueden representar hasta un 10% de todos los niños”. **Son tímidos en forma consistente y emocionalmente retraídos frente a situaciones desconocidas**. “Cuando se los expone a un ambiente novedoso o cuando conocen a personas por primera vez, se vuelven notoriamente callados. Cuando un adulto desconocido les hace preguntas de dificultad apenas moderada en experimentos, se vuelven ansiosos, lo cual tiene el efecto de obstaculizar su desempeño”. Kagan aporta una serie de detalles más al respecto y contrasta los niños inhibidos con los desinhibidos, fundamentando sus diferencias en el nivel biológico: “los primeros muestran mayor tensión muscular a los cinco años de edad, en particular en las cuerdas vocales y en la laringe. Tienden a poseer un ritmo cardíaco en reposo más rápido y sus ritmos cardíacos se incrementan más cuando se enfrentan a una situación nueva”. Describe también diferencias y variaciones hormonales en la excitabilidad del sistema límbico del cerebro, todo lo que lo lleva a concluir que las diferencias pueden radicar “en una mayor reactividad fisiológica de los niños inhibidos: una característica innata”. Es de interés destacar que, según Kagan (citado en Feldman), **“no todos los bebés que nacen con sistemas nerviosos que se excitan con facilidad se vuelven tímidos más adelante**: alrededor de una cuarta parte vencerá su predisposición biológica y no exhibirá timidez en años posteriores”, lo que atribuye a la presencia, o no, en adelante de situaciones de estrés ambiental. **“La interacción de la herencia y el ambiente es la que determina si un niño se volverá tímido”**.

3. **Constitución**: concepto muy ligado al anterior, temperamento, con el que se alude al **conjunto de las características congénitas y más permanentes del individuo, tanto de tipo morfológico, como fisiológico y mental**. Se relaciona con su “modo de ser”, considerando la estructura corporal y psíquica a la vez, y que se manifiesta en su modo de reacción general, vulnerabilidad o resistencia a las enfermedades, longevidad y capacidad de conservación de la plenitud de sus facultades.

Como puede apreciarse, la constitución de una persona tiene que ver con **aquellos aspectos que son relativamente más fijos y menos modificables**: morfología (proporciones y formas corporales), fisiología (en especial, características y reactividad de su sistema nervioso y función

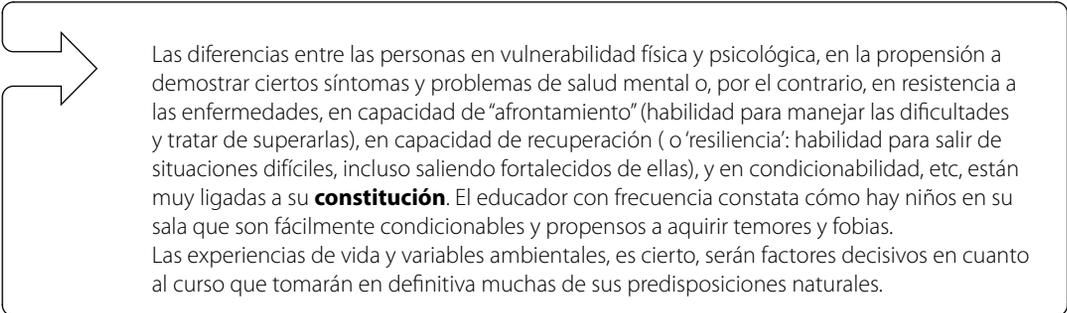
17 Entre los representantes del enfoque biológico está Plomin, R. (ver nota anterior):

Plomin, R. & Mc Cleary, G. (eds.): “Nature, nurture and psychology”. A.P.A., Washington, D.C., 1993.

Plomin, R. “Environment and genes: determinants of behavior”. American Psychologist, 44, 105-111, 1989.

endócrina), que contrastan con aquellos más susceptibles a ser modificados por factores ambientales (hábitos, actitudes, manera de pensar). El temperamento, más directamente relacionado con los fenómenos de naturaleza emocional del individuo, depende en buena parte de la constitución.

Desde los tiempos de Hipócrates, como veremos más adelante, se especuló acerca de la posible correlación entre la estructura anátomo-fisiológica y el modo de ser anímico de las personas. En la psiquiatría contemporánea, Kretschmer determinó la frecuente afinidad entre algunos tipos de constitución corporal, temperamento y determinadas enfermedades mentales.



Las diferencias entre las personas en vulnerabilidad física y psicológica, en la propensión a demostrar ciertos síntomas y problemas de salud mental o, por el contrario, en resistencia a las enfermedades, en capacidad de “afrontamiento” (habilidad para manejar las dificultades y tratar de superarlas), en capacidad de recuperación (o ‘resiliencia’: habilidad para salir de situaciones difíciles, incluso saliendo fortalecidos de ellas), y en condicionabilidad, etc, están muy ligadas a su **constitución**. El educador con frecuencia constata cómo hay niños en su sala que son fácilmente condicionables y propensos a adquirir temores y fobias. Las experiencias de vida y variables ambientales, es cierto, serán factores decisivos en cuanto al curso que tomarán en definitiva muchas de sus predisposiciones naturales.

En un manual como este, que se inscribe en el marco de la psicología educativa, cobran especial relevancia las experiencias y la estimulación que favorecen una conducta ajustada y una interacción social positiva, y que procuran hacer desaparecer o minimizan las barreras que obstaculizan el aprendizaje y la participación, asociadas estas últimas, en algunos casos, a determinados rasgos de personalidad.

Por otra parte, como ‘personalidad’, ‘carácter’ y ‘temperamento’, marcan variables muy importantes que definen a todos los seres humanos, también son útiles al maestro para conocerse mejor a sí mismo. El educador que desarrolla la capacidad de reflexión crítica sobre su propia práctica no puede dejar de lado el examen de sus rasgos de personalidad y características temperamentales ya que pueden interferir, sin que lo haya advertido, con las tareas que pretende llevar a cabo en el aula. Son temas de los cuales se han ocupado, entre otros, quienes se interesan en el estudio de la “inteligencia emocional” o de las “habilidades sociales en la comunicación”. El capítulo que sigue entrega mejores herramientas para apreciar la riqueza que supone la diversidad desde la perspectiva de las características de personalidad.

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD

► Temas del capítulo

Tipos y rasgos: dos enfoques.

Tipologías: aproximación tradicional a la individualidad y a la diversidad.

Teorías de rasgos: identificación de los atributos que definen la individualidad y la diversidad.

Una teoría influyente en psicopatología: el psicoanálisis.

Tipos y rasgos: dos enfoques

Por su importancia para las páginas que siguen, conviene hacer una referencia a dos maneras utilizadas en psicología para la descripción de la personalidad. Han ejercido una significativa influencia en la caracterización de síntomas y síndromes a lo largo del desarrollo de la psicopatología, y han otorgado al psicólogo clínico y a otros profesionales herramientas importantes en su quehacer.

Para el educador, resulta de interés conocer una temática que le permitirá comprender más acabadamente muchas conductas y reacciones de sus alumnos al contar con referentes teóricos que entregan una rica variedad de facetas que caracterizan el comportamiento humano. Constituye otra perspectiva para valorar la diversidad en el aula. Las tipologías tienen escaso valor actual, si bien gran interés histórico, y cobraron importancia en los antiguos tratados de psicopedagogía. Las teorías de rasgos, en cambio, están vigentes y se han traducido en “tests” de personalidad o vocacionales.

Las dos aproximaciones a la descripción de la personalidad corresponden a

- Las teorías de **tipos** (o tipologías).
- Las teorías que hacen sus descripciones a base de **rasgos, características o dimensiones**.

Según las teorías de **tipos**, las personas pueden clasificarse adecuadamente en un determinado número de grupos (tipos), cada uno con características físicas y/o psíquicas que los diferencian de los demás.

Un **tipo** es, en consecuencia, **una forma característica de constitución y estructura psicológica**, peculiar de algunas personas, que las distingue de las correspondientes a otros tipos.

De acuerdo a las teorías de **rasgos**, la personalidad se puede describir mejor por medio de características (rasgos) que presentan y comparten los seres humanos, o por los puntajes que alcanzan en escalas que los miden.

Un **rasgo** puede entenderse como una **característica somática o psicológica asociada a una predisposición a responder de determinada manera**. Es un aspecto de personalidad respecto del cual las personas pueden compararse entre sí.

Las personas “tienen” rasgos o características, pero pertenecen a o “encajan” en un tipo.

La más antigua tipología es la clasificación de temperamentos de la antigua Grecia, donde prevaleció la “teoría humoral”. **Hipócrates**, padre de la medicina, distinguió cuatro humores en el cuerpo (que corresponderían a los elementos de la naturaleza: aire, tierra, fuego y agua): sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema. De acuerdo al predominio de cada uno de tales humores se definen los 4 temperamentos: **sanguíneo, melancólico, colérico y flemático**.

Más tarde, **Galeno**, quien atribuía a los desequilibrios entre los humores el origen de enfermedades, añadió el temperamento **normal**, que suponía el equilibrio perfecto de los cuatro humores. La concepción hipocrático-galénica fue muy influyente durante toda la edad media y, de alguna manera, está presente hasta nuestros días (por ejemplo, en la literatura).

Allport aclaraba ya hace muchos años (1968) que “la ciencia moderna ha demostrado que las sustancias hormonales son más numerosas y complejas de lo que creían los antiguos, pero su feliz intuición de que **el temperamento, el fondo emocional de la personalidad, está condicionado por la química corporal**, ha sido corroborada por las modernas investigaciones”.

Entre las tipologías más conocidas -y que han ejercido una significativa influencia en los trabajos que se llevaron posteriormente a cabo en el área- se citan con frecuencia las de Ernst Kretschmer, William H. Sheldon, Carl G. Jung y Eduard Spranger. Señalaremos algunos de sus aspectos más destacados. Examinaremos después brevemente las teorías de rasgos propuestas por Raymond B. Cattell y Hans J. Eysenck.

Tipologías: aproximación tradicional a la individualidad y la diversidad

Una tipología que ejerció gran influencia en psicología y psicopatología es la del psiquiatra y neurólogo alemán **Ernst Kretschmer** (1888-1964), quien partió de la observación de enfermos con psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia, distinción de las enfermedades mentales establecida por el psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926). Su tipología, basada en la **constitución** de los sujetos, la dio a conocer en su libro “Constitución del cuerpo y el carácter”.

Kretschmer propuso tipos “somáticos” y “psíquicos”. Su idea era que las psicosis no representan más que casos acentuados de los “tipos” que corresponden a los grandes grupos constitucionales a los que pertenecen los individuos normales. Determinadas estructuras corporales se asociarían, según su teoría, a temperamentos psíquicos normales y también patológicos.

Los tipos somáticos son los siguientes:

- El tipo **pícnico** (del gr. *pyknos* = robusto, grueso).
- El tipo **atlético** (del gr. *athlon* = lucha).
- El tipo **asténico** (del gr. *a-sthenos* = sin fuerzas).

Este último después lo consideró una variedad de un tipo general, el **leptosómico** (del gr. *leptos* = delgado; *soma* = cuerpo). Los tipos psíquicos normales se expresan en el temperamento **ciclotímico** y el temperamento **esquizotímico**.

Kretschmer notaba en los temperamentos **el continuo que va de lo normal a lo patológico**, pasando por formas intermedias sub morbosas, lo que se resume en la **fig. 2.1**:



Fig. 2.1. Tipos psíquicos, según Kretschmer

La esquizofrenia se caracteriza por la disociación (= *schyzein*) de las funciones psíquicas básicas: inteligencia, sentimiento y voluntad -viéndose seriamente afectado el pensamiento y las relaciones afectivas- y se destaca por la falta de contacto con la realidad. La psicosis maníaco-depresiva o ciclofrenia (*kyklos* = círculo), por la oscilación del humor desde el estado de euforia y exaltación al de profunda depresión y melancolía. En su acepción moderna, se conocen como trastorno bipolar. Los cicloides y esquizoide son aquellas personas que oscilan entre la salud y la enfermedad, presentando en un grado atenuado los síntomas fundamentales de las psicosis respectivas.

La suposición de Kretschmer es que los límites entre lo psíquicamente “normal” o “sano” y lo “enfermo” son variables. Esto es importante para el tema que abordaremos más adelante: “normalidad-anormalidad”. Consideraba también que en los esquizofrénicos predominaban los tipos leptosómicos (más delgados que el promedio) y los atléticos. Entre los maníaco-depresivos, en cambio, los pícnicos (más bajos de estatura y gruesos). Como las constituciones arriba descritas representan los tipos somáticos relativamente puros y ya que la mayoría de la gente no se adapta con exactitud a ellos -lo que constituye uno de los problemas importantes que suelen presentar las tipologías- describió también tipos “mixtos” (que comparten características de dos o más constituciones) y “displásicos” (que presentan anomalías orgánicas). Se critica a Kretschmer que utilizó métodos de medición imprecisos y descuidó el factor edad: la esquizofrenia, se presenta en edad temprana en que la gente joven tiende a ser más delgada. Sin embargo, aportó valiosas intuiciones en caracterología.

El médico y psicólogo estadounidense **William Herbert Sheldon** (1899-1977) se destacó por sus investigaciones de la constitución física, pero con procedimientos más rigurosos.

En base a fotografías de 4000 sujetos en tres posiciones (de frente, de espaldas y perfil), clasificadas por observadores imparciales, y cuidadosas mediciones de diferentes regiones del cuerpo, obtuvo tres constituyentes fundamentales que, basado en la biología del desarrollo y el supuesto predominio de las capas embrionarias en los rasgos físicos y estructuras corporales, denominó **endomorfismo** (desarrollo pronunciado de los órganos digestivos y respiratorios), **mesomorfismo** (preponderancia de los huesos y músculos), y **ectomorfismo** (músculos poco desarrollados, cuerpo alto y delgado).

Asignó puntajes de 1 a 7 a cinco regiones corporales y obtuvo promedios que indicaban un índice para cada uno de los tres aspectos: un sujeto 711 es un endomorfo puro; un 171, un mesomorfo puro; 117, un ectomorfo puro. Para los tipos marcadamente mixtos los índices son del tipo 434, 444. Los tipos puros resultaron coincidentes con los de Kretschmer:

- El tipo **endomorfo** puro ▶ equivalente al pícnico.
- El tipo **mesomorfo** puro ▶ equivalente al atlético.
- El tipo **ectomorfo** puro ▶ equivalente al leptosómico.

En base a una exhaustiva lista de rasgos que identificó después de observar durante un año -y someter a numerosas entrevistas- a doscientos sujetos, propuso también una tipología de temperamentos:

- **Viscerotonía.**
- **Somatotonía.**
- **Cerebrotonía.**

Kretschmer demostró así que el endomorfo es predominantemente un **viscerotónico** (amante de la comodidad, inclinado al placer, goloso, apacible, alegre, expansivo, sociable); el mesomorfo es predominantemente un **somatotónico** (activo, lleno de vigor, enérgico); el ectomorfo, un **cerebrotónico** (sensible, poco expansivo, reservado, encerrado en sí, vive bajo el dominio del cerebro). Los cocientes de correlación que encontró fueron, respectivamente: .79; .82; y .83.¹⁸

El psiquiatra suizo **Carl Gustav Jung** (1875-1961) es, junto a S. Freud y A. Adler, uno de los pioneros de la psicología profunda. Fue discípulo de Freud -era 19 años menor- pero abandonó el psicoanálisis ortodoxo fundando su propia escuela: la "psicología analítica". Es interesante destacar que, **Carl Jung** presidía la Asociación Psicoanalítica Internacional cuando esta celebró su tercer congreso en 1911. En 1999 se llevó a cabo en Santiago de Chile el congreso N° 41.

Entre los numerosos intereses y escritos de Jung -ya que se ocupó de psiquiatría, psicología, arqueología, mitología, historia de las religiones, alquimia, astrología, etnología, filosofías orientales, según reporta Bonin (1993)- desarrolló una tipología muy influyente. En su libro "**Tipos psicológicos**", publicado en 1921¹⁹, se expresa así en la introducción:

18 Son todas correlaciones positivas elevadas. Una correlación perfecta es 1.00; la ausencia de correlación es .00. Las correlaciones pueden ser también negativas, es decir, inversas: tendencia a la asociación de una puntuación elevada en una serie, con una baja en la otra serie.

19 Está publicado en español en 2 tomos por Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1964.



“En mi labor práctica con enfermos nerviosos hace largo tiempo que llamaron mi atención, además de las numerosas diferencias individuales de la humana psicología, diferencias típicas, evidenciándose por lo pronto dos tipos, que he denominado tipo de introversión y tipo de extraversión, respectivamente.

Al considerar el proceso de la vida humana observamos que el sino de unos está condicionado más por los objetos de su interés, mientras el de otros lo está más por la propia intimidad, por el sujeto. Ahora bien, como todos nos inclinamos, en cierta medida, más hacia uno que hacia otro lado, tendemos por modo natural, en cada caso, a interpretarlo todo de acuerdo a nuestro propio tipo”.

Estos dos tipos -u orientaciones de vida- podrían ser caracterizados así:

- En las personas **introvertidas**, la dirección principal de sus intereses va hacia la propia vida íntima, con tendencia a aislarse del mundo exterior y encerrarse en sí mismas. Prefieren encontrarse con sus propios sentimientos, y suelen estar inclinadas a la reflexión y a la ensoñación. Son poco resueltas para enfrentar las dificultades de la vida, y más bien tímidas y poco expansivas. Prefieren las actividades solitarias.
- Los **extravertidos** representan la tendencia contraria: se trata de personas inclinadas hacia el exterior, con gran sentido práctico y poco propensos a encerrarse en sí mismos. Son expansivos, adaptables a las exigencias del ambiente y resueltos a enfrentar las situaciones que se les plantean. Prefieren pasar el tiempo con otras personas.

Si consideramos que estos dos tipos constituyen categorías demasiado amplias y que dentro de cada una de ellas hay enormes diferencias entre las personas (no todos los introvertidos son iguales), Jung estableció subdivisiones para cada tipo a partir de cuatro funciones de la vida psíquica que consideraba fundamentales: el **pensar**, el **sentir**, el **percibir** y la **intuición**. Así, su teoría contempla los subtipos que se muestran en la **fig. 2.2**.

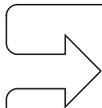
Los ocho tipos básicos

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • El tipo reflexivo extravertido. • El tipo sentimental extravertido. • El tipo perceptivo extravertido. • El tipo intuitivo extravertido. | <ul style="list-style-type: none"> • El tipo reflexivo introvertido. • El tipo sentimental introvertido. • El tipo perceptivo introvertido. • El tipo intuitivo introvertido. |
|---|---|

Fig. 2.2. Las variedades de introversión y extraversión, según Jung.

Recomendamos al lector leer las descripciones de Jung para cada subtipo en la obra citada, las que revelan su aguda penetración de las intimidades del alma humana y contribuyen a una mejor valoración de la diversidad.

La última tipología a la que haremos referencia, es la propuesta por el filósofo, psicólogo y pedagogo alemán **Eduard Spranger** (1882-1963). Constituye más bien una “tipología de valores”, no de personas realmente existentes. Por el interés que puede tener para los educadores hemos considerado importante incluirla.



Allport dice que se trata de “tipos ideales” o “esquemas de comprensibilidad” que “permiten determinar **cuán lejos ha ido una determinada persona en la organización de su vida** siguiendo uno o varios de estos esquemas básicos”.

Spranger, además notable psicólogo de la adolescencia, se formó en la tradición de Dilthey.²⁰ Desarrolló una psicología entendida como **ciencia del espíritu**. Caracteriza, la vida del espíritu en algunas ‘formas típicas’ de valor universal, con predominio de una por sobre las otras.

Los seis tipos humanos son:

- El teórico** ▶ Se rige por la ley de la objetividad.
- El utilitario** ▶ Se rige por la ley de la utilidad.
- El estético** ▶ Se rige por la ley de la forma.
- El social** ▶ Se rige por la ley del amor.
- El político** ▶ Se rige por la ley del dominio.
- El religioso** ▶ Se rige por la ley de la salvación.

Fig. 2.3. La tipología de valores de Spranger.

La descripción de estos tipos o formas de vida primarias puede encontrarse en “Formas de vida: psicología y ética de la personalidad” y Allport (1968) trae una breve reseña crítica de cada uno de ellos.²¹ Anotamos algunos rasgos esenciales, y hemos destacado sólo los tipos extremos y no sus combinaciones:

El teórico: Su mayor interés es el descubrimiento de la verdad. Lo anima una sola pasión: la pasión por conocer. No conoce más que un sufrimiento: el de los problemas no resueltos. La vida interior prevalece por sobre las actividades prácticas: se siente muchas veces como un inadapitado en la vida corriente.

El utilitario: Se interesa especialmente por lo que es útil y práctico, los asuntos económicos, acumulación de riqueza y el mundo de los negocios. Quiere que la educación sea práctica y considera el conocimiento no aplicado como un despilfarro.

20 Wilhelm Dilthey (1833-1911) profesor de filosofía en Berlín. Apunta Bonin en su “Diccionario de los grandes psicólogos” que fundó, en el marco de su extensa obra, la “psicología científica del espíritu”. Según la teoría científica clásica, una ciencia era más ciencia en la medida en que se aproximaba a los métodos de la física. Si embargo, mientras las ciencias naturales “explican”, las ciencias del espíritu intentan “comprender”.

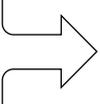
La psicología “explicativa”, señalaba Hernán Larraín S.J. (fundador y director por muchos años de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile) en sus Apuntes de Psicología General, “se basa en una extensión abusiva de los conceptos de las ciencias naturales al dominio de la vida mental. Tomando como modelo la física busca las causas y supone el principio del determinismo. De un número limitado de elementos pretende deducir todos los posibles datos de la experiencia interna”.

“La psicología de Dilthey -en cambio- describe los hechos psíquicos tal como son dados en la experiencia. No parte del elemento, sino de la totalidad de la vida psíquica. La vida psíquica es originariamente, desde sus partes elementales hasta las más elevadas, una unidad”.

21 Otras obras de Spranger son: “Cultura y educación”; “Psicología de la edad juvenil” y “El educador nato”. Escribió este último libro (en español: Kapelusz, 1960) “motivado por la preocupación de que la tendencia al achatamiento que se comprueba en la escuela pudiese hacerse demasiado intensa”.

El Hno. Gilberto Poza, notable educador, orientador del Instituto Alonso de Ercilla y experto en temas de la adolescencia, fue profesor de la Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y jefe del Departamento de Psicopedagogía: sentía gran admiración por la obra de Spranger y transmitió con entusiasmo su legado a varias generaciones de futuros profesores.

- El estético:** Considera que los valores más importantes son la belleza, la forma y la armonía. Es el tipo imaginativo, el artista, que no pretende conocer la realidad en su objetividad, como el teórico, sino en su significado subjetivo, como él la experimenta.
- El social:** Es el altruista, que se entrega por entero a la causa de los demás. El valor más elevado es el amor por los otros. Es solidario, amable, sin egoísmo. Considera frías y hasta inhumanas las actitudes utilitarias, teóricas o estéticas.
- El político:** Su motivación primaria es el poder, tiende a convertirse en jefe o dirigente. Sus actividades no se limitan necesariamente a la política, pero, cualquiera sea su vocación, le interesa el poder personal, la influencia y la fama.
- El religioso:** Personas de inclinación mística, a quienes las manifestaciones de su vida interior les dan satisfacción si están elevadas a un plano de gran espiritualidad. Buscan el recogimiento y la soledad; tratan de comprender el cosmos como un todo, y encuentran en la experiencia religiosa el sentido de la vida.


 Spranger desarrolló también una tipología específica para la **adolescencia**, basada en las formas preponderantes en que los adolescentes orientan y conciben su vida. Distinguió los tipos: **deportivo, intelectual, esteta, activo, dominador, social, entusiasta** y **místico**.

Teorías de rasgos: identificación los atributos que definen la individualidad y la diversidad

Aparte del procedimiento basado en la noción de **tipo**, la personalidad se puede describir también en base a **rasgos** o características.

En las tipologías, como ha podido apreciarse, se consideran los **tipos** como categorías distintas y discontinuas. La persona pertenece a (o “encaja” en) un tipo u otro, lo que ha constituido uno de los problemas principales enfrentados por tales teorías, solucionado parcialmente por medio de la vaga noción de tipos compartidos o mixtos. En los análisis en base a **rasgos**, en cambio, se supone que las personas **difieren al ubicarse distintamente en dimensiones o variables continuas**. Esto lo ilustra la **fig. 2.4**, basada parcialmente en Carver y Scheier (1997):

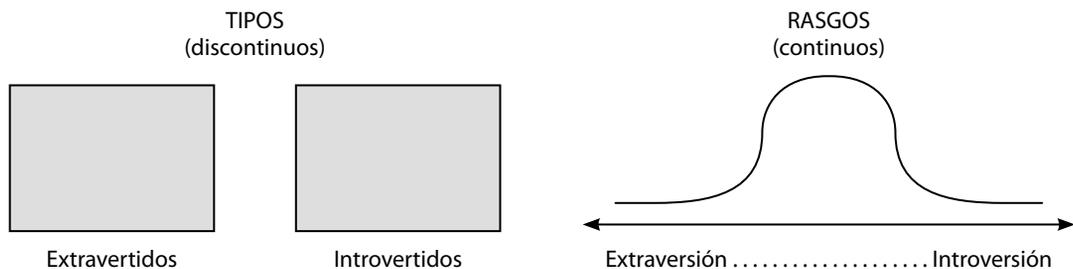


Fig. 2.4. Teorías de tipos versus teorías de rasgos.

En la actualidad las tipologías han perdido vigencia y los teóricos de la personalidad se inclinan por la descripción en base a rasgos. Incluso las características tradicionalmente englobadas en tipos (extraversión, introversión, cerebrotonía, melancolía) son vistas ahora más bien como rasgos o propiedades que se presentan en mayor o menor grado en las personas y que permiten no sólo describirlas, sino también establecer comparaciones entre ellas.

De acuerdo a la distinción de Allport entre **rasgos comunes** (que se pueden aplicar a todas las personas, y que constituyen la materia prima del enfoque nomotético) y **rasgos individuales** (conjunto único de disposiciones personales, que constituyen la materia del enfoque idiográfico). Dentro de estos últimos, distinguía entre rasgos **cardinales** de un sujeto, **centrales** y **secundarios**. El lector interesado en el tema puede acudir directamente a su obra para obtener una información más completa. Vale la pena destacar que, como punto de partida de sus análisis, con sus colaboradores encontró en el diccionario ¡más de 18.000 términos! que describen características (rasgos) personales, quedándose posteriormente con algo más de cuatro mil, lo que evidencia la riqueza de una lengua en ese sentido. Ocurre, sin embargo, que numerosos términos que describen características de personalidad y que consideramos “sinónimos”, pueden corresponder a un mismo rasgo en términos psicológicos. Por ejemplo: *tímido, temeroso, retraído, vergonzoso, pusilánime...* En vista de ello, psicólogos muy influyentes en el área, como Cattell y Eysenk, utilizaron la técnica estadística “análisis factorial”, basada en correlaciones, que permite reducir un gran número de datos a una cantidad pequeña.²²

Los datos consisten en **puntuaciones** de sujetos en cuestionarios de personalidad, tests, pautas de observación, etc. Se calculan correlaciones entre las diferentes variables, obteniendo matrices de las que se extraen los **factores** o conjuntos de correlaciones que explican los vínculos entre los datos. Se trata de determinar el menor número de factores en los que se organizan (o que están a la base de) las características de personalidad más importantes.

Una de las teorías de rasgos más conocidas es la de **Raymond B. Cattell**, quien, entre otras fuentes, utilizó el criterio léxico (el lenguaje), reduciendo a una lista de tan sólo 171 nombres de rasgos los 4500 términos a que ya habían llegado Allport y colaboradores en una primera reducción. A partir de investigaciones con miles de sujetos y con técnicas de análisis factorial, concluyó que la esencia de la personalidad estriba en un conjunto de **16 factores o dimensiones subyacentes** (fig. 2.5).

El inventario que los mide se conoce como el 16PF.²³ El lector puede recorrer los 16 factores y verificar en cada uno de ellos qué extremo de la dimensión representa mejor sus características de personalidad. Lo mismo puede hacer en relación a personas que le son especialmente significativas. El listado entrega una rica variedad de términos que permiten al profesor describir y caracterizar de manera muy certera a los alumnos, valorando desde una perspectiva altamente valiosa la diversidad en el aula.

22 Hans Eysenck ha utilizado dentro del análisis factorial el método “ortogonal” con el que se pretende identificar un número muy pequeño de factores poderosos, independientes entre sí, es decir, que no están correlacionados.

Raymond Cattell, por su parte, dentro del mismo tipo de análisis, ha optado por el método “oblicuo”, que permite identificar un número mayor de factores, menos poderosos, que no son independientes, es decir, que admiten algún grado de correlación entre ellos.

23 En Chile y otros países hay adaptaciones locales. Las versiones más recientes: Cattell, R.; Eber, H. & Tatsuoka, M.: “Handbook for the 16 personality factor questionnaire”. Champaign, IL, JPAT, 1977. Cattell, R.; Cattell, A. & Cattell, H.: “16 personality factor questionnaire (5ª ed.)”. San Antonio, TX, Harcourt Brace, 1993.

La **fig. 2.7** corresponde al modelo de **Hans J. Eysenck**, fundador del primer Departamento de Psicología Clínica de Inglaterra y profesor de la Universidad de Londres, quien, como resultado del análisis factorial aplicado a datos obtenidos por diferentes procedimientos en grandes muestras de sujetos, determinó inicialmente dos factores de segundo orden, ortogonales (independientes entre sí), o **rasgos de orden superior**:

- **E** Extraversión: (extraversión introversión)
- **N** Neuroticismo: (inestabilidad estabilidad emocional)

01	Retraído, frío, reservado	Sociable, comunicativo, cálido
02	Razonador concreto	Razonador abstracto
03	Inestable, inmaduro	Maduro, estable
04	Sumiso, respetuoso	Dominante, asertivo
05	Taciturno, deprimido	Entusiasta, impetuoso
06	Mojigato, escrupuloso	Despreocupado, irreverente
07	Apocado, tímido, inhibido	Aventurado, intrépido
08	Realista, práctico, lógico	Idealista, soñador, emotivo
09	Suspicaz, receloso	Confiado, comprensivo
10	Conformista, convencional	Excéntrico, bohemio
11	Ingenuo, sencillo, natural	Mundano, sofisticado
12	Inseguro, autorreprochante	Seguro de sí, confiado
13	Tradicional, conservador	Innovador, abierto al cambio
14	Dependiente, subordinado	Autosuficiente, independiente
15	Controlado, perfeccionista	Indisciplinado, descuidado
16	Tenso, irritable, frustrado	Relajado, sereno, suelto

Fig. 2.5. Los 16 factores (o rasgos primarios) de personalidad de Cattell.

En base a las observaciones de Jung y de otros estudiosos, incluida la tipología de Hipócrates-Galeno, ordenó los diversos tipos de personalidad de manera sistemática y mensurable. Validó con esto intuiciones muy antiguas, si bien los factores de Eysenck no son categorías discontinuas: representan dimensiones.

Es interesante notar que ya Kant había propuesto una descripción más específica de los 4 temperamentos y que Wundt fue el primero en establecer un modelo dimensional, no categorial.

El esquema básico (Arroyo y Bennasa, 1998) de este modelo -con aportes de Kant y Wundt- a los 4 temperamentos tradicionales se muestra en la **fig. 2.6**.

Los rasgos (o factores de primer orden) en cada cuadrante del modelo de Eysenck (**fig. 2.7**) caracterizan a las personas que representan las posiciones extremas de cada dimensión. La mayoría de la gente difícilmente corresponde a tipos ideales. Obsérvese en la figura cómo los rasgos de las personas que pertenecen a cada uno de los cuatro temperamentos tradicionales varían según el rasgo de orden superior al cual se aproximan.

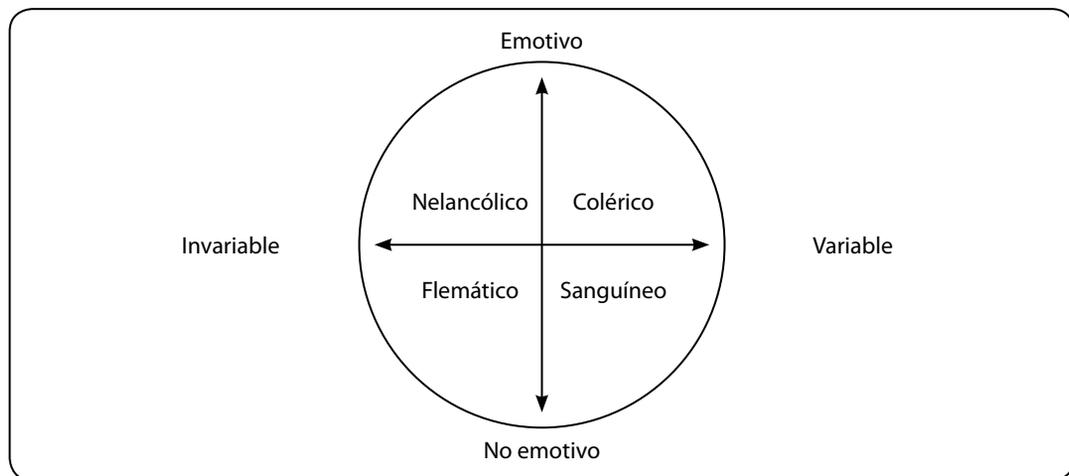


Fig. 2.6. Los 4 temperamentos tradicionales con los aportes de Kant y posteriormente Wundt

Uno de los procedimientos utilizados por Eysenck para medir las dos grandes dimensiones de personalidad es el **inventario** o **cuestionario**, instrumento de auto-reporte en que el sujeto debe responder "Sí" o "No", sin dejar ninguna pregunta sin contestar. Las preguntas son del tipo:

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿Usted tiene mareos? | Sí | No |
| • ¿Usted tiene palpitaciones o latidos fuertes en el corazón? | Sí | No |
| • ¿Alguna vez tuvo crisis de nervios? | Sí | No |
| • ¿Frecuentemente ha tenido períodos de miedo en la vida? | Sí | No |
| • ¿Usted, se preocupa demasiado acerca de experiencias humillantes? | Sí | No |
| • ¿Usted es una persona irritable? | Sí | No |
| • ¿Algunas veces tiene una 'opresión' o 'pena' en el corazón? | Sí | No |
| • ¿Le parece difícil hacer amistades? | Sí | No |
| • ¿Pasa del buen humor a la depresión, sin causa que lo justifique? | Sí | No |
| • ¿Sueña mucho 'despierto'? | Sí | No |
| • ¿Suele sentirse cohibido en presencia de sus superiores? | Sí | No |
| • ¿Sufre pesadillas? | Sí | No |
| • ¿Permanece generalmente retraído en reuniones sociales? | Sí | No |
| • Etc. ²⁴ | | |

24 Del Inventario de Neuroticismo de Eysenck desarrollado en el Departamento de Psicología del Hospital Maudsley, del que fue Director. En Eysenck H.J.: "Personalidad y vida social", 2ª parte de "Enigmas de la psicología" (Sense and nonsense in psychology), Morata, Colección Ágata, Madrid, 1962.

Los sujetos que tienden al extremo del **neuroticismo** con mayor probabilidad responden “Sí”. En una muestra de 1000 sujetos neuróticos y 1000 sujetos normales, por ejemplo, a la pregunta “¿Tiene usted *insomnio*?”, 32% de los neuróticos contestó “Sí”, y sólo el 13% de los normales.

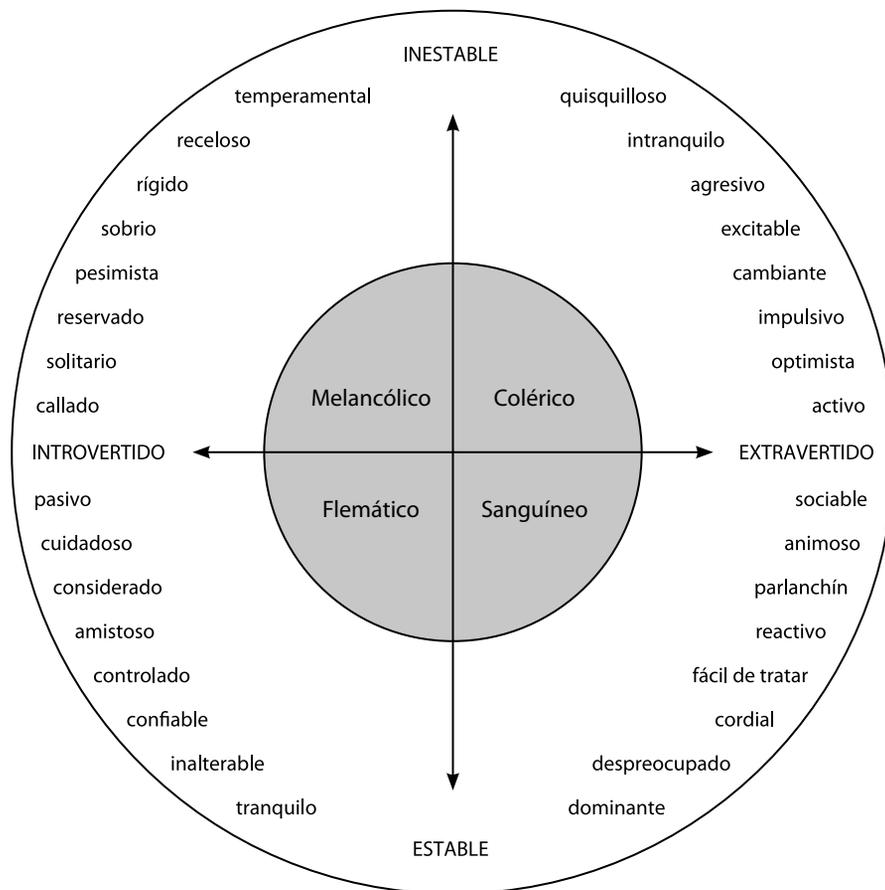


Fig. 2.7 Dimensiones y rasgos de personalidad en Eysenck.

Eysenck explica con detalle el sentido que pueden tener estos hallazgos para la teoría, advirtiendo también acerca de las dificultades que se plantean. Entre otras, que las personas muchas veces se desconocen o no reconocen sus defectos.²⁵ Además, la mayoría de las personas quiere que se la considere de la manera más favorable posible y puede tratar de negar aquellos defectos que en la escala social podrían darle la calificación de inmaduro, inestable, poco digno de confianza, etc.

²⁵ Refiere Eysenck que en un conocido experimento se hizo la pregunta: ¿Tiene usted un sentido del humor mejor que lo común?. El ¡98% respondió afirmativamente! Pocas personas que tienen un sentido del humor deficiente son conscientes del hecho. Un 'tacaño' puede estar en total ignorancia de que tiene ese defecto.

En la pregunta sobre el insomnio, el dato objetivo que obtiene el investigador, expresado en porcentajes, no debe llevarlo a interpretar de buenas a primeras que los neuróticos tienden más al insomnio que las personas normales. Podría ocurrir que neuróticos y normales sufren de insomnio en igual grado, pero que representa mayor estrés para los primeros o, también, que tienden a quejarse más. El cuestionario debe ser complementado con otros procedimientos clínicos.

El autor también explica:



“¿Cómo superar el peligro de un falseamiento de las respuestas? ¿Cómo prevenir el que muchos sujetos respondan a todas las preguntas en el sentido de la ‘normalidad’ y no del neuroticismo? La respuesta es que, aunque no es posible una solución tajante, sí lo es el poder detectar tendencias de esta clase y hacer suposiciones sobre ellas, o bien desechar totalmente los resultados del cuestionario. El método usado es muy sencillo y se llama ‘escala de mentiras’. Una persona que quiere dar una buena impresión de sí misma responde NO a todas las preguntas que la hagan mostrarse bajo una luz diferente a la que ella quisiera. Por lo tanto, lo que hacemos es entregarle un cuestionario con preguntas ‘trampa’ que hacen aparecer desfavorablemente a quienes responden sinceramente SÍ y que, sin embargo, son preguntas de tal naturaleza que la mayoría de las personas sinceras tienen que responder afirmativamente. Por ejemplo, la pregunta: ¿Usted ha dicho alguna vez en su vida una mentira inocente? Desde luego, el admitir que se ha dicho una mentira es mostrarse desfavorablemente y, sin embargo, ¡qué pocas personas podrían contestar con sinceridad NO a esta pregunta! Si una persona responde NO a esta y otras preguntas similares sabremos instantáneamente que sus respuestas no son sinceras. Se puede, claro está, pensar que alguna persona pueda responder con sinceridad NO a todas las preguntas de la ‘escala de mentiras’, pero entonces sería un santo y los cuestionarios no se han elaborado para los santos” (Eysenck en “Personalidad y vida social”).

Las dos grandes dimensiones o factores, analizadas, en términos del propio autor, citado por Gross (1998), quedarían así caracterizados los tipos extremos:

1. En la escala de **neuroticismo** (estabilidad-inestabilidad):

- La persona **N** típica, con puntuaciones altas, es ansiosa y preocupada, malhumorada y frecuentemente deprimida; es probable que duerma mal y que sufra diversos trastornos psicómaticos. Es muy emocional, reacciona con demasiada intensidad a todo tipo de estímulos y le resulta difícil recuperar el equilibrio después de cada experiencia que la excite emocionalmente.
- La persona **E estable**, con baja puntuación en N, tiende a responder a nivel emocional sólo de manera lenta, en general débilmente, y a regresar a su nivel inicial con rapidez después de la excitación emocional; en términos generales, es tranquila, sosegada, controlada y sin preocupaciones.

2. En la escala de **extraversión** (introversión-extraversión):

- El **extravertido típico** es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita tener gente con quien hablar y no le agrada leer o estudiar solo. Anhela la excitación, se aventura y con frecuencia se arriesga. Actúa en el momento y, en general, es un individuo impulsivo. Le gustan las bromas pesadas, siempre tiene lista una respuesta y, en general, le gusta el cambio. Es de buena disposición, despreocupado, optimista y le gusta ‘reír y ser feliz’. Prefiere estar en constante movimiento y hacer cosas. Tiende a ser agresivo y a perder los estribos con facilidad; en general sus sentimientos no están bajo un control firme y no siempre es una persona confiable.

- El **introvertido típico** es una persona tranquila, alejada, introspectiva, amante de los libros más que de las personas; es reservado y distante, excepto con amigos íntimos. Tiende a planear de antemano, ‘mirar antes de brincar’ y desconfía del impulso del momento. No le agrada la excitación, toma con adecuada seriedad las cuestiones de la vida cotidiana y prefiere un modo ordenado de vida. Guarda sus sentimientos bajo un estrecho control. En raras ocasiones se comporta en forma agresiva y no pierde los estribos con facilidad. Es confiable, un tanto pesimista y da enorme importancia a las normas éticas.

Jung distinguió diferentes subtipos de introversión y extraversión (reflexivos, sentimentales), lo que permite entender de mejor manera las variadas formas que asumen los correspondientes rasgos en las personas. Por otra parte, las descripciones de Eysenck caracterizan especialmente los extremos de la dimensión: el extravertido e introvertido “típico”, lo que no representa necesariamente a muchas personas.

Eysenck ha sido un entusiasta promotor de la terapia del comportamiento, basada en los principios del condicionamiento (desensibilización sistemática, terapia por aversión) y ha rechazado de plano la terapia y explicaciones psicoanalíticas, las técnicas proyectivas²⁶, la Gestalt, etc., por considerarlas “poco científicas”. Su perspectiva es la de la “psicología explicativa” asumida por el conductismo, de la que se hizo mención anteriormente.

Desarrolló más tarde una tercera dimensión: **P** o **psicoticismo**, como resultado de la vasta experiencia e investigación con pacientes psiquiátricos. En cierta manera confirma la idea de Kretschmer de que hay un continuo y sólo existen diferencias de grado entre personas normales y psicóticas, así como ocurre entre normales y neuróticos. **P** se traslapa con etiquetas psiquiátricas, tales como personalidad “esquizoide”, “psicopática” y “trastornos de la conducta”.

Gross (1998) al comentar este punto afirma que las dimensiones **P** y **N** representan para Eysenck una predisposición -a diferencia de las neurosis y psicosis propiamente tales- pero, bajo tensión extrema pueden llegar a convertirse en dichas anomalías psiquiátricas.

La persona con puntuación alta en **P** es descrita como:

- Individuo solitario, que no se ocupa de los demás. Con frecuencia es problemático y no se adapta a ningún lugar. Puede ser cruel e inhumano, carente de sentimientos y empatía, y del todo insensible. Es hostil hacia los demás, aun hacia su propia familia, y es agresivo incluso hacia los seres amados. Goza de cosas raras y poco comunes y no se preocupa por el peligro; le gusta burlarse de las personas y molestarlas.

Eysenck introdujo una serie de modificaciones a su cuestionario de personalidad, desde la versión inicial en 1952 en el Hospital Maudsley, hasta la de 1975 que incluye la escala “**P**”.²⁷ A lo largo de este texto volveremos a hacer referencia a algunas de sus importantes contribuciones.²⁸

26 Las técnicas proyectivas (como el test de manchas de tinta de Rorschach; la completación de frases inconclusas frente a determinadas escenas, etc.) consisten en estímulos ambiguos que provocan respuestas subjetivas en la persona a la que se les aplican, provocadas por sus asociaciones cognitivas, emocionales o por sus fantasías. Se denominan así porque se cree que el sujeto “proyecta” aspectos de su personalidad en la tarea, dando a conocer parte de su dinámica interna, muchas veces inconsciente.

27 EPQ = Eysenck Personality Questionnaire. Eysenck H. & Eysenck S.: “Manual of the EPQ”. Hodder & Stoughton, London, 1975.

28 El lector puede ver la vigencia de esta teoría en publicaciones y trabajos algo más recientes. A modo de ejemplo:

Kemp, D.E. & Center, D. B. “Antisocial behavior in children and Hans Eysenck’s biosocial theory of personality”. Trabajo presentado en el “Encuentro Anual sobre Trastornos Severos de la Conducta en Niños y Adolescentes” en Scottsdale, Arizona USA, noviembre de 1998. (Identificador ERIC ED 430351: <http://erica.net/ericdc/ED430351.htm>).

Muchos problemas de la personalidad, el desarrollo y el aprendizaje se inician relativamente temprano en la vida; otros son más bien tardíos. En algunos se hace más evidente una predisposición a adquirirlos, el peso de lo constitucional, del temperamento o de factores hereditarios; en otros parecen ser más decisivos factores ambientales. Las tipologías y teorías de rasgos recién examinadas constituyen buenos instrumentos para apreciar las diferencias entre las personas.

Son demasiadas las variables en juego y, tal como lo explicábamos en las páginas anteriores, el desarrollo -normal o anormal- depende de la interrelación y de las transacciones entre lo que el niño ya trae desde su gestación, las influencias que vienen desde el exterior y lo que él está en condiciones de hacer.

Una teoría influyente en Psicopatología: el Psicoanálisis

La psicología ha utilizado diferentes procedimientos para describir la **personalidad**, la “organización dinámica de los sistemas psicofísicos” que nos es peculiar y que se manifiesta en nuestra conducta, pensamientos y sentimientos.

Por su gran influencia, incluso fuera del dominio de la psicología, conviene hacer una breve mención de la teoría desarrollada por **Freud** a partir de las experiencias clínicas con sus pacientes, y que se conoce como **Psicoanálisis**. Su peso se hizo notar fuertemente en Psicopatología y en Psicoterapia a causa de su particular interpretación de las enfermedades mentales y del psiquismo humano. **Psicoanálisis** se identifica principalmente con los procedimientos de terapia utilizados por Freud (asociación libre, interpretación de los sueños, interpretación de los fenómenos de transferencia y resistencia) actualmente engloba un gran cantidad de variaciones de la terapia freudiana básica.

Parte de este capítulo se insertó en nuestro manual “Cómo aprenden los seres humanos”, a sugerencia de algunas personas que necesitaban una referencia al Psicoanálisis en un libro dedicado al aprendizaje.

Psicoanálisis -caracterizado también como Psicología profunda y Psicología dinámica- debe entenderse, aclara Iturrate²⁹, de varias maneras:

- Como un **método terapéutico** desarrollado inicialmente por Freud, para el tratamiento de las enfermedades mentales. Empleó para ello procedimientos puramente psicológicos que consisten, en ayudar al enfermo a revivir sus problemas psíquicos, para que él mismo pudiera darles una solución saludable y realista.

El trabajo analiza el comportamiento antisocial en niños y jóvenes a la luz de la teoría biosocial de la personalidad de Eysenck. En dicha teoría se asigna un rol muy significativo a los factores biológicos: 3 rasgos temperamentales P, E y N interactúan con el ambiente en el desarrollo de la personalidad. También se analiza la escala de mentira (L = lie) que funciona como índice de socialización y conformidad social. Entre los hallazgos, se ha observado que los sujetos con mayor riesgo para desarrollar conductas antisociales puntúan por sobre el promedio en la dimensión P. Los sujetos agresivos tienden a estar más arriba en la escala E que en la N, pero los no-agresivos, aunque antisociales, puntúan más alto en la escala N que en la E.

Center, D. & Kemp, D. "Temperament as a potential factor in the development and treatment of conduct disorders". Trabajo presentado en el "Congreso del Consejo para Niños con Trastornos de Conducta" en Dallas, Oct. 1999. (Identif.ERIC ED 436874: <http://ericae.net/ericdc/ED436874.htm>).

Los autores señalan que Eysenck ve la personalidad como el producto de la interacción entre temperamento y socialización. Describen los 3 factores en su modelo de personalidad: E (extraversión), N (neuroticismo) y P (psicoticismo). Los temperamentos, basados en tales rasgos y sus interacciones, son analizados en relación con sus hipótesis sobre el comportamiento antisocial y el desarrollo de los trastornos de la conducta. Se analizan también los procedimientos que sugiere para la intervención de la conducta antisocial. Entre los más efectivos, se incluyen el entrenamiento grupal para padres y el entrenamiento basado en la observación de videos para prepararlos en su rol de agentes socializadores.

29 Iturrate, M. "Psicoanálisis y personalidad. Un ensayo de síntesis humana". Cía. Gral. Fabril Editora. B. Aires, 1962.

- Como un **método de investigación del inconsciente**, que permite penetrar en el campo de los fenómenos psíquicos que escapan al examen de la propia conciencia. Con este propósito se utilizan especialmente las técnicas de la interpretación de los sueños, de los actos fallidos y de la asociación libre.
- Como una **teoría psicológica**, es decir, como una determinada concepción de psiquismo humano. La vida psíquica se concibe de una manera dinámica que se desenvuelve gracias al juego de energías que, en mutua interacción, explican la conducta humana.

Freud³⁰ concibió la personalidad como una totalidad dinámica organizada en 3 subsistemas o instancias: el **Yo**, el **Ello** y el **Superyó**.

Conforme a la concepción psicoanalítica, afirma también Iturrate, la vida psíquica del hombre se explica gracias a la interacción con que estas tres instancias **-influyéndose mutuamente, condicionándose y aun modificándose-** organizan y estructuran como un todo la realidad de nuestro psiquismo:

- Cuando este triple orden de funciones psíquicas cooperan armoniosamente unificadas, desempeñando eficazmente las tareas que les son propias en vista del todo individual, la persona humana es capaz de enfrentar la realidad, logrando ajustes y adaptaciones que le permiten vivir en armonía interior y exterior, satisfaciendo las necesidades básicas de su naturaleza humana.
- Cuando Ello, Yo y Superyó no funcionan armoniosamente unificados, cuando las funciones de uno de estos sistemas dificultan o impiden la eficacia del otro, la persona, interiormente desajustada, vive insatisfecha consigo misma y perturbada, y no es capaz de lograr adaptarse a la realidad de una manera eficaz.

De manera metafórica, a fin de hacer gráficamente más accesible la concepción psicoanalítica, **Ello, Yo y Superyó** se representan como **tres regiones topográficas**. La **fig. 2.8** está basada en Bonin (1993), donde aparece bajo el encabezamiento: “esquema del nuevo tópico de Sigmund Freud en el que concibió su nueva relación entre el Ello, el Yo y el Superyó”. Las tres instancias psíquicas, Yo, Ello, Superyó, aparecen en correspondencia con los niveles de funcionamiento psíquico relativos a la conciencia:

30 Sigmund Freud (1856-1939) neurólogo austríaco, estudió medicina en Viena. Trabajó como asistente del psiquiatra Theodor Meynert y obtuvo después una beca para estudiar con el neurólogo Jean M. Charcot en París. De regreso a Viena se casó con Martha Bernays (1861-1951) e inició su práctica privada. Según relata Bonin (1993), al comienzo Freud trató los padecimientos “nerviosos” con electroterapia e hipnosis. Su gran amigo Joseph Breuer, médico y filósofo, también de origen judío -a quien Freud consideraba el verdadero fundador de psicoanálisis- le informó de su paciente “Anna O”, seudónimo de una escritora muy activa, quien enfermó a los 21 años sufriendo parálisis transitorias, trastornos de la vista e insensibilidades, alteraciones del estado de ánimo, etc.. Fue curada por Breuer a través de un método catártico -“cura por el habla”- pudiendo descargar sus sentimientos y afectos reprimidos, relacionados con problemas con su padre.

Esta experiencia clínica fue clave para Freud, quien comenzó a articular activamente un sistema teórico y psicoterapéutico de insospechada influencia. Trabajó unos años con Breuer, con quien desarrolló el método de la “asociación libre”. Publicaron “Estudios sobre la histeria” y más tarde Freud dio una conferencia a la Sociedad Médica Vienesa -para sobresalto de sus oyentes- sobre los orígenes sexuales de la histeria. Desarrolló posteriormente la noción del “complejo de Edipo”.

Con “La interpretación de los sueños” (la “vía real” al inconsciente) en 1899, inicia una enorme cantidad de publicaciones. En 1909 viajó con Carl Jung y Sandor Ferenczi a Estados Unidos a dar cursos. En 1910 se fundó la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Se le diagnosticó cáncer al paladar en 1923, sufriendo posteriormente numerosas operaciones y debiendo usar una prótesis del maxilar. En 1933 los nazis quemaron sus escritos. Emigró a Londres en 1938, muriendo al año siguiente. Otras de sus obras son: “Psicopatología de la vida cotidiana”, “Una teoría sexual”, “El chiste y su relación con lo inconsciente”, “Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis”, “Psicología de las masas”, “Introducción al narcisismo”, “Inhibición, síntoma y angustia...”, etc.

Su hija Anna Freud (1895-1982), la menor de seis hermanas, es considerada la fundadora del análisis infantil. Se formó con su padre y fue su secretaria, colaboradora científica, representante en congresos y enfermera. Escribió “El yo y los mecanismos de defensa”, de enorme influencia en la tradición psicoanalítica.

- El consciente,
- El pre consciente
- El inconsciente (o subconsciente).

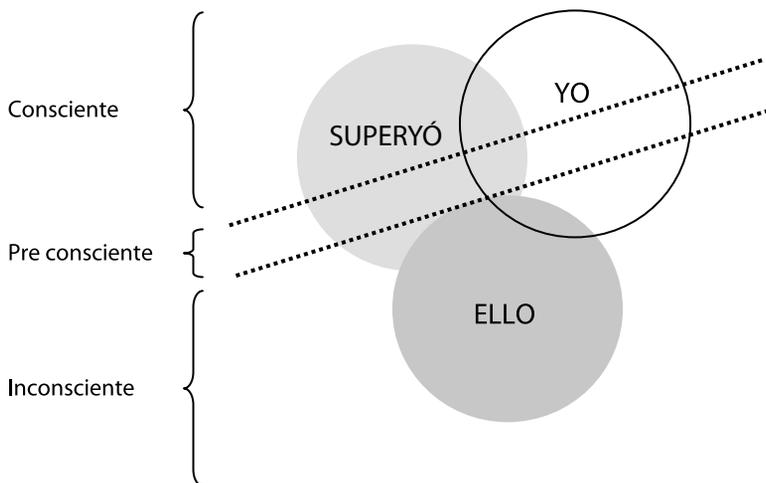


Fig. 2.8. Las tres instancias psíquicas freudianas y niveles de conciencia.

Iturrate (1962) explica que inicialmente el **inconsciente o subconsciente** (aquello a lo cual no tenemos acceso consciente directo) fue el centro de toda la concepción freudiana: por eso se la llamó “Psicología profunda”. **Consciente, pre consciente e inconsciente** fueron concebidos en un comienzo por Freud como los subsistemas estructurales, constituyentes de la personalidad. Más adelante los incluyó sólo como cualidades de los fenómenos psíquicos, **Yo, Ello y Superyó** se transformaron en los constituyentes.

La cualidad de ser **consciente** coincide con la noción de conciencia de los filósofos y del habla cotidiana. Se aplica a todo aquello de que nos ocupamos lúcidamente en este momento.

Preconscientes son aquellos hechos actualmente inconscientes, pero que fácilmente se pueden traer a la conciencia.

La cualidad de ser **inconsciente** que corresponde a un fenómeno dado, consiste en que dicho fenómeno no es actualmente percibido por el Yo, aunque hay razones suficientes para creer que existe efectivamente en el psiquismo.

En la **fig. 2.8** observamos que el Yo y el Superyó, a diferencia del Ello, funcionan en los tres niveles. Hay, por lo tanto, una dimensión consciente, pre consciente e inconsciente dentro del Yo y del Superyó. Los mecanismos “de defensa del Yo”, que revisaremos más adelante, se inscriben en la dimensión inconsciente del Yo.

El “material” mental puede pasar y regresar fácilmente entre los niveles consciente y pre consciente de la mente. Una vez en el inconsciente, la persona no puede tener acceso

consciente al mismo, porque existe una suerte de “barrera” mental que impide la recuperación. La **fig. 2.9** -adaptada de Carver y Scheier (1997)- ilustra la idea.

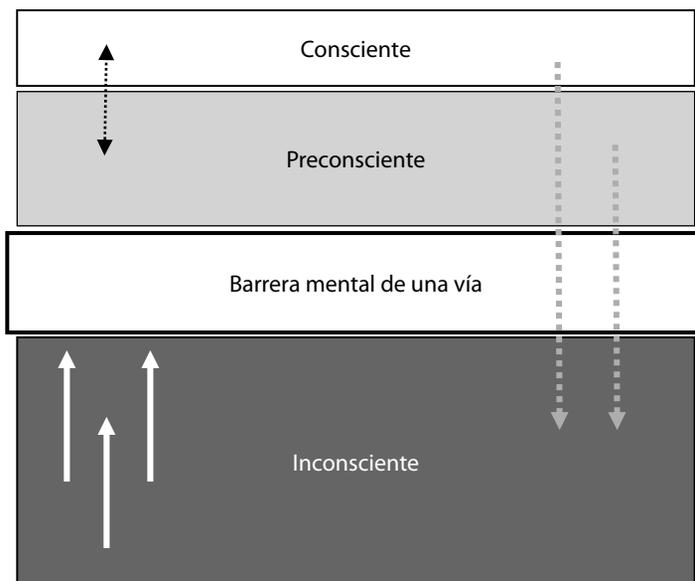


Fig. 2.9 Niveles de funcionamiento mental en la teoría freudiana.

Las figuras 2.8 y 2.9 pueden equivocadamente llevar a pensar que los tres componentes constituyen entidades físicas. Son, en realidad, para **Freud** 3 aspectos del funcionamiento de la personalidad. Los describiremos muy brevemente, siguiendo a Feldman (1998), Iturrate (1962) y Carver & Scheier (1997):

- El **ELLO** es el componente original de la personalidad, la parte más primitiva, presente ya al nacer. Contiene los aspectos heredados e instintivos.

Es la parte más “animal” de nuestra vida psíquica, que se manifiesta a nuestra propia experiencia interna sólo indirectamente, en forma de impulsos y tendencias que se nos imponen y que escapan muchas veces a nuestro dominio. Freud lo describió como:

“La parte más oscura e inaccesible de nuestra personalidad; lo poco que sabemos de él lo hemos averiguado mediante el estudio de la elaboración onírica y de la producción de síntomas neuróticos... nos aproximamos al Ello por medio de comparaciones, designándolo como un caos o como una caldera plena de hirvientes estímulos”.

El Ello se rige por el “principio del placer”: la idea de que todas las necesidades deben ser satisfechas de inmediato.

- El **YO** corresponde al mundo de los fenómenos de los que nos sentimos verdaderamente autores: el Yo percibe, recuerda, aprende y es el ejecutor en nuestra personalidad.

Como el Ello no puede manejar con eficacia la realidad objetiva, se desarrolla este segundo conjunto de funciones psíquicas, que se rige por el “principio de la realidad”: la idea de que no sólo debemos considerar las necesidades y urgencias que provienen del interior, sino también las condiciones del mundo externo. El Yo no pretende bloquear permanentemente los deseos del Ello: busca que sus urgencias sean satisfechas, pero en el momento adecuado y de manera realista.

El Yo, como ejecutor, es capaz de discernir entre lo conveniente y lo inconveniente, aunque sea placentero.

- El **SUPERYÓ** es el componente final de la personalidad y el último en desarrollarse. Su función, como instancia moral, es la de legislar, juzgar y valorar éticamente, premiando o castigando la actuación del Yo.

Representa lo que se debe y lo que no se debe hacer en sociedad, gracias a la incorporación de los valores paternos y sociales. Se desarrolla a partir de las experiencias del Yo con la realidad social, entre ellas, las reglas impuestas por los padres. En su base está el mecanismo de la “introyección”, identificación con los padres y su normativa.³¹ El Superyó, la conciencia moral, manda y prohíbe. Consta, en consecuencia, de dos subsistemas:

- El **Yo-ideal** (o **ideal del Yo**) manda, propone los ideales positivos, lo que hay que hacer, motiva a realizar lo que es moralmente correcto.
- El **Censor** (o **conciencia**) prohíbe, impide realizar acciones que infringen la moral y castiga con sentimientos de culpa cuando se realizan acciones prohibidas.

Bonin(1993), ha aclarado que resultaría prácticamente imposible describir la **terapia psicoanalítica** en pocas palabras, sintetiza algunos de sus elementos esenciales en estos términos:



“En el tratamiento se da por sentado que los trastornos actuales tienen su origen en la infancia temprana. Hay que sacar a la luz ese origen; se trabaja sobre el trastorno original, y la comprensión adquirida a través de la experiencia ayuda a superar el trastorno pasado. El paciente se resiste al trabajo de develación: tiene miedo; por ejemplo, teme perder un equilibrio relativo con el que se ha encariñado. La tarea del analista consiste en reconocer e interpretar esta resistencia; luego deberá interpretar la transferencia. Se llama así a la repetición de experiencias y vivencias infantiles con cierta persona, que se representan nuevamente, por ejemplo con el analista, a quien el paciente asigna de manera inconsciente el papel de esa persona. Por último, se interpreta el deseo que está en el fondo del trastorno: este deseo ha sido negado y, según la teoría, los síntomas del trastorno son un arreglo intermedio para su satisfacción. La resistencia, la transferencia y el deseo son inconscientes; el tratamiento analítico deberá hacerlos conscientes.

*Lo común es que el paciente esté recostado en un diván; el analista se sienta detrás de él, escucha, interviene pocas veces con observaciones e intenta comprender, en base a los conocimientos empíricos de su propio inconsciente, adquiridos en su análisis didáctico”.*³²

31 “Dennis el travieso” explica a un amigo: “Mamá me dice las cosas que no debería hacer y papá... me dice las cosas que debería hacer!” (“Dennis the menace”, tira cómica de un niño pequeño. Citado en Carver y Scheier, 1997).

32 Los psicoanalistas, dentro de su formación, han debido someterse a una experiencia analítica propia con un psicoanalista, la que se conoce como “análisis didáctico”.

Freud también se ocupó de describir cómo se desarrolla la personalidad a lo largo de la niñez, en una conocida serie de etapas (oral, anal, fálica, período de latencia, genital) que se relacionan con alguna función biológica importante, la que se constituye en centro de placer en ese período determinado. La importancia de la secuencia reside en que las vivencias, gratas o ingratas, experimentadas en ellas se relacionarían más tarde con características de la personalidad adulta.³³

Si bien sus ideas sobre la naturaleza y el número de pulsiones o instintos fueron cambiando con el desarrollo de su teoría, distinguía al final dos instintos básicos:

- **Eros o instintos de vida:** pulsiones relacionadas con la supervivencia, evitar del dolor, la reproducción y el placer. Es el instinto integrador de vida o fuerza del Ello, y muchas veces se identifica en la teoría con el impulso sexual. La energía producida por los instintos de vida se denomina “libido”, término que se utiliza también como sinónimo de eros.
- **Tánatos, instintos de muerte o de destrucción:** el segundo de los instintos básicos que corresponden al Ello y que reflejan la tendencia de las personas a regresar al estado inanimado del que se proviene. Su fin es reducir lo viviente al estado inorgánico. La agresión surge de la frustración de los instintos de muerte.

Dentro de los legados de Freud al patrimonio de la Psicología, está su aguda descripción de los “**mecanismos de defensa**”, tarea a la contribuyó también su hija Anna.³⁴

Las observaciones clínicas sistemáticas, han ayudado a una mejor comprensión de la dinámica que está en la base de nuestra personalidad, de la que, las más de las veces, no somos conscientes. De hecho, estas conductas de defensa del Yo frente a la angustia, dimanen de su dimensión inconsciente (ver **fig. 2.8**), según la teoría. Se trata, de estrategias inconscientes utilizadas para reducir la ansiedad, al ocultar ante el propio individuo y ante los demás su verdadero origen. Son adoptadas inconscientemente y, de alguna manera, deforman la realidad. Para los freudianos, afrontar la ansiedad es la parte medular de la existencia, dice Morgan (1977), La persona enfrenta muchos conflictos que producen frustración y, por consiguiente, ansiedad. Explica Hall (1992) que:



“Una de las tareas más importantes del Yo es enfrentar las amenazas y los peligros que acechan a la persona y suscitan angustia. El Yo puede tratar de dominar el peligro adoptando métodos realistas para resolver el problema, o puede tratar de aliviar la angustia utilizando métodos que nieguen, falsifiquen o deformen la realidad y le impidan desarrollar su personalidad”.

A continuación -a partir de varios autores- describiremos brevemente los **Mecanismos de Defensa del Yo** más conocidos. Junto a cada descripción, un ejemplo típico ilustra cómo suele operar cada mecanismo en la vida de las personas:

Represión: Es el mecanismo más importante, casi sinónimo de “defensa”. La persona sumerge en el inconsciente los impulsos o pensamientos inaceptables. Es un tipo de olvido.

33 Una excelente síntesis sobre el desarrollo del instinto sexual y de la personalidad en el contexto de la teoría freudiana, puede encontrarse en Hall, Calvin “Compendio de la psicología freudiana”, Paidós, Buenos Aires, 1992.

34 Anna Freud: “El yo y los mecanismos de defensa”. Paidós, Buenos Aires, 1965.

Una mujer es incapaz de recordar que fue violada.

Podemos reprimir un hecho en que nos comportamos de manera irresponsable.

Formación reactiva: Hace énfasis en lo opuesto al impulso indeseable. El motivo verdadero, si llegara a hacerse consciente, parecería inadmisibles.

La niña pequeña maneja su hostilidad hacia el nuevo hermanito con exageradas muestras de afecto. Lo mismo hacen muchos adultos entre sí.

Proyección: Consiste en atribuir nuestros sentimientos e inclinaciones indeseables a otros. Culpar a los demás de nuestros propios impulsos inaceptables.

La persona siente una gran hostilidad hacia los extranjeros: son ellos “en realidad” los hostiles y agresivos.

Racionalización: Da una explicación, justificación (o excusa) “racional” para una conducta que obedece a motivos inadmisibles.

Un padre agresivo justifica la golpiza a su hijo explicando que lo hace “por su bien”.

Desplazamiento: Dirige la expresión de sentimientos y pensamientos indeseables a una persona u objeto menos temible que quien realmente los genera. Es el típico “desquitarse con el perro”.

Una persona que aborrece a su jefe (o profesor) y no puede desquitarse con él, llega a la casa y riñe con su mujer (o su hermana menor) o termina pateando al perro o la puerta.

Regresión: El sujeto se comporta como si estuviera en una etapa más inmadura del desarrollo. Utiliza una forma más primitiva e infantil de afrontamiento ante el estrés.

El niño que se comienza a “hacer pipí”, chuparse el dedo o hablar como bebé, ante el nacimiento de su hermanito.

La directora tiene “un berrinche” cuando una profesora comete un error.

Negación: Según Anna Freud, sirve para apartar los estímulos externos desagradables. La persona abrumada por una realidad amenazante, se niega inconscientemente a reconocerla o aceptarla.

La mujer se niega a creer que su hijo murió y actúa como si estuviera vivo.

El adolescente se comporta como si no fueran una realidad sus fracasos en el ámbito académico o social.

Identificación: Como mecanismo de defensa, consiste en enfrentar la propia inseguridad o frustraciones, sintiéndose como alguien exitoso o importante. Una forma que toma es, la “identificación con el agresor”.

Actuar, vestirse o sentirse como el héroe de la teleserie.

El joven debilucho o sin aptitudes físicas, se identifica con el “goleador” del equipo de fútbol o con un top-ten del tenis.

Como “identificación con el agresor”: El empleado que se identifica con los intereses de su jefe, al que detesta.

Fantasía: Relacionado con algunos de los anteriores, consiste en “soñar despierto” o fantasear constantemente, como única manera de resolver los conflictos, sin enfrentarlos, huyendo de ellos.

El joven que se imagina que es el abogado más famoso del mundo, pero no estudia.

La niña que sueña cautivará a su “príncipe azul”... pero está siempre encerrada en su casa.

Fijación: “Quedarse” en una etapa de desarrollo psicosexual, por indulgencia excesiva o privación extrema. En sentido más amplio, no avanzar o dar el paso siguiente por temor a los riesgos. La angustia de abandonar lo viejo y familiar para enfrentar lo novedoso.

El temor y angustia de separación de muchos niños el primer día de clase o ingreso al jardín.

El hombre que no concreta sus planes de matrimonio por temor a quedar definitivamente comprometido perdiendo su libertad.

Intelectualización: Consiste en analizar la amenaza en términos fríos, analíticos y desapegados. Permite disociar los pensamientos de los sentimientos involucrados, protegiéndose así de la ansiedad.

Un hombre se siente sexualmente atraído por una compañera de trabajo: analiza desapegadamente las cualidades que la hacen atractiva y en qué consiste la belleza, desde la perspectiva de un “experto”.

Carver y Scheier (1997) explican sobre este último mecanismo, que Freud sugirió la posibilidad de que la parte intelectual de la idea podría estar en la conciencia, aun cuando fuera potencialmente amenazadora, como, por ejemplo, sentir odio por el padre. Ello puede manejarse si la cualidad emocional ligada a la idea -los elementos que la hacen psicológicamente atractiva- sigue siendo reprimida.

Junto a todos estos mecanismos, que pueden llegar a ser maneras altamente neuróticas de manejar el estrés y la angustia consiguiendo -y que conllevan una suerte de autoengaño- el Psicoanálisis ha descrito también maneras más adaptadas de enfrentar los problemas y que forman parte del funcionamiento humano normal:

Sublimación: Satisfacción de los deseos sexuales mediante una actividad no sexual. En general, desviación de impulsos del Ello hacia conductas aprobadas por la sociedad. Es una forma aceptable de desplazamiento.

Una mujer que no ha tenido éxito con los hombres, sublima su impulso sexual llegando a ser una gran artista.

Un hombre con sentimientos intensos de agresión, practica un deporte violento o se hace policía.

Compensación: Muy relacionado con el mecanismo anterior, subsanamos deficiencias con actividades o el desarrollo de rasgos alternativos compensatorios

Un hombre pequeño de estatura saca un gran “vozarrón” o desarrolla rasgos de autosuficiencia y dominación.

El niño “malo para los deportes” llega a ser un estudiante brillante o, más adelante, un comentarista deportivo.

Una suposición esencial de esta teoría, que puso de relieve la dinámica inconsciente de los seres humanos, es que muchos conflictos involucran deseos y pulsiones que **se remontan a las primeras etapas del desarrollo**, de ahí la importancia de llegar a conocer los eventos y tipos de relaciones experimentados en la infancia. La mente adulta puede encontrar soluciones a los conflictos, inaccesibles a la mente del niño pequeño, y a ello contribuye el Psicoanálisis.

En la teoría de la sexualidad infantil cobra especial importancia el **período edípico** -entre 4 y 6 años, aproximadamente- lapso en que el niño es capaz por primera vez de establecer un vínculo afectivo con el progenitor del sexo opuesto, semejante a la relación de un adulto con su pareja. Se denomina **complejo de Edipo** al deseo y conflicto del niño varón pequeño que desea poseer a su madre y eliminar al padre rival. El niño reprime sus inclinaciones edípicas hacia su madre y su hostilidad hacia el padre competidor para evitar el “peligro de castración”. Con este propósito internaliza los valores paternos haciéndose como él (**identificación con el agresor**). Este proceso de identificación defensiva -explica Lazarus (1971)- es la base principal de la formación del Superyó. En las niñas, con atracción por el padre e identificación defensiva con la madre, se denomina **complejo de Electra**.

En la teoría psicoanalítica se utiliza el término más amplio de **introyección** para hacer referencia a la incorporación inconsciente de los valores, actitudes y cualidades de otras personas, a la propia estructura del Yo.³⁵

Remplein (1966) hizo un profundo análisis de la fase edípica³⁶ (muy criticada desde fuera del psicoanálisis) en la que describe con detalle varios de los impulsos inconscientes del niño: **impulso a la imitación; curiosidad sexual; primera oleada de amor hetero-erótico; egoísmo**. Con referencia a que en la teoría psicoanalítica el complejo de Edipo con sus derivaciones constituye, según Freud, el **núcleo central de toda neurosis**, Remplein deduce que la tarea pedagógica más importante en esta etapa será la de “separar al niño de sus padres”: “El padre y la madre tienen que hacer todo lo posible para que el niño, a pesar del cariño, no se ligue a ellos, sino que adquiera paulatinamente su propia libertad”.

La calidad de las primeras relaciones y experiencias del niño en el ambiente familiar (o con los adultos más cercanos) influye de modo decisivo en sus características de personalidad y en sus actitudes frente a la vida y, en especial, frente a los demás. Un ambiente rígido, agresivo,

35 En “Cómo aprenden los seres humanos” nos referimos con detalle a la imitación e identificación, como uno de los cuatro grandes mecanismos de aprendizaje.

36 “La leyenda cuenta que Edipo, abandonado cuando niño a causa de un oráculo, se salvó y se crió en la corte del rey de Corinto, y que, cuando ya hombre, se dirigía a Tebas, mató a su padre, a quien desconocía, sin saber ni sospechar siquiera que lo fuese. Del mismo modo también sin saber quién era, se casó luego con su madre, cuya mano obtuvo, juntamente con el trono de Tebas, como premio por haber resuelto el enigma de la Esfinge.

Según la interpretación del psicoanálisis, en esta leyenda, como en otros mitos, no sólo se ha conservado un acontecimiento histórico único, sino una primitiva experiencia de la humanidad: la situación primitiva entre el niño, el padre y la madre. Esto es, que todo chico es un Edipo; ama a su madre tanto, que siente celos del padre y lo trata con una actitud de rivalidad y enemistad, llegando incluso a desearle la muerte. En este amor a la madre influye claramente un componente erótico-sexual que no sólo se muestra en los intensos abrazos y caricias, sino también en una no encubierta curiosidad hacia la madre”.

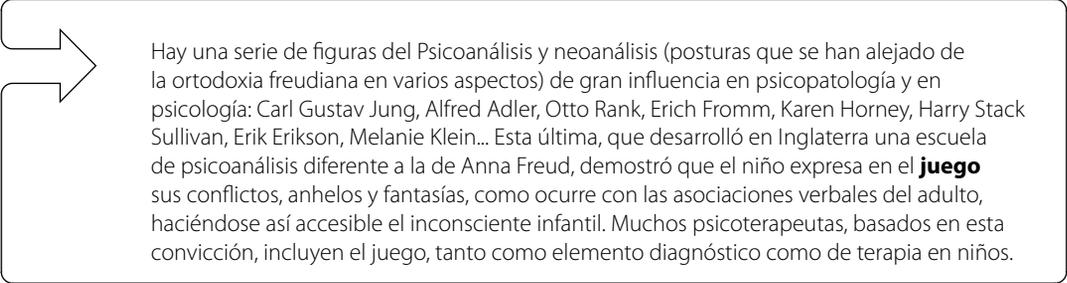
“En lo que respecta a las niñas, se ha acuñado el concepto del complejo de Electra, llamado así por alusión a la hija de Agamenón, que siguió siendo fiel a la memoria de su padre, después de muerto, a pesar de que su madre, Clitemnestra, la había degradado y convertido en esclava, precisamente a causa de esa fidelidad”.

“De modo que en el inconsciente del niño, en torno a los contenidos relativos al padre o a la madre, se forma una aglomeración de representaciones cargadas de emotividad, que se designa como complejo”.

“El peligro de tales complejos está en que provocan reacciones con una gran carga emotiva, y que, por tanto, causan perturbaciones en las vivencias y en la conducta. Si el complejo de Edipo (Electra) no se ha resuelto al final de la primera infancia, en la segunda infancia tampoco logrará el niño una relación justa y sana con sus padres; lo cual significa que su desarrollo psíquico transcurre anormalmente. Tales individuos, cuando lleguen al estado adulto, tampoco serán capaces de entablar relaciones normales con el sexo contrario”. (Remplein, 1966).

frío, lleno de normas arbitrarias, marca una enorme diferencia con otro cálido, acogedor, y con normas claras, en un marco de oportuna flexibilidad, en todo lo que concierne a los mecanismos de identificación y al desarrollo de la conciencia moral. El psicoanálisis, con un lenguaje rico en metáforas y analogías, pero sólidamente basado en experiencias clínicas, ha hecho una contribución de enorme peso en la comprensión de nuestra dinámica interna.

Hemos dejado de lado muchos otros elementos de la teoría psicoanalítica freudiana. Los que seleccionamos revisten un particular relieve para los temas a tratar en este libro.



Hay una serie de figuras del Psicoanálisis y neoanálisis (posturas que se han alejado de la ortodoxia freudiana en varios aspectos) de gran influencia en psicopatología y en psicología: Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Otto Rank, Erich Fromm, Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Erik Erikson, Melanie Klein... Esta última, que desarrolló en Inglaterra una escuela de psicoanálisis diferente a la de Anna Freud, demostró que el niño expresa en el **juego** sus conflictos, anhelos y fantasías, como ocurre con las asociaciones verbales del adulto, haciéndose así accesible el inconsciente infantil. Muchos psicoterapeutas, basados en esta convicción, incluyen el juego, tanto como elemento diagnóstico como de terapia en niños.

En Latinoamérica el Psicoanálisis ha tenido una gran difusión en varios países, especialmente en Argentina. En Chile cuenta también con numerosos adeptos. Cabe recordar que en 1999 se celebró en Santiago de Chile el **41th International Psychoanalytical Congress**, organizado por la International Psychoanalytical Association, con la presencia de importantes psicoanalistas chilenos y extranjeros y con una notable afluencia de público.

Hay otros enfoques teóricos en Psicología de la Personalidad alternativos (o complementarios) al Psicoanálisis. De algunos nos ocuparemos más adelante. Remitimos al lector interesado en profundizar en el tema a la abundante bibliografía existente.

NORMALIDAD-ANORMALIDAD

LA PERSONALIDAD NORMAL Y MADURA

► Temas del capítulo

La visión de cuatro posturas teóricas:
Psicoanálisis freudiano, conductismo, humanismo, cognitivismo.
De lo normal a lo patológico.
Criterios de normalidad-anormalidad.
Personalidad normal y madura.

La visión de cuatro posturas teóricas

Uno de los retos más formidables para la psicopatología, según Davison y Neale (2000), es **definir la conducta anormal**. Las teorías psicológicas interpretan o matizan de manera diferente qué se entiende por comportamiento anormal, cuáles son sus causas, cómo debe tratarse y cuál debe ser la meta del tratamiento. Ello se ve influido, por las distintas concepciones que tienen acerca de la naturaleza de los seres humanos. Estos enfoques no son desconocidos para los educadores, ya que también han ejercido influencia en el contexto psicopedagógico.

De una extensa tabla comparativa elaborada por el psicólogo inglés R. Gross (1998), extractamos y resumimos algunos aspectos que ilustran lo anterior, centrándonos en **4 enfoques psicológicos** muy familiares para quienes ya han seguido cursos, incluso introductorios, de psicología: el Psicoanálisis freudiano, el conductismo skinneriano, la teoría humanista rogeriana, y el cognitivismo expresado en los modelos de procesamiento de la información. De estos enfoques ya hicimos mención en nuestro libro dedicado a la psicología del aprendizaje.

La tabla **fig. 3.1** sintetiza la postura de cada uno de estos enfoques teóricos en relación a cómo conciben la **naturaleza de los seres humanos**; qué entienden por **normalidad psicológica**; y a qué atribuyen las **causas de la conducta anormal**. Como puede apreciarse del análisis de la tabla, los criterios propuestos por cada teoría (o familia de teorías) sobre lo que debe entenderse por normalidad psicológica, así como sus explicaciones acerca de las causas de la conducta anormal, son diferentes en los énfasis propuestos y se relacionan estrechamente con la concepción que defienden acerca de la naturaleza de los seres humanos.

Ninguno de los enfoques puede ser visto como la única explicación válida para entender la conducta humana y sus desajustes. Todos hacen contribuciones de importancia. Es posible que para determinados aspectos del funcionamiento del psiquismo o para la mejor comprensión de ciertos desajustes, una visión sea más completa y efectiva que otras. Debemos considerar que un estudio más acabado de la conducta humana exige la participación de otras disciplinas:

la filosofía, la sociología, la lingüística, la historia, la antropología, etc. La importancia de la perspectiva psicopedagógica, sin embargo, es lo que justifica este manual.

PSICOANÁLISIS FREUDIANO	CONDUCTISMO SKINNERIANO	HUMANISMO-EXISTENCIAL ROGERIANO	COGNITIVISMO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
NATURALEZA DE LOS SERES HUMANOS			
El sujeto está en conflicto a causa de las demandas opuestas del Ello, Yo y Superyó. Son decisivas las fuerzas inconscientes en la determinación de la conducta.	La conducta se establece a base de fuerzas ambientales (refuerzo). Consiste en respuestas aprendidas ante estímulos externos, por condicionamiento clásico y operante.	El sujeto es único, libre, racional y auto determinante. El libre albedrío y auto realización lo hacen muy diferente a los animales. La experiencia presente es tan importante como la pasada.	Se utiliza la analogía mente-computador. El sujeto es procesador activo de información: la selecciona, codifica, almacena y recupera. Memoria, percepción, y lenguaje son centrales.
NORMALIDAD PSICOLÓGICA			
Equilibrio adecuado entre Ello, Yo y Superyó. El conflicto, siempre está presente en cierto grado.	Poseción de un repertorio amplio de respuestas adaptativas.	Capacidad para aceptarse a sí mismo, para darse cuenta del potencial propio, para lograr la intimidad con otros y encontrarle significado a la vida.	Funcionamiento adecuado de los procesos cognoscitivos. Capacidad de utilizarlos para controlar la conducta.
CAUSAS DE LA CONDUCTA ANORMAL			
Perturbación emocional o neurosis causada por conflictos no resueltos derivados de la infancia. La conducta anormal es sintomática de estos conflictos. El rasgo principal es la ansiedad.	El aprendizaje de respuestas desadaptadas o el fracaso en aprender aquellas adaptadas. No hay distinción entre los síntomas y el trastorno de conducta.	Incapacidad para aceptar y expresar la verdadera naturaleza propia, para asumir responsabilidad de las propias acciones y para realizar elecciones auténticas. La ansiedad deriva de negar parte de sí mismo.	Ideas y creencias irreales o irracionales acerca de sí mismo y otros. Incapacidad para controlar la conducta a través de los procesos cognoscitivos adecuados.

Fig. 3.1 Tabla comparativa de 4 familias de teorías.

Aconsejamos al lector examinar con detalle la **fig. 3.1** a la luz de sus conocimientos anteriores sobre teorías en Psicología Educativa. Es muy posible que se sienta identificado con los planteamientos de alguna(s) de estas cuatro posturas por sobre los de otra(s).

Aparte de los criterios de comparación que trae la tabla sobre los 4 enfoques teóricos, hay que aclarar que también los **métodos** elegidos para tratar la conducta anormal y las **metas** mismas del tratamiento difieren:

- Para el **Psicoanálisis** la meta es descubrir los conflictos inconscientes y hacerlos conscientes. Además, lograr un equilibrio razonable entre Ello, Yo y Superyó.

El método de tratamiento para lograr esa meta es una psicoterapia orientada al “**insight**” (“**darse cuenta**”), explica Gross. El inconsciente se manifiesta a través de la interpretación de los sueños, la asociación libre, la transferencia.

- Para los **conductistas**, la meta fundamental es eliminar las conductas o respuestas desadaptadas y adquirir conductas adaptadas y esperables socialmente. El método de tratamiento es la **modificación conductual**, basada en procedimientos como la desensibilización sistemática, el moldeamiento o “shaping”³⁷, la terapia aversiva³⁸, la terapia implosiva³⁹, economía de fichas.⁴⁰
- Los **humanistas** favorecen el redescubrimiento de sí, a cabalidad, para facilitar la autorrealización. Los humanistas rogerianos utilizan la terapia **centrada en el cliente**⁴¹, en la que los insights provienen del propio cliente a medida que se exploran las experiencias presentes en conjunto con el terapeuta.
- En el enfoque **cognoscitivista** se tiene como meta corregir las ideas y creencias irreales, irracionales, de modo que el pensamiento llegue a ser un medio efectivo para controlar la conducta. Los procedimientos para lograrlo incluyen la **terapia racional-emotiva**⁴², la **reestructuración cognoscitiva**⁴³, los entrenamientos de auto-instrucción, y las terapias **cognitivo-conductuales** que, como su nombre lo indica, utilizan aportes tanto cognitivistas como conductistas.
- Una revisión actualizada y crítica de todas estas terapias puede encontrarse en Jorquera (2006).

Estos cuatro enfoques psicológicos relativos a la conducta anormal pueden complementarse en Psicopatología, cuando corresponde, con el **enfoque neurobiológico y médico**, compartido también por neuropsicólogos. Debe advertirse que para algunos representantes de este punto de vista sólo aquí debe buscarse la “verdadera explicación” tanto de la conducta normal como anormal.⁴⁴

En esta perspectiva biologicista, la conducta normal y anormal se explican en base a factores y procesos genéticos, fisiológicos y neurobiológicos. Es crucial, explica Gross, la influencia del sistema nervioso central, en especial del cerebro. Las causas de la conducta anormal habrá que buscarlas en trastornos genéticos, trastornos orgánicos (como lesiones cerebrales), desequilibrios bioquímicos. Los síntomas psicológicos son algunas de sus manifestaciones.

37 La modificación (o terapia) conductual se basa fundamentalmente en la aplicación del condicionamiento clásico y operante para la resolución de problemas psicológicos o desajustes conductuales. Revisar en “Cómo aprenden los seres humanos” (Bermeosolo, 2007) lo que se explica acerca del tema, incluyendo la desensibilización sistemática y el moldeamiento o “shaping”.

38 La terapia aversiva es un procedimiento de la terapia conductual que consiste en relacionar un estímulo desagradable -que produce rechazo o aversión- con situaciones que son atractivas pero indeseables, con el objeto de hacer “aversivas” a estas últimas. Se re-condicionan así los estímulos que suscitaban la conducta indeseable de tal modo que lleguen a provocar ansiedad o náuseas.

39 La terapia implosiva es una técnica de la terapia conductual, basada en la extinción forzada, en que al paciente se le presentan repetidas veces los estímulos que le provocan ansiedad hasta que ya no reacciona en forma ansiosa frente a ellos. Por ejemplo, imagina escenas o situaciones que ha evitado en el pasado, experimentando la ansiedad intensa que le provocan, hasta que la ansiedad se extingue. En la exposición in vivo o inundación, el paciente enfrenta en la situación real los estímulos que le causan ansiedad.

40 La economía de fichas se basa en el condicionamiento operante. Al paciente internado se le entregan recompensas simbólicas o “tokens”, tales como fichas de póker, por conductas socialmente esperables. Tales fichas pueden ser canjeadas por objetos o actividades de su agrado.

41 En esta terapia humanística de introspección, se procura que el terapeuta comprenda las experiencias subjetivas del cliente (y no “paciente”, como en las terapias convencionales), ayudándolo a estar más consciente de las motivaciones presentes en su conducta. La meta no es únicamente reducir la ansiedad, sino procurar también el crecimiento personal. Se llama terapia centrada en el cliente, porque el terapeuta no asume un rol directivo: crea las oportunidades para que el cliente mismo logre una reorganización de su mundo interno, alcanzando la auto-actualización o auto realización (=el desarrollo de sus propias potencialidades y habilidades).

42 La terapia racional-emotiva de Albert Ellis se basa en el supuesto de que gran parte de la conducta desajustada parte de las exigencias absolutas que la gente se hace a sí misma: la terapia pretende modificar metas tan poco realistas como “debo ser amado por todo el mundo”, “tengo que caerle bien a toda la gente...”

43 La terapia cognoscitiva o de reestructuración cognoscitiva de Aaron Beck pretende cambiar los esquemas negativos y prejuicios o distorsiones cognoscitivas que influyen en las personas causándoles, por ejemplo, depresión.

44 Frente a tal posición reductivista, estimamos que las explicaciones biológicas no excluyen en modo alguno las explicaciones psicológicas.

Los tratamientos incidirán directamente en lo somático: medicamentos, cirugía. Su meta es buscar la causa orgánica, subyacente de la enfermedad para curarla. Sólo así se aliviarán los síntomas.

De lo normal a lo patológico

Cada teoría psicológica de la anormalidad conlleva la suposición de que **es posible -y necesario- establecer el límite entre lo normal y lo anormal**, pese a que, existe un continuo y no una frontera definida entre ambos extremos.

En Psicopatología hay diferentes maneras de entender y conceptualizar este continuo. Cuando Clarizio y McCoy (1981) describen las psiconeurosis como “situadas en algún punto entre los trastornos reales -representados por las psicosis- y la personalidad normal”, el esquema que subyace es el que aparece representado en la **fig. 3.2**. Para Eysenck, en cambio, que concibe dos dimensiones diferentes para “neuroticismo” y “psicoticismo”, el esquema debe verse como muestra la **fig. 3.3**.

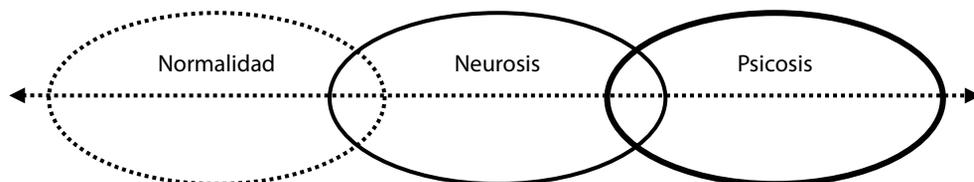


Fig. 3.2 Relaciones entre normalidad y enfermedad mental.

- **Neurosis** es un término genérico, dejado de lado en algunas clasificaciones actuales de la enfermedad mental, como las versiones más recientes del DSM, y que corresponde, a lo que hoy se conoce como trastornos de ansiedad, afectando especialmente el área afectiva. Clarizio y McCoy (1981) la definen como “un desorden emocional que se caracteriza habitualmente por ansiedad, culpabilidad y una incapacidad moderada”. Las neurosis constituyen un extenso grupo de trastornos no psicóticos que se caracterizan, según Davison y Neale (2000) por ansiedad poco realista y otros problemas relacionados, por ejemplo, evitaciones fóbicas, obsesiones y compulsiones. Vallejo Ruiloba (2006) precisa que el contingente más importante de pacientes que forman el campo de la psiquiatría es el representado por los trastornos neuróticos en alguna de sus diversas expresiones (neurosis clásicas, problemas psicósomáticos, depresiones neuróticas).
- **Psicosis**, que coincide con lo que la gente entiende vulgarmente por “locura”, es para Clarizio y McCoy (1981) “un desorden conductual grave que se caracteriza por pensamientos trastornados, afectos inadecuados y una pérdida de contacto con la realidad”. El pensamiento y las emociones se deterioran de tal manera que el sujeto tiene alterado el sentido de la realidad. Sarason y Sarason (1996) precisan que se trata de un trastorno que puede incluir cualquiera de estos síntomas: delirios, alucinaciones, desvarío del pensamiento, marcada pobreza de su contenido, falta de lógica, incoherencia y conducta desorganizada o catatónica.⁴⁵

⁴⁵ Un síntoma de la esquizofrenia puede ser la catatonia, que se caracteriza, entre otras cosas, por rigidez, muecas o expresiones faciales extrañas. En la “inmovilidad catatónica”, el sujeto adopta posturas raras y rígidas durante horas. En general, en la esquizofrenia se distingue entre síntomas positivos o excesos conductuales (alucinaciones, delirios, conductas extrañas, pensamiento desorganizado,) y síntomas negativos o deficiencias conductuales (pobreza de lenguaje, apatía, aislamiento).

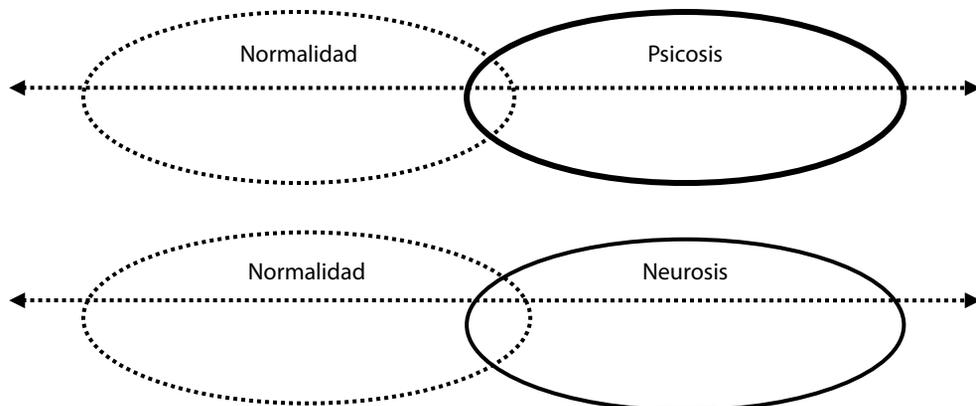


Fig.3.3 Relaciones entre normalidad y enfermedad mental en Eysenck.

El neurótico, que no pierde el sentido básico de la realidad, puede verse muy afectado por su problema, sufrir y sentirse agobiado. El psicótico, en cambio, como ocurre con el esquizofrénico, no tiene conciencia de enfermedad o desajuste, careciendo de algo tan esencial como lo que Minkowski denomina el “contacto vital con la realidad”.⁴⁶ Desde la conducta “normal” a la “anormal” hay un largo trecho, en el que nos ubicamos todos los seres humanos, en posiciones que pueden cambiar a lo largo del tiempo por variadas causas y circunstancias. Pasado cierto límite en esta ubicación, se comienza a hablar de conducta anormal, psicopatología, trastorno mental, etc.

Un “trastorno mental” -concepto que engloba a las neurosis, psicosis y otras psicopatologías- puede entenderse (Olivares, 1998, en Meneghello et al.1998) como:



“Uno o varios síntomas psicológicos, o patrón de conductas clínicamente significativos, que producen perturbación (distrés) o incapacidad en algunas de las áreas de funcionamiento o un grave riesgo de sufrir dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte”.

En algunos casos el trastorno será evidente y fácilmente percibido por los demás. En otros, no; lo que no demuestra que no exista. **Hay patrones de comportamiento evidentes en personas “normales”, que se acentúan, rigidizan y afectan seriamente la conducta adaptada en quienes se ubican en el polo de la anormalidad.** En términos de Millon⁴⁷ un patrón “sumiso” caracterizará personalidades con trastornos por dependencia; uno “de repliegue”, a quienes presentan trastornos por evitación; el patrón “de rendición”, a los depresivos; el “ególatra”, a los narcisistas; el patrón “suspicaz” a los paranoides; el patrón “de abuso” a los sádicos, y el “afligido” a los masoquistas. Se da, entonces, un **gradiente de gravedad** dentro de los trastornos, lo que quedó ilustrado en algunas de las teorías examinadas anteriormente y que ha incidido en las clasificaciones de la enfermedad mental. A modo de ejemplo, Lutz⁴⁸ ordenó las reacciones psicógenas anormales en los niños, en una secuencia de menor a mayor severidad, contrastando cada vez más con las reacciones del niño sano:

46 Minkowski, E. “La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos”. Paidós, México, 1989.

47 Millon, Th. “Trastornos de personalidad. Más allá del DSM IV”. Masson, S.A., 1998.

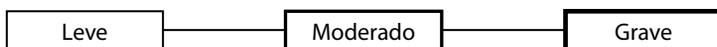
48 Lutz, J. “Psiquiatría infantil”, Gredos, Madrid, 1968.

1. Reacciones simples directas anormales.
2. Reacciones insuficientes.
3. Reacciones neuróticas o neurosis.

Este mismo gradiente de severidad de los problemas ha sido destacado por diferentes clínicos, aunque con otras denominaciones. Entre las más conocidas en nuestro medio, en la dimensión neuroticismo, está la distinción que hacen algunos psicólogos entre:

1. Trastornos reactivos.
2. Trastornos conflictivos.
3. Trastornos estructurados de personalidad o del carácter.

El DSM IV, al igual que en otras de sus versiones anteriores, establece criterios para determinar la gravedad de algunos trastornos en particular, según estas categorías:



Por ejemplo, en el **trastorno disocial** (o antisocial), que supone “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad” y que se manifiesta en la presencia de ciertas conductas específicas agrupadas en las categorías “agresión a personas y animales”; “destrucción de la propiedad”; “fraudulencia o robo” y “violaciones graves de normas”⁴⁹, el clínico, aparte de determinar si el trastorno es de inicio infantil o adolescente, y el número de conductas observadas (al menos, tres), deberá especificar la gravedad siguiendo estos criterios:

Leve: “pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros. Por ejemplo: mentir, hacer la cimarra, salir fuera de noche sin permiso”.

Moderado: “el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leves y graves. Por ejemplo: robos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo”.

Grave: “varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros. Por ejemplo: violación, uso de armas, robos con enfrentamiento con la víctima, destrozos y allanamientos, crueldad física”.

49 A fin de ilustrar el criterio operacional y descriptivo del DSM, en la categoría “agresión a personas y animales” se señalan los siguientes indicadores:

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 (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.

Estos criterios hacen ver cómo dentro de la conducta “anormal” puede haber expresiones cada vez más severas y más alejadas de la conducta normal esperable. Para el educador y el estudiante de pedagogía es importante tener un conocimiento básico de estas materias, por la enorme importancia de la labor educativa a favor de los niños y adolescentes que presentan desajustes conductuales o de personalidad, problemas del desarrollo y el aprendizaje. De ellas se ocupan más directamente psiquiatras, neuropsiquiatras, psicólogos y otros especialistas, con los cuales el educador muchas veces deberá estar en contacto y, en ocasiones, integrar equipos multidisciplinarios.

Criterios de normalidad-anormalidad

Definir “salud psíquica” es tal vez más complicado que definir la salud física, por eso se deben utilizar varios criterios al momento de determinar los límites entre lo “normal” y lo “anormal”. Esto obedece a que lo que es normal bajo alguno de los criterios, no lo es necesariamente bajo otros. Habrá que decidir cuál es el que debe primar en cada caso. Entre los más utilizados, descritos por los autores que hemos estado revisando⁵⁰, mencionaremos los que siguen, nombrándolos desde la perspectiva de lo anormal. Lo normal, en consecuencia, es lo contrario de lo que menciona cada subtítulo: si anormalidad es “desviación del promedio”, normalidad será “aproximación” a él.

Vallejo Ruiloba (2006), al evaluar los diferentes criterios, precisa:



“La naturaleza de un fenómeno o conducta como patológicos no viene dada por su anormalidad o desvío de la norma (o de lo que debe ser), sino porque bajo tal fenómeno o conducta subyacen mecanismos que comportan al sujeto una restricción de su libertad. Bajo el tamiz de la libertad (entendida como forma de enriquecimiento existencial que mejora las relaciones humanas intra e interpersonales) puede entenderse porqué la conducta neurótica, psicótica o psicopática son patológicas, en cuanto representan para el sujeto una pérdida de las posibilidades de auto realización”.

Los criterios son los siguientes:

1. Anormalidad como desviación del promedio.
2. Anormalidad como violación de las normas.
3. Anormalidad como desviación de un ideal de desarrollo.
4. Anormalidad como sufrimiento personal.
5. Anormalidad como sufrimiento para otros.

1. Anormalidad como desviación del promedio:

Conocido como el “criterio estadístico”: lo anormal es lo poco frecuente, lo que se aleja del promedio, lo excepcional estadísticamente. Conducta normal es lo que hace la mayoría. Mientras más se parece un sujeto al promedio, más normal se lo considera. Es un criterio

⁵⁰ Ver, especialmente, Gross, 2ª ed. 1998; Davison & Neale, 2ª ed., 2000; Wicks-Nelson & Israel, 3ª ed., 1997; Clarizio & McCoy, 2ª ed., 1981; Sarason & Sarason, 7ª ed., 1996; Vallejo Ruiloba, 2006.

indudablemente válido y puede ser útil incluso para juzgar como “normales” fenómenos frecuentes, pero de apariencia anormal: por ejemplo, las crisis del desarrollo y crisis situacionales.

Pese a su importancia, este criterio presenta inconvenientes:

- Implica que lo frecuente, lo común es normal: las caries dentales, los problemas de ansiedad, la depresión, o los problemas de memoria para la gente de más edad son frecuentes, pero no corresponden a lo que se espera en términos de salud física ni mental; el fumar, el consumo de drogas, el uso excesivo del alcohol, son frecuentes, pero, inconvenientes.
- Lo poco frecuente estadísticamente, o que se aleja mucho del promedio, no es necesariamente inadecuado: la genialidad, el talento altamente creativo, son raros, pero son socialmente muy beneficiosos. Lo mismo ocurre con una extraordinaria capacidad atlética, musical, literaria, etc. Al afirmar que alguien es “normal”, ateniéndose a la **curva normal**, se entiende que no se desvía significativamente del promedio en lo que se refiere a un determinado rasgo o patrón de comportamiento: los casos citados en este párrafo, constituirían por lo tanto, ejemplos de “anormalidad”, según este punto de vista.
- Este criterio, además, presenta problemas con los “puntos de corte”: ¿cuántas veces se tiene que dar una determinada conducta inadecuada en un niño, por ejemplo de 7 años, para que se le considere anormal?
- No aclara la esencia de la normalidad psicológica, así como tampoco los límites de salud y de enfermedad.

2. Anormalidad como violación de las normas:

Criterio que algunos consideran un subtipo del anterior, y que se basa en el ajuste a las normas sociales como principio de normalidad: lo anormal aquí implica, no comportarse como debería. El proceso de socialización por sí mismo, precisan Clarizio y McCoy, tiene como meta el inculcar valores sociales y el desarrollo de conductas congruentes con las expectativas de los demás.

“Normal”, en este sentido, tiene un aura de “deber”, explica Gross: implica que se esperan de nosotros conductas particulares, en momentos y situaciones particulares, y si no se satisfacen tales expectativas o francamente se transgreden, nos pueden juzgar de “malos” o “enfermos”. La convivencia sana con los demás, el trato con las autoridades, el respeto de las normas, caracterizan a las personas y a los niños considerados “normales”. Un psicópata, un maniático, un estafador, que violan normas que rigen las relaciones más básicas entre las personas, demuestran la importancia de considerar este criterio.

Sin embargo, por sí solo, también presenta problemas:

- La norma, la ley, puede ser injusta y hasta inmoral: no acatarla, por lo tanto, no podría considerarse anormalidad psicológica. El conformismo excesivo, en este caso, pasaría a ser lo anormal.
- Lo anterior ha afectado muchas veces a las minorías raciales y culturales⁵¹, ya que las normas imperantes no tienen en consideración sus peculiaridades. Dentro de esos grupos, el sujeto puede ser respetuoso de las normas que los regulan. Se hace complejo decidir hasta qué punto se da el criterio de violación a las normas.

51 Esto se ha dado también en la valoración clínica y aplicación de tests psicológicos, generando mucha polémica.

- Si bien lo normal es aquello que esta está de acuerdo a las normas, hay “normas” y “normas”: algunas son esenciales en la regulación de las relaciones entre las personas y el funcionamiento de toda sociedad humana; otras, son secundarias.
- Un tipo particular de conducta puede ser normal o anormal, dependiendo de la situación: sacarse la ropa al entrar a la ducha no es lo mismo que sacársela al entrar en un supermercado.
- Hay normas que han ido cambiando a lo largo del tiempo y existe gran variabilidad en algunas normas vigentes entre grupos y culturas. Todo lo que complica, la aplicación del criterio, se debe a lo relativo de tales normas.
- No resulta tan claro decidir qué normas morales o principios éticos viola quien presenta un trastorno mental severo, o qué sentido tiene tal violación.

3. Anormalidad como desviación de un ideal de desarrollo

El “método idealista” llamado por Clarizio y McCoy, o “normalidad utópica” por Vallejo Ruiloba, ya que se basa en normas y estándares ideales acerca de cómo debieran ser las cosas. Para evaluar la conducta son necesarias normas evolutivas, aclaran Wicks-Nelson e Israel: los índices y secuencias típicas del desarrollo de habilidades, conocimientos, y de conducta social y emocional, sirven para evaluar la posibilidad de que “algo vaya mal”.

Para Vallejo Ruiloba (2006) este criterio “parte del concepto psicológico dinámico según el cual la normalidad supone un equilibrio armónico de los diferentes elementos del aparato psíquico (Ello-Yo-Superyó). De forma más flexible, este criterio psicodinámico implica la capacidad de manejar adecuadamente los diferentes procesos psíquicos inconscientes”.

La jerarquía o pirámide de necesidades humanas básicas de Maslow, así como otros estándares de desarrollo psicológico esperable (Erikson, Piaget), constituyen aplicaciones de este criterio. Aportan puntos de referencia global muy valiosos en cuanto al grado de madurez de las personas.

Conviene tener presente algunas dificultades:

- Si bien equiparar la normalidad con lo ideal y la perfección puede resultar atractivo, tiene valor limitado para psicólogos y educadores en su proceso de toma de decisiones, por su escaso sentido práctico y por la falta de pautas operacionales.
- Los niños y adolescentes, que están en pleno desarrollo, cambian muy rápidamente, y lo que se considera como normal a cierta edad, puede ser visto como anormal en otra: en momentos de transición resulta difícil precisar qué es lo exactamente esperable.
- En relación a las normas ideales esperables, también hay grandes variaciones culturales. Como se explica en Papalia y Olds (1997), “incluso comportamientos tan universales como sentarse y caminar, que son algo ‘normal’ o ‘típico’ para una cultura, no lo son para otra”.⁵²
- Existe el peligro de convertir la salud en una quimera utópica: son pocos los que poseen un perfecto equilibrio intrapsíquico y son capaces de desenvolverse con absoluta soltura en el manejo de su propio psiquismo.

52 A los tres meses de edad, los bebés de la península de Yucatán, en México, se hallan en la cima de los niños de América en sus destrezas de manipulación motora. No obstante, hacia los once meses están muy retrasados en habilidades de locomoción, de manera que el mismo patrón en un niño en USA y otros lugares podría tomarse como indicio de una enfermedad neurológica.

Como este y numerosos ejemplos, ilustran Papalia y Olds cómo las pautas evolutivas en motricidad y otros aspectos no son tan universales como se cree. Estiman que algunas variaciones culturales en el desarrollo motor pueden reflejar diferencias genéticas entre las personas, surgidas mediante el proceso de selección natural. En otros casos, las pautas de crianza pueden ser decisivas para la oportunidad con que se desarrollan ciertas destrezas. Estas pautas pueden, por ejemplo, estimular la autonomía o, por el contrario, una excesiva dependencia en los niños.

4. Anormalidad como sufrimiento personal:

La experiencia subjetiva de sufrimiento, estrés, infelicidad, aflicción, depresión, constituye un criterio muy importante de anormalidad psicológica. Es lo que por lo general, lleva a las personas a consultar o buscar ayuda. En los niños, cuando esto ocurre, son los padres los que toman la iniciativa de llevarlos a psicólogos o especialistas. Este criterio implica una valoración del propio individuo de su estado de salud, muchas veces desconectándose de la opinión de otros.

Este criterio tan decisivo para dar cuenta de los problemas de salud mental, por sí sólo, también puede resultar insuficiente:

- Los niños muy pequeños, por su falta de “insight”, no saben o no pueden informar de que están sufriendo psicológicamente. Los niños mayores y adolescentes pueden “encerrarse” en sí mismos y oponerse a que otros (incluidos los padres) se “metan en sus problemas”.
- Un psicópata (o sociópata)⁵³ puede tratar a otros con frialdad y crueldad, y transgredir constantemente la ley. Sin embargo, no siente culpa, remordimiento o ansiedad alguna. El psicótico, por otra parte, no tiene conciencia de enfermedad. A diferencia de las personas con “trastornos neuróticos” (para quienes los síntomas son “ego-distónicos”), en quienes presentan “trastornos de personalidad” los síntomas pueden ser “ego-sintónicos”, no sufriendo con ellos. En síntesis, determinados tipos de patologías (psicosis, psicopatías, demencias) se caracterizan por una escasa o nula conciencia del trastorno.
- Este criterio es, eminentemente subjetivo, y hay gran variabilidad en las explicaciones y en las “razones” en que se apoyan las personas para definir sus propios estados psicológicos, lo que torna difícil su utilización.

5. Anormalidad como sufrimiento para otros:

En este criterio ahonda Gross, quien explica que: “si la persona de la que otros consideran que se comporta en forma anormal es la última en reconocer que existe un problema, entonces la preocupación de los otros puede actuar como contrapeso por su falta de insight”.

La anormalidad no es sólo algo **intra**-personal, sino también **inter**-personal, lo que ha sido destacado especialmente por quienes asumen un enfoque “sistémico” en el campo de la psicoterapia y salud mental: es todo el sistema (por ejemplo, la familia) el que se ve afectado; no sólo, el individuo. En este caso, el “sufrimiento del sistema” es lo que lleva a la preocupación por el miembro más afectado.

En determinadas patologías, quienes las presentan pueden incurrir en serios problemas legales y con la comunidad (como en el caso de un trastorno disocial grave), o afectar la vida del grupo, asociación o institución a que pertenecen. Es, por lo tanto, este un criterio muy importante no sólo de anormalidad, sino también para recomendar el tratamiento especializado de quienes “hacen sufrir” a otros.

53 Psicópata o sociópata son denominaciones que corresponden a lo que en las clasificaciones actuales se conceptualiza como personalidad antisocial. Davison y Neale (2000) explican en relación a este cuadro que el individuo que lo padece “tiene cierto encanto superficial y acostumbra mentir; no tiene consideración con los demás; no siente remordimientos por lastimarlos; no le avergüenza comportarse de una manera sumamente inconveniente; es incapaz de establecer vínculos y asumir responsabilidades, y no aprende del castigo”.

En consecuencia, cuando se escucha -como ocurre frecuentemente aquí en Chile- que alguien le dice a una amiga (o amigo): - “¡No seas psicópata!” -o “psicótica” o “histérica”... indistintamente-, se trata, en realidad, de “patologías” muy diferentes: la psicopatía acaba de ser definida; la psicosis corresponde a la “locura”; la histeria es una forma de neurosis.

El criterio, como todos los anteriores, presenta algunos problemas:

- El “nivel de tolerancia” de “los otros” puede ser muy bajo: encuentran todo anormal. Se aprecia esto en la tendencia de algunos profesores a enviar a sus alumnos más inquietos al neurólogo “para que les dé ritalín”, o en algunos adultos que encuentran desajustadas o patológicas casi todas las reacciones de los adolescentes.
- Gross explica que desde una perspectiva práctica y ética, este criterio es “una espada de dos filos”: puede ser un verdadero “salvavidas” (resultado de una “preocupación empática”), como en el caso de alguien que no está consciente de la naturaleza autodestructiva de la fármaco-dependencia; o también una preocupación fuera de lugar (resultado de un “deseo egoísta” de reducir la propia ansiedad), como cuando uno de los padres se angustia por la homosexualidad egosintónica de un hijo, con la cual este se siente cómodo.

Hay otros criterios de normalidad-anormalidad que se pueden encontrar en los tratados especializados, pero, por lo general, implícitos en los ya expuestos. Entre ellos:

- Anormalidad como **desadaptación**.
- Como **conducta inesperada o imprevisible**.
- Como **conducta inconsistente o demasiado rígida**.
- Como **incapacidad o disfunción**.

Algunos autores los presentan, junto a uno o más de los ya examinados, como “componentes de la conducta anormal”. En el trabajo con niños y adolescentes es importante revisar cada uno de estos criterios cuando se debe tomar alguna decisión que los afecte directamente por presentar “problemas”. Es “normal” (estadísticamente) que todos los niños presenten más de alguno a lo largo del desarrollo. En uno de los numerosos estudios que revisaron Clarizio y McCoy para ilustrar esto, en que se utilizó una rigurosa observación de “niños no problemáticos” en sus hogares, sus autores concluyeron que: “los niños promedio, entre las edades de 4 y 6 años, se comportan de un modo que los padres consideran desviado, ¡una vez cada 3.17 minutos!”.

Los educadores y adultos responsables del niño deberán estimar en cada caso particular **si la conducta objeto de preocupación es apropiada o no a las circunstancias, si se aleja mucho de lo esperable para un niño de esa edad, si hay hechos objetivos en el ambiente a los que atribuirla, cuánto ha durado, si corresponde a un cambio muy radical y/o imprevisible**. En el contexto de los propósitos de este manual, todo lo visto en este punto otorga nuevas herramientas para caracterizar con mayor precisión muchas de las barreras en el aprendizaje y la participación.

Personalidad normal y madura

De los criterios examinados para delimitar la frontera entre lo normal y anormal, nos ocuparemos a continuación, de qué se entiende por **personalidad normal y madura**, noción que entrega referentes importantes para los educadores, que de alguna manera deben ser modelos de vida y no sólo trasmisores de contenidos curriculares. Ciertamente, en una perspectiva evolutiva, la madurez debe ser vista en relación a la edad o etapa que vive el niño o el adolescente.

Cuando Davison y Neale (2000) analizan los **trastornos de la personalidad**, explican que constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones persistentes, inflexibles e inadaptables que deterioran el funcionamiento social y ocupacional, sin pérdida del contacto con la realidad -no se trata de psicosis- y algunos de los cuales pueden ocasionar malestar emocional. Se los ha identificado también como trastornos del carácter y que “derivan de un enfoque a la personalidad basado en rasgos” . Hacen esta interesante reflexión:



“Como verá el lector, al examinar las descripciones de los trastornos de la personalidad pensará en la conducta de los miembros de su propia familia, de sus conocidos o hasta de él mismo. A esto se le llama el ‘síndrome del estudiante de medicina’, que consiste en verse a sí mismo o a la familia y amigos como víctimas del trastorno que se está estudiando.

Esto sucede sobre todo con los trastornos de la personalidad, que son características que en cierto grado todo el mundo posee. Por tanto, es muy importante recordar que sólo se puede hablar de trastorno si dichos rasgos llegan a niveles exagerados. Cada quien desarrolla a lo largo de su vida alguna forma quizás distintiva de manejar sus problemas cotidianos, y determinado estilo de relacionarse con la gente:

Un individuo puede ser demasiado dependiente; otro, retador y agresivo; alguien más, muy tímido y evitar el contacto social; también hay quienes se preocupan más por su aspecto y por enriquecer su adorado yo, que por relacionarse con honestidad y profundidad con los demás. Sin embargo, a estas personas no se les diagnosticaría un ‘trastorno de la personalidad’ a menos que sus patrones de conducta fuesen persistentes, penetrantes y disfuncionales”.

Estas observaciones de Davison y Neale, coincidentes con lo que hemos expuesto en las páginas anteriores, nos recuerdan que como seres humanos nos ubicamos en un continuo que va de lo normal a lo anormal, en una posición que puede oscilar en el tiempo por variadas circunstancias. Una persona puede ser muy ordenada, cuidadosa y preocupada de cumplir con sus obligaciones. Ello representa el polo de lo normal en la dimensión de un rasgo que en el otro extremo corresponde a quien presenta un trastorno obsesivo-compulsivo. La persona normal, entre otras características, domina, por lo general, activamente la situación y no es dominado por ella: el ser ordenado, por ejemplo, le reporta una serie de ventajas, lo que no ocurre con el obsesivo, quien vive en función del orden, el que se transforma más en una traba que en una ventaja.

No resulta fácil definir **madurez psicológica**. Se explica en Meneghello (1978) que la “madurez física” es fácilmente delineable al representar el término del crecimiento y la adquisición de la capacidad reproductora:



“Puede haber algunas variaciones respecto del tiempo en que se alcance, pero no son de ninguna manera comparables a lo que sucede con la madurez emocional. En alguna medida, el desarrollo de la personalidad continúa -o debiera continuar- durante toda la vida del individuo.

A diferencia de los componentes físicos del organismo humano, los atributos psicológicos y sociales no necesitan finalizar su desarrollo una vez lograda la madurez física.

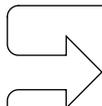
Dentro de esta perspectiva, y en un sentido amplio, la madurez psicológica representa el punto en que las tareas fundamentales han sido resueltas, la estructura de la personalidad está consolidada y el individuo es capaz de un funcionamiento independiente y efectivo”.

Como lo hacen notar los diferentes autores que se han ocupado del problema, definiciones de este tipo están necesariamente condicionadas por variables **históricas** y **culturales**.⁵⁴ Las definiciones de madurez psicológica y emocional son relativas. Lo sano para determinados grupos humanos, no es exactamente igual para otros. Normalidad y madurez psicológica se definen, en buena parte en términos culturales, a diferencia de la madurez física.

Jahoda (en Gross, 1998)⁵⁵ identificó diferentes modos en que se ha definido **salud mental**:

- Ausencia de enfermedad mental.
- Capacidad de introspección, estar consciente de qué es lo que se hace y porqué.
- Crecimiento, desarrollo y auto realización (Rogers, Maslow).
- Integración de todos los procesos y atributos del individuo: (equilibrio entre el Ello, Yo y Superyó, en Freud; logro de la identidad del Yo, en Erickson).
- Capacidad para enfrentar el estrés.
- Autonomía (Maslow, Erikson).
- Ver al mundo con objetividad.
- Dominio del ambiente: capacidad para el amor, trabajo y juego.
- Satisfacción en las relaciones interpersonales y capacidad de adaptación y ajuste.

La persona que goza de salud mental -que demuestra poseer rasgos como los recién nombrados- es una persona madura. Allport (1968) en el capítulo que dedica al estudio de la "personalidad madura" cita también a Marie Jahoda, quien expresó: **Una personalidad madura domina activamente el ambiente, presenta una cierta unidad y posee la capacidad de percibir correctamente al mundo y a sí mismo.**



La personalidad psicótica, la psicopática, quien presente trastornos de adaptación o desórdenes de tipo neurótico,, evidenciará anomalías o insuficiencias en una o más de esas características.

El Comité de Psiquiatría infantil del Grupo de Avance de la Psiquiatría en USA, ha tomado est,: hace muchos años destacó estos rasgos de la personalidad normal y madura: Capaz de manejar su ambiente la mayor parte del tiempo en forma activa, flexible y racional.

- Muestra unidad e integridad en su personalidad.
- Capaz de percibir el mundo y de auto-percibirse, incluyendo sus propios sentimientos, en correctas proporciones.

54 Davison y Neale (2000) dedican un apartado al tema de la "Diversidad cultural y valoración clínica" en USA, en el capítulo sobre los procedimientos del diagnóstico clínico. Analizan, entre otros, trabajos que explican los sesgos culturales y lingüísticos en que se incurre al evaluar la salud mental de la población hispana: "Se han descubierto sesgos cuando los clínicos emplean pruebas e instrumentos establecidos con clientes que no dominan el inglés, como los mexicanos-norteamericanos. Por ejemplo, se puede subestimar los problemas emocionales de un paciente debido a la forma en que un intérprete maneja la comunicación entre un clínico angloparlante y un paciente hispanoparlante. Asimismo, existen diferentes normas culturales que pueden dar lugar a errores de juicio".

También al evaluar a los norteamericanos nativos se deben tener muy en cuenta sus raíces culturales. A este respecto, citan a un investigador que señala: "Algunos niños norteamericanos nativos no se muestran interesados en la naturaleza individualizada y competitiva de las pruebas de CI debido a los valores de cooperación y orientados al grupo que les ha inculcado su cultura. Por tanto, su ejecución en dicha prueba puede dar una idea equivocada de sus habilidades intelectuales".

55 Jahoda, M.: "Current concepts of positive mental health". Basic Books, New York, 1958.

- Puede posponer gratificaciones inmediatas con el fin de alcanzar metas en el futuro.
- Exhibe la capacidad de amar, trabajar y distraerse.
- Disfruta de cierto bienestar mental.
- Posee un conjunto de valores que le permiten organizar su vida y su trabajo, respetando los valores de otros.

Cada uno de estos puntos, cuyo logro más acabado se da en el adulto normal, entrega una valiosa perspectiva para los análisis sobre el tema que se pueden llevar a cabo en los contextos educativos. Esperables en el educador, constituyen también puntos de referencia para su acción formativa con los niños y adolescentes.

Clarizio y McCoy (1981) han señalado que:



“los niños que tienen éxito se muestran seguros, asertivos, confiados en sí mismos, son razonablemente independientes y auto dirigidos, satisfacen constantemente las esperanzas de los demás y tienen una fuerte motivación para el aprendizaje”.

Otros rasgos que los caracterizan, a juicio de estos mismos autores es que demuestran **responsabilidad social** frente a las tareas que se les plantean y **“alcanzan un equilibrio feliz entre la libertad de autoexpresión y las restricciones normales de la vida escolar”**.

Como veremos más adelante al analizar los problemas frecuentes del desarrollo, lo anterior debe ser visto como un ideal a alcanzar. Los psicólogos evolutivos, especifican los atributos, tareas y el grado de madurez esperable para las diferentes etapas de la vida.

Para el psicoanalista **Erik Erikson** (también psicólogo, etnólogo, antropólogo, filósofo y artista), cada etapa en la vida del hombre supone una determinada tarea que se da en la forma de la resolución de un conflicto (**fig.3.4**)⁵⁶

En la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson el tema central es, a juicio de Carver y Scheier (1997), **la identidad del yo y su desarrollo**. La identidad del yo:



“es la noción experimentada conscientemente que el individuo tiene de sí mismo, la que se deriva de las interacciones con la realidad social. La identidad del yo se modifica constantemente en respuesta a los cambios en el medio social”.

Estos autores explican que para Erikson resulta crucial **formar y mantener un fuerte sentido de identidad del yo**. Consideraba que la ausencia de esa identidad es una causa importante del mal ajuste.⁵⁷

⁵⁶ Erikson, E.H.: “La juventud y el ciclo de la vida” en Sprinthal, N. & Sprinthal, R.: “Psicología de la educación”. Morata, 1973.

⁵⁷ El “sentido de identidad” tuvo especial significado en la vida de Erik Erikson, como lo hacen notar tanto Bonin (1993) como Carver y Scheier (1997). Nació en Alemania en 1902 de padres daneses, quienes se separaron antes de su nacimiento. Su madre se casó tres años más tarde con Theodor Homburger, pediatra judío. Le han ocultado varios años, hasta la adolescencia, que Homburger no era su verdadero padre. Por su aspecto de escandinavo, Erik Homburger no eran bien acogido entre los judíos: “Los judíos lo veían como gentil y los gentiles como judío”, explican Carver y Scheier, con lo que se formó la imagen de ser un extraño, no identificándose con ningún grupo. Después de sus estudios y de una sólida formación en arte y otras disciplinas, tomó clases de psicoanálisis relacionándose con notables clínicos, entre otros, Anna Freud. En 1933 emigró a los Estados Unidos donde se estableció como analista infantil. En 1939 adquirió la ciudadanía y adoptó el nombre de Erikson. “Este fue un acontecimiento, ya que simbolizó la plena obtención de un sentido de identidad propio”. Más tarde se interesó en los métodos de crianza infantil y estudió también las experiencias y sentimientos de desarraigo de algunas tribus en Estados Unidos que habían sido separadas de sus tradiciones culturales. Su obra más importante es “Infancia y sociedad”.

Diferentes autores que han estudiado las características del niño “mentalmente sano” o “maduro” han hecho referencia a las tareas del desarrollo planteadas por Erikson, las que se muestran en la tabla. Junto a ello se ha hecho notar que el niño mentalmente sano en el ambiente escolar⁵⁸ demuestra capacidad para lograr un buen manejo de los sistemas de símbolos (lingüístico oral y escrito, numérico, no verbal, artístico); respeta reglas y normas, aceptando las consecuencias de su violación; sabe relacionarse con adultos y pares, y es capaz de controlar y manejar sus emociones. En Meneghello y Grau (2000), en la 1ª parte, dedicada a los temas generales de psiquiatría, psicología y salud mental, se pueden encontrar varios trabajos sobre la materia.

Allport, en el capítulo al que se hizo mención, revisa los aportes de numerosos investigadores que en Psicología se han ocupado de caracterizar la personalidad normal y madura, entre otros, Maslow, sobre quien volveremos más adelante. En un trabajo que cita, llevado a cabo en el Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Personalidad de la Universidad de California, se observó que los universitarios con “personalidad madura”, a diferencia de los menos maduros, sobresalían en cuatro aspectos:

1. **Eficaz organización del trabajo dirigido a los objetivos:** los estudiantes con puntuaciones altas eran más resistentes al estrés, tenían más vitalidad, eran más adaptables y sabían utilizar más recursos.
2. **Correcta percepción de la realidad:** demostraban mayor precisión en tests de percepción, mejor capacidad de juicio y de insight, y se mostraban más escépticos respecto a los acontecimientos “milagrosos”.
3. **Carácter e integridad en el sentido ético:** eran personas en las que se podía confiar más, con mayor responsabilidad y seriedad, pero también más tolerantes. Eran fuertes en ellos los principios “interiormente determinados”.
4. **Adaptación interpersonal e intrapersonal:** eran menos defensivos, egoístas y desconfiados que los sujetos más inmaduros. Afirmaban, en general, que “se sentían felices la mayor parte del tiempo”. Mostraron muy escasos indicios de tendencias anormales y neuróticas.

Etapa	Conflicto	Tarea y logro
Infancia: lactancia	Confianza vs. desconfianza: ¿Puedo confiar en los otros?	Sentido básico de confianza
Etapa primeros pasos y adquisición del lenguaje	Autonomía vs. vergüenza, duda: ¿Puedo hacer las cosas por mí mismo, o me sentiré avergonzado?	Sentido de autonomía
Edad del juego: etapa preescolar o niñez temprana	Iniciativa vs. sentimientos de culpa: ¿Puedo empezar a actuar yo, o debo hacer sólo lo que otros quieren que haga?	Sentido de iniciativa
Edad escolar: niñez intermedia	Competencia vs. sentimientos de inferioridad: ¿Puedo hacer las cosas bien, o soy un fracaso?	Sentido de competencia o de capacidad
Pubertad y adolescencia	Identidad vs. confusión de roles: ¿Soy “alguien”, o estoy confundido acerca de quién debo ser?	Sentido de identidad personal

58 Bower, E.M. “Mental health”. En R.Ebel (Ed.): Encyclopedia of educational research (4th ed.) Macmillan, New York, 1970.

Adulthood temprana	Intimidad vs. aislamiento: ¿Me siento bien con otros en la intimidad, o debo aislarme?	Sentido de intimidad
Adulthood media	Productividad vs. estancamiento: ¿Produzco y oriento creativamente, o estoy al margen, estancado?	Sentido de generatividad
Adulthood tardía y vejez	Integridad del yo vs. desesperanza: ¿Me siento bien con la vida, o me siento defraudado, frustrado?	Sentido de integridad y de aceptación

Fig. 3.4 Las 8 etapas del ciclo de la vida del hombre, según Erikson.

Allport destaca la concordancia encontrada entre los diferentes teóricos e investigadores sobre el tema, y resume en 6 criterios los **rasgos más definitorios de una personalidad madura**:

- Amplia extensión del sentido de sí mismo.
- Capacidad para establecer relaciones emocionales con otras personas, en la esfera íntima y en la esfera no íntima.
- Seguridad emocional fundamental y aceptación de sí.
- Capacidad de percibir, pensar y actuar con penetración y de acuerdo con la realidad exterior.
- Capacidad de verse objetivamente a sí mismo y sentido del humor.
- Vivir en armonía con una filosofía unificadora de la vida.

Recomendamos revisar en su obra el análisis que lleva a cabo, por la honda significación y su plena vigencia que tienen para todo educador. Queremos completar este capítulo con algunas ideas sobre la importancia del primero de ellos, tal vez el menos conocido: la **amplia extensión del sentido de sí mismo**", respecto del cual el autor afirma:⁵⁹



“El sentido de sí mismo se forma gradualmente en la infancia y no se ha completado a la edad de tres años ni tampoco a la de diez. Continúa extendiéndose al compás de la experiencia a medida que se hace mayor el círculo de participación del individuo. Como señala Erikson, la adolescencia es una etapa especialmente crítica. En su lucha contra la ‘difusión de la identidad’, el muchacho quiere saber quién es él”.

En relación a los enamoramientos de los adolescentes, explica que “esta íntima oleada establece una conexión entre el individuo y otra persona, extendiendo rápidamente los límites del sí mismo”. Y aclara que no es solamente el amor de adolescente lo que amplía su individualidad, ya que se incorporan en el sentido del sí mismo “nuevas ambiciones, nuevas pertenencias a grupos, nuevas ideas, nuevos amigos, nuevos recreos y aficiones y, sobre todo, la vocación de cada individuo”. Todos estos pasan a ser factores en la identidad propia, que llevan al joven a salir de sí mismo.

Este importante criterio de madurez resume en sí una serie de tareas que, en muchos casos, no logran ser resueltas a cabalidad. Supone la auténtica participación del joven en esferas significativas de la vida humana; implica aprender a dominar activamente el ambiente -y no

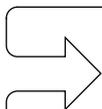
⁵⁹ Allport, G.: “La personalidad, su configuración y su desarrollo”, Edit. Herder, 1968. El capítulo XII: “La personalidad madura”, en sus elementos esenciales sigue plenamente vigente.

sólo ser víctima de los acontecimientos- en procura de un desarrollo pleno y no truncado. De hecho, al entrar en contacto con las diferentes esferas de la vida -educativa, recreativa, política, religiosa, laboral, artística, social, interpersonal- corre el riesgo de establecer con ellas relaciones sólo superficiales, en algunos casos por las trabas que ponen los propios adultos; en otros, por no ser estos mismos los modelos más apropiados de desempeño en esas dimensiones de la vida.



“Probablemente, sería pedir demasiado pretender que un individuo, aunque posea una personalidad madura, se interese apasionadamente por todas estas esferas de actividad. Pero si no se desarrollan intereses autónomos en algunas de estas áreas, si nuestro trabajo, nuestros estudios y aficiones, nuestra familia y nuestra relación con la política y la religión no entran en la esfera del ‘proprium’⁶⁰, no podemos decir que somos personalidades maduras. Una auténtica participación da una dirección a la vida. La madurez progresa en la proporción en que nuestra vida deja de estar centrada en la inmediata proximidad del cuerpo y en el yo. El amor a sí mismo es un factor preeminente e ineludible, pero no es necesario que sea dominante. Todos tienen amor a sí mismos, pero únicamente la extensión del sí mismo es signo de madurez”.

Las otras características de la personalidad madura que señala Allport, como la capacidad para establecer relaciones emocionales con otras personas, la aceptación de sí, el sentido del humor, son todos logros que dependen de una serie de variables del desarrollo, algunas posiblemente ligadas al patrimonio hereditario, a la constitución y el temperamento; otras, a las influencias del entorno, en especial el entorno social.



El aprendizaje juega, de todos modos, en un rol clave en las diferentes adquisiciones (físicas, afectivas, intelectuales, interpersonales, de valores) a través de sus mecanismos básicos: condicionamiento clásico y operante, imitación e identificación y, especialmente, los mecanismos cognitivos y meta cognitivos, prerrogativa de los seres humanos.

Es justamente a través del aprendizaje que el educador puede mediar en pos de un crecimiento sano y ajustado en sus alumnos. Las frecuentes patologías y signos de inmadurez dan cuenta de que no siempre las “tareas” que plantean las etapas evolutivas han podido ser enfrentadas de la manera adecuada y esperable.

La salud mental del propio educador es un tema que no siempre ha sido abordado debidamente dentro de las instituciones escolares, focalizándose los directivos (así como las entidades a cargo de las mediciones de la calidad de la educación) en las dotes didácticas de los maestros y los logros escolares de los alumnos.

60 El ‘proprium’ es para Allport el sí mismo (self, ego, yo), pero como objeto de conocimiento y sentimiento.

VULNERABILIDAD, AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN

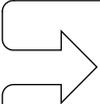
► Temas del capítulo

Estrés y vulnerabilidad.
Capacidad de afrontamiento.
Capacidad de recuperación, elasticidad o “resiliencia.”
Factores etiológicos en la niñez y adolescencia.

En este capítulo revisaremos algunos conceptos referidos a variables que marcan diferencias significativas para la salud mental de las personas -niños, jóvenes y adultos- las que dependen tanto de determinantes constitucionales, temperamento y factores hereditarios, como de las circunstancias del medio y las experiencias personales. También describiremos brevemente los factores etiológicos básicos que suelen dar cuenta de los principales problemas psicológicos que ocurren en la infancia, niñez y adolescencia.

La perspectiva psicopedagógica adoptada en este manual, focalizada en la reflexión sobre las barreras en el aprendizaje y la participación que obstaculizan el desarrollo de muchos alumnos, nos han llevado a dedicar varias páginas a temas que no pueden ser ajenos al educador, enfrentado a los desafíos que suponen no sólo el progreso académico de sus alumnos, sino -y muy especialmente- su crecimiento personal e integración social. Este capítulo entrega otros elementos que permiten apreciar diferencias en el comportamiento de las personas, lo que puede verse como una nueva faceta en la caracterización de la diversidad.

Los conceptos que examinaremos -y que se relacionan estrechamente entre sí- son los siguientes: **vulnerabilidad**, **estrés**, **capacidad de afrontamiento** o de hacer frente (cope, cope with), y **capacidad de recuperación** o “elasticidad” o “resiliencia” (resiliency).



No todos reaccionamos de la misma manera frente a las situaciones que representan exigencias, demandas, toma de decisiones, obligaciones, cambios drásticos o inesperados, oportunidades que deben aprovecharse.

Es necesario distinguir, por lo pronto, entre las exigencias y demandas “normales” y aquellas que escapan a lo habitual. Tampoco manejamos de la misma manera las dificultades, los fracasos y las frustraciones.

Hay personas más vulnerables, con mayor predisposición a responder de manera desadaptada, a hacer crisis. Sin embargo, cuando las demandas o exigencias son demasiado altas, también

quienes son poco vulnerables pueden eventualmente reaccionar de manera perturbada. También la capacidad de superar las adversidades, de recuperarse, e incluso de salir fortalecidos de ellas, sin dar muestras de trastornos o secuelas negativas de importancia o irreversibles -pese a haber estado sometidos a factores excesivamente tensionantes- marca significativas diferencias entre las personas, lo que se ha observado igualmente en los niños.

En un análisis de estos conceptos, cuya interacción puede encontrarse en varios trabajos, entre ellos, en Sarason y Sarason (1996), así como en Clarizio y McCoy (1981). Si bien se revisarán por separado, el lector advertirá que ello cumple sólo propósitos didácticos, para definir con claridad cada concepto. Su evidente interrelación también se pondrá de manifiesto a lo largo de este capítulo.

Estrés y vulnerabilidad

Estrés es un término de uso frecuente, que forma parte del léxico diario de la mayoría de las personas. En general, se manifiesta en un conjunto de reacciones psicológicas y físicas que incomodan, como consecuencia de tener que enfrentar situaciones demandantes, peligros reales o potenciales y otras presiones que exigen una necesidad de adaptación mayor que la habitual. El estrés no siempre es negativo: supone un **nivel de activación** que proporciona la **energía necesaria para enfrentar cambios y presiones comunes de la vida cotidiana, en especial, las presiones que escapan a lo habitual**. Vivir siempre “estresados”, sin embargo, puede desencadenar problemas físicos y mentales, que dependen de la intensidad y duración del inconveniente, la vulnerabilidad del sujeto, su capacidad de afrontamiento, la posibilidad de contar con redes de apoyo.

El **estrés, según la definición de Cruz y Vargas (1998)⁶¹**, expertos en el tema y docentes de Universidad Católica de Chile, esta determinado por:

- El comportamiento heredado.
- Defensivo y/o adaptativo.
- Con activación específica neuro-endocrina-emocional.
- Ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar.

El estrés es una **respuesta a un estímulo**, el que tiene la característica básica de percibirse como **amenazante**. Clasifican los estímulos amenazantes o “estresores” en **psicológicos** (pensamientos, sentimientos y preocupaciones acerca de amenazas percibidas), **físicos** (cambios extremos de temperatura, un choque eléctrico, ejercicio prolongado), y **psico sociales** (aislamiento extremo, hacinamiento). “No necesariamente -aclaran- todo evento problemático tiene el carácter de estresor”.

En relación al estrés como **comportamiento heredado**, dicen que es “un comportamiento grabado en nuestros genes que nos permite alertarnos del peligro y reaccionar ante él y eso explicaría su aporte a la supervivencia de la especie”. Tiene, por lo tanto, un valor adaptativo y también defensivo.

61 Cruz C. & Vargas L.: “Estrés: entenderlo es manejarlo”. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1998.

Cruz y Vargas (1998) advierten que como “**el estrés tiene mucha relación con el estudio de las emociones y de la ansiedad**, se ha producido cierta confusión al momento de las definiciones usadas y de los resultados de las investigaciones”.⁶² Dedicar un minucioso análisis al sustrato biológico, en especial el área neuroendocrina -que escapa ampliamente al objetivo de este manual- y la relación con la activación parcial o completa del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, destacando que aquellas respuestas o eventos que no provocan descarga de ACTH⁶³, que describen como la hormona del estrés, que en realidad no producen estrés. Los autores hacen una presentación del sistema neuro-endocrino, acompañando con didácticas ilustraciones la acción del SNA, en que el sistema simpático o adrenérgico (que genera adrenalina) es el estimulador -con una serie de efectos que caracterizan la iniciación del estrés- mientras el sistema parasimpático o colinérgico (que genera acetilcolina) cumple para estos efectos un rol inhibitorio.⁶⁴ Destacan Cruz y Vargas que la clase de estresor influye en la calidad de la respuesta, sin embargo



“Si es sorprendente, conmovedor o muy violento, siempre producirá estrés, cualquiera sea el temperamento, constitución genética o experiencia previa de la persona”.

Del “decálogo del estrés” que proponen estos investigadores, citamos textualmente algunas de las aseveraciones básicas:

- Se postula a la **amenaza** como el estresor más frecuente y más universal, por poseer toda la potencialidad para poner en peligro la integridad corporal y psíquica, generando **miedo**, que es en sí un segundo estresor endógeno.
- La respuesta depende de la **magnitud, intensidad, duración y sorpresa** del estresor, influyendo en la **duración** del estrés, que puede extenderse por minutos, horas o semanas, según sea el grado de activación del sistema nervioso central.
- En el **estrés crónico**, es clave para lograr la adaptación una **actitud optimista y luchadora** contra el estrés (coping, behavior).
- El solucionar y sobrepasar situaciones estresantes adversas, pero manejables, contribuye a **afianzar la propia normalidad psicológica** y favorece el crecimiento biológico.
- **Sin estrés, el SNC (Sistema Nervioso Central) se desarrolla de manera incompleta**, sin alcanzar el nivel de exigencia necesario, **porque no hay aprendizaje sin estrés**.
- Durante el estrés se produce la modificación del medio interno y la descarga de diversas hormonas que sensibilizan e influyen en nuestra conducta, de ahí el **impacto del estrés en las reacciones psicológicas y conductuales**.

En el penúltimo de los puntos citados, nótese cómo, pone énfasis en la dimensión positiva del estrés, ya que este, si no es excesivo, ayuda a enfrentar los cambios en la vida diaria y favorece

62 Esto lo podemos constatar al observar que las personas con trastornos de ansiedad suelen sentir una tensión abrumadora, aprensión o temor cuando no hay peligro real y pueden adoptar acciones extremas para evitar la fuente de su ansiedad (Barlow y Durand, 2001).

63 Hormona adreno-córtico-trópica, de la hipófisis anterior, que estimula la producción de hormonas de la corteza suprarrenal.

64 A este respecto, Cruz y Vargas puntualizan:

“Es el estrés estimula intensamente al sistema adrenérgico, provocando una abundante descarga de adrenalina desde la suprarrenal y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenérgicas de todos los órganos. La acetilcolina antagoniza a la adrenalina-noradrenalina y evita un desbalance entre los dos sistemas que pudiera llegar a poner en peligro la vida de la persona. Sería una pérdida de la autorregulación hormonal. En el equilibrio entre ambos sistemas radica el mecanismo regulador hormonal del estrés. Una posible pérdida de ese equilibrio es prácticamente inexistente y sólo puede producirse cuando el estrés es excesivamente intenso o prolongado y lleva a la fase de agotamiento y muerte”.

el aprendizaje, lo que se hace necesario, a veces, aclarar a los alumnos. El estrés en sí no es una enfermedad: es la respuesta del sujeto -física y psicológica- frente al cambio y a las exigencias, en especial, frente a sucesos que nos resultan amenazadores o que nos crean conflicto. Numerosas publicaciones sobre el estrés -es un tema obligado de revistas de divulgación, en sus columnas de "auto-ayuda"- han hecho ver que el estilo de vida contemporáneo genera serios problemas de salud mental. Los síntomas más frecuentes que se reportan incluyen insomnio, irritabilidad, problemas de memoria y falta de concentración, pérdida de apetito, cansancio, baja en el rendimiento académico y desempeño laboral, dificultad para tomar decisiones, pérdida de interés en las cosas y en las personas, sentimientos de desconfianza, pesimismo y, en síntesis, pérdida de la capacidad de ser feliz.

Sarason y Sarason (1996) clasifican las reacciones ante el estrés en:

- **Psicológicas:** sentirse perturbado, preocupación, incapacidad para concentrarse, irritabilidad, pérdida de la confianza en sí mismo, dificultad para tomar decisiones, pensamientos recurrentes, distracción.
- **Orgánicas:** pulso rápido, palpitaciones, aumento de la transpiración, tensión de los músculos de brazos y piernas, respiración cortada, rechinar dientes.
- **Conductuales:** deterioro de la efectividad del desempeño, tabaquismo y consumo de alcohol u otras drogas, propensión a los accidentes, ademanes nerviosos (golpear con los pies, morderse las uñas), aumento o reducción del apetito, aumento o reducción del sueño.

Todos hemos experimentado, más de una vez, algunos de los síntomas que caracterizan el estrés. No es normal, sin embargo, vivir permanentemente con ellos sin hacer nada al respecto. De hecho, cuando la espiral de tensión se hace demasiado grande y no es detenida a tiempo, se pueden desarrollar patologías psíquicas y físicas severas. Los investigadores en el área señalan, que una situación desencadenante de estrés para una persona, puede ser neutra o indiferente para otra. El hecho de que sea estresante depende de cómo lo valora la persona y de cómo califica su capacidad para manejarla.

Dentro de las situaciones desencadenantes del estrés que analizan Sarason y Sarason, están los **eventos traumáticos** (accidentes, desastres naturales, guerras); **crisis personales** (muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, necesidad de cuidar un familiar, por ejemplo: uno de los padres con una enfermedad incurable, experiencias de violación⁶⁵.); **transiciones en la vida** (matrimonio, nacimiento y cuidado de los hijos, ingreso al mundo del trabajo, postulación e ingreso a la universidad o al colegio, cambios de casa, la jubilación y muchos cambios que afectan a los hijos).

La **vulnerabilidad** -o **tendencia a reaccionar frente al estímulo o situación estresante de manera desadaptada**- difiere en las personas y depende tanto de sus características de temperamento y de personalidad, como de su **capacidad de afrontamiento**, de sus experiencias anteriores con eventos negativos, así como del apoyo social con que cuentan.

La vulnerabilidad, según Barlow y Durand (2001) es la **susceptibilidad o tendencia a desarrollar un trastorno**, y distinguen la vulnerabilidad **biológica**, por ejemplo: la tendencia

65 Los autores llevan a cabo, en este punto (7ª ed., 1996, págs. 137-139) un minucioso análisis de los efectos y temores que persisten después de una experiencia de violación; de la "violación en una cita"-problema grave entre adolescentes y estudiantes universitarios-; y de aspectos típicos de los asaltos sexuales a mujeres jóvenes, lineamientos para la prevención y cómo ayudar a las víctimas.

heredada a experimentar ansiedad y/o ataques de pánico; de la **psicológica**, la sensibilidad acentuada o aprensión (temor infundado) a situaciones o personas percibidas como amenazadoras.

La persona “vulnerable” tiene **mayor probabilidad de responder de manera desadaptada frente a situaciones que desencadenan estrés**. A menor estrés se requiere mayor vulnerabilidad para presentar conductas desadaptadas. Esto se puede observar tanto en niños, como en adolescentes y adultos. No todos los niños reaccionan de la misma manera en la situación de “examen de admisión” al colegio; lo mismo ocurre con los adolescentes que deben rendir su PSU (Prueba de Selección Universitaria). Afirman Cruz y Vargas que “de acuerdo al tipo constitucional” hay **tendencias individuales** para enfrentar el estrés. Algunas de ellas evocan los “mecanismos de defensa” freudianos vistos anteriormente. Entre ellas:

- **Olvido.** “Un mecanismo defensivo de real ayuda”.
- **Elaboración explicativa.** Saber encontrar explicaciones tranquilizadoras. “Contribuyen a disminuir la respuesta estresante”.
- **Rechazo (negación).** “No existió”.
- **Rendición.** “Aceptar el estrés como inevitable”.
- **Rumiación.** “Caer en el error de seguir pensando o comentando la experiencia desagradable”.
- **Desvalorización del estresor.** Analizarlo, cuando es conocido y minimizar su peligrosidad.
- **Frustración.** Ser superado por el estresor y pasar a sentirse deprimido.
- **Propia acusación.** Lamentarse.

Los expertos en salud mental aconsejan “aprender a vivir con el estrés” de una manera sana. No se trata de negarlo ni de sentirse sobrepasado, auto-culpándose y rindiéndose. Por el contrario, hay que aprender a descansar, relajarse, vivir sin tanto apuro, no aislarse, realizar actividades físicas regularmente, cambiar los sistemas de vida demasiado exigentes, proponerse metas alcanzables.

Capacidad de afrontamiento

El concepto de **afrontamiento** o **enfrentamiento** (coping) refiere, precisamente, a la **forma en que las personas manejan las dificultades y tratan de superarlas**. Afirman Sarason y Sarason (1996) que quienes tienen una capacidad de afrontamiento exitoso “no sólo saben cómo hacer las cosas, sino que también saben **cómo enfrentar las situaciones para las cuales no tienen una respuesta preparada**”. Cruz y Vargas (1998) siguen en este punto a Lazarus⁶⁶ quien, aparte de distinguir entre las **estrategias** de afrontamiento y sus **resultados**, señala que dentro de las estrategias es preciso diferenciar las **enfocadas al problema** que nos afecta, de las **enfocadas a la emoción** que el problema genera en nosotros. Las primeras, consideradas por lo general más efectivas, apuntan a **cambiar la situación que ha provocado el estrés**. Las otras están destinadas a **atenuar la emoción desencadenada por el estrés**. Ambos tipos de estrategias son necesarias, sin embargo, Cruz y Vargas aclaran:

⁶⁶ Lazarus, R. & Folkman, S. “Stress, appraisal and coping”. Springer, N.York, 1984.

Anteriormente Richard S. Lazarus, figura destacada en el campo de la psicoterapia, profesor de psicología e investigador en la Universidad de California, Berkeley, había publicado “Psychological stress and the coping process”. McGraw-Hill, N.York, 1966. Su libro “Personality” ha resultado ser muy influyente. Al comienzo de este manual hicimos referencia a él.



“El afrontamiento del estrés es un problema que nos acompaña desde el estado fetal. Ya el feto responde a la ansiedad de la madre de maneras diversas. Es más, podemos afirmar que en nuestros genes viene dada en parte esta capacidad de hacer frente a la vida. La expresión popular que hay personas ‘operadas de los nervios’ parece hoy un hecho científicamente comprobado: nacemos con umbrales de ansiedad diferentes frente a los estresores”.

Los autores, matizan, no obstante lo anterior -que pudiera llevar a algunos a una suerte de fatalismo biológico- considerando el punto de vista de otros estudiosos de la materia que los llevan a afirmar:



“Tan importante como lo anterior ha demostrado ser la calidad de la relación que establecemos con quien nos cuida cuando niños, que generalmente son los padres, y ha demostrado ser el único factor más importante en determinar cuán bien afrontarán los niños estresores particulares”.

Cruz y Vargas notan que el afrontamiento es algo que se va desarrollando a lo largo de la vida (“el recién nacido usa el llanto para pedir ayuda”), pero “es en la **etapa escolar** donde tienden a verse con más frecuencia el uso de **estrategias de afrontamiento enfocadas al problema** para lidiar con los estudios o con los problemas con amigos”.

Los autores, se refieren también al apoyo de los padres, que permite a los niños “formarse una sensación de seguridad al tiempo que sienten más confianza para intentar estrategias nuevas de afrontamiento”. Con respecto a esto señalan: **“Es este el camino que como educadores nos corresponde fortalecer**, pues del desarrollo de estas formas de afrontamiento se alcanza una **maestría efectiva** frente al estrés”. Cruz y Vargas dedican toda la tercera parte de su libro -que contempla dos capítulos- a cómo prevenir y manejar el estrés, por lo que recomendamos su lectura.⁶⁷

Volmer, María Cristina (2000) explica que los organismos vivientes procuran mantener un complejo equilibrio dinámico -llamado homeostasis- el cual se ve frecuentemente alterado por fuerzas perturbadoras intrínsecas o extrínsecas: los. Por consiguiente, el estrés es un estado de homeostasis amenazada. La respuesta general de adaptación está constituida por fuerzas antagónicas que restablecen el equilibrio homeostático, incluyendo reacciones físicas y mentales que pueden ser específicas y localizadas para el agente agresor, o no específicas y generalizadas si la magnitud de la amenaza excede cierto grado. La autora integra los aportes de la Psiconeurología, Inmunología y Endocrinología para dar cuenta tanto del funcionamiento normal, como de diferentes patologías psiquiátricas, en los seres humanos. Tanto el sistema nervioso como el endocrino y el inmunológico tienen propiedades y funciones autorregulatorias: cada uno de ellos ha evolucionado a fin de responder a estímulos específicos, originados tanto en el medio ambiente externo, como en el medio interno. Actualmente se sugiere que todos ellos son parte de un sistema integrado de defensa.



“Esta integración se refleja en el desarrollo de una nueva disciplina, la Psiconeuroinmuno-endocrinología, que comprende el estudio de las interacciones entre los sistemas nervioso, inmune y endocrino, y el comportamiento, es decir, el psiquismo”... “Hay evidencias crecientes de que existen conexiones estructurales y funcionales entre los sistemas psíquico, nervioso, endocrino e inmunitario, lo cual fundamenta la concepción de red funcional intersistémica”.

67 Cap.8: “Problemas del diario vivir y el estrés”.

Cap.9: “Medios para aminorar el estrés”.

El estrés y la capacidad de afrontamiento, así como la capacidad de recuperación o “elasticidad” (“resiliency”), que examinaremos en el punto que sigue) han sido estudiados por numerosos autores, estos últimos años, en relación a la niñez. Una revisión para las etapas de la **niñez temprana** (3 a 6 años) y **niñez intermedia** o etapa escolar (6 a 12 años) la llevan a cabo en su influyente “Psicología del Desarrollo” Papalia, Olds y Feldman (2001). Estas etapas se asocian a los sentimientos y logros en **iniciativa** y **competencia**, respectivamente, de Erikson.

Dicen las autoras que los sucesos estresantes son parte de la niñez “y la mayoría de los niños aprenden a afrontarlos”. Hacen ver cómo “el ingreso a una guardería es estresante para muchos niños, del mismo modo que también pueden verse afectados por el estrés de los adultos”. En la niñez temprana el estrés de los mayores puede tener consecuencias especialmente imprevisibles, ya que:



“Un adulto absorto en sus preocupaciones puede olvidar cerrar una puerta, o dejar una taza de café caliente, un cuchillo de cocina o un líquido de limpieza tóxico al alcance de un niño, o no estar pendiente de que el niño se lave antes de comer”.

La exposición al estrés de los adultos responsables, por consiguiente, no sólo puede traer consigo efectos psicológicos adversos, sino también, problemas serios para la salud e integridad física de los niños pequeños. Citan las autoras al psicólogo infantil Elkind, David quien ha descrito el síndrome del “niño apurado”⁶⁸ -consecuencia de las presiones de la vida moderna- y que se manifiesta específicamente en la etapa escolar o niñez intermedia:



“De los niños de hoy se espera que triunfen en la escuela, compitan en deportes y satisfagan las necesidades emocionales de los padres. Los niños están expuestos a muchos problemas de los adultos en la televisión y en la vida real antes de que hayan dominado los problemas de la niñez. Ellos saben acerca de sexo y violencia y si viven en hogares con uno solo de los padres o en familias en donde ambos cónyuges trabajan, con frecuencia deben llevar la carga de las responsabilidades de los adultos”.

El problema está en que, como lo hacen ver las autoras, los niños **sienten y piensan como niños y necesitan los años de su niñez para tener un desarrollo saludable**. Aparte de las fuentes comunes de estrés (divorcio o muerte de los padres, nacimiento de un hermano, cambios de casa, ciudad o país, cambios de colegio), algunos de ellos deben vivir el trauma de la guerra, de atentados insensatos, del fanatismo y terrorismo, de secuestros, y de calamidades naturales, como terremotos o inundaciones. Sin embargo, muchos niños muestran una admirable resistencia frente a tales hechos.

Sarason y Sarason (1996) comparan algunas de las respuestas **normales o esperables** frente al estrés con las que deben considerarse **anormales o desadaptadas**. La **fig.4.1** ilustra el punto. Explican que la tabla deja en claro que **muchas de las respuestas se convierten en reacciones anormales cuando los síntomas se tornan persistentes o son excesivos**. El control exitoso o afrontamiento lo atribuyen en parte importante a la forma como el sujeto enfrenta los sentimientos preocupantes, como la tristeza o el enojo. Se trata de las estrategias que

68 Elkind, David. “The hurried child”. Addison-Wesley, Reading, MA, 1981.

Elkind, David. “The miseducation of children: superkids at risk”. Knopf, New York, 1986.

anteriormente, siguiendo a Lazarus -citado en Cruz y Vargas- se clasificaron como “enfocadas a la emoción”. Diferentes autores que se han ocupado del tema examinan una serie de técnicas para optimizar la **capacidad de afrontamiento**, por lo que remitimos al lector a los tratados especializados. Entre las más útiles, ¡tan frecuentes en la labor formativa del educador!:

- Desarrollo de un pensamiento constructivo.
- Desarrollo de un comportamiento flexible.
- Retroalimentación acerca de qué tácticas funcionan y cuáles no.
- Manejo de los problemas conforme se presentan.
- Emplear el sentido del humor para hacer menos tensas algunas situaciones.
- Compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando sea necesario.⁶⁹

Sarason y Sarason comentan que muchas veces las personas no pueden manejar el estrés a causa de un alto nivel de excitación que interfiere su capacidad de concentración en los pensamientos adaptativos. “Estas personas no observan sus propios pensamientos, sentimientos y conductas en las situaciones desafiantes y no pueden participar en la resolución constructiva de problemas”. Con este propósito, terapeutas cognitivistas han desarrollado programas de entrenamiento en los que las personas aprenden, entre otras cosas, a decirse a sí mismas afirmaciones útiles para prepararse a enfrentar situaciones estresantes, al momento de enfrentarlas y para el manejo de los sentimientos de preocupación.⁷⁰

RESPUESTAS NORMALES	RESPUESTAS ANORMALES
Sentir emociones fuertes después del evento (por ejemplo, miedo, tristeza, ira).	Sentir una preocupación excesiva por las emociones intensas; experimentar pánico o agotamiento.
Oponerse a pensar en el suceso; negación.	Resistencia extrema a pensar en el suceso (por ejemplo, por medio del consumo de drogas); negación masiva.
Tener pensamientos indeseables o intrusivos acerca del evento.	Tener imágenes y pensamientos persistentes y trastornantes que interfieren con el funcionamiento normal.
Síntomas físicos temporales (dolores de cabeza, trastornos estomacales).	Reacciones orgánicas fuertes y persistentes (por ejemplo, dolores de cabeza continuos, dolores de estómago crónicos).
Volver a tomar el patrón normal en la vida.	Problemas a largo plazo en la capacidad para amar y trabajar.

Fig. 4.1. Respuestas normales y anormales ante el estrés. (Sarason y Sarason, 1996).

Ayudas para la conducta de afrontamiento, que con algún detalle describen también Sarason y Sarason (1996) -y que recomendamos revisar por la utilidad que pueden prestar en los contextos educacionales- son las siguientes:

- Oriéntese hacia la tarea.
- Sea usted mismo.

⁶⁹ En Chile se puso de moda una de estas técnicas estos últimos años: ¡Piense positivo!

⁷⁰ De preparación: “No voy a preocuparme por lo que suceda; sólo me prepararé de la mejor manera posible...”

Al enfrentar la situación: “Sólo voy a dar un paso a la vez. Puedo hacerlo...”

Para manejar los sentimientos: “Claro que tengo miedo, pero es normal...”, etc.

En Sarason y Sarason, basados en Freeman y otros: “Comprehensive handbook of cognitive therapy”. Plenum, N.York, 1989.

- Utilice el auto-monitoreo.
- Sea realista sobre lo que puede lograr.
- Tenga un panorama constructivo.
- Emplee las relaciones de apoyo.
- Sea paciente consigo mismo.

Cruz y Vargas -en la obra que hemos citado- dedican un apartado especial a los **ejercicios físicos antiestrés** y **técnicas de relajación**: relajación muscular, masaje personal, ejercicio mental de relajación. En Psicoterapia se utilizan frecuentemente las técnicas de relajación de Jacobson, basadas en la tensión-relajación ordenada de diferentes segmentos musculares de todo el cuerpo.

Es mucho **lo que puede hacer el profesor en relación al estrés en sus alumnos**, en especial con aquellos niños más predispuestos a la ansiedad, los alumnos “más nerviosos” o aquellos que manifiestan algunos de los síntomas descritos anteriormente. Hay situaciones especialmente tensionantes, como las “pruebas coeficiente 2”, las “pruebas solemnes”, los exámenes orales o el ambiente inhibitorio que crean algunos maestros que evalúan a sus alumnos como si estuvieran en el banquillo de los acusados. Los alumnos disléxicos o aquellos que presentan dificultades lectoras, por ejemplo, experimentan gran tensión al tener que leer en voz alta o si se les obliga a escribir en el pizarrón delante de todo el curso. Más adelante, en los capítulos dedicados a las dificultades socioemocionales y del aprendizaje volveremos sobre el punto.

Todo maestro, por vocación, debiera formar parte de ese grupo de personas en quienes los niños y jóvenes pueden confiar, que saben que los valoran y aprecian, incluso cuando les ponen límites y plantean exigencias. Se ha visto que la calidad del **apoyo social** con que cuenta una persona es importante frente a su vulnerabilidad y a favor de su capacidad de afrontamiento. Los Sarason, con una vasta experiencia acumulada en este sentido, afirman que **“hay cada vez más evidencias de que las formas desadaptadas de pensar y comportarse ocurren con mayor frecuencia entre las personas que tienen poco apoyo social”**.⁷¹

Hay casos, por otra parte, que escapan ampliamente a lo que puede hacer el profesor : se trata de niños y adolescentes en los que es aconsejable que sean atendidos por especialistas en salud mental. Los criterios de normalidad y anormalidad examinados anteriormente pueden resultar orientadores. Asimismo, es importante que el profesor esté en condiciones de manejar su propio estrés, por los efectos en los niños de la exposición al estrés de los adultos, como se hizo ver. No siempre resulta fácil, y es cierto también que hay personas más predispuestas a afectar a los demás con sus problemas personales.

Los **efectos del estrés** son conocidos, ya que la prensa, programas de radio y TV, revistas de gran circulación, con frecuencia han divulgado los puntos de vista y los consejos o “medidas

71 Irwin y Bárbara Sarason, marido y mujer, psicólogos clínicos, se han interesado de manera muy especial “por los costos humanos del dolor psicológico y las conductas problemáticas para los miembros de la familia y la comunidad, así como en la persona que se ve afectada en forma directa”, se afirma en la semblanza que se hace de ellos en la última edición de su “Psicología anormal”.

“Encontrar maneras como las comunidades puedan mejorar y convertirse en medios en que se viva con más apoyo, es un objetivo por el cual han trabajado a lo largo de sus carreras. Algunas de las formas específicas en que implementaron este objetivo, fue a través de su trabajo con delincuentes juveniles, estudiantes de bachillerato con una motivación académica deficiente y estudiantes de universidad que experimentan altos niveles de ansiedad social o ante exámenes. Quizá los Sarason se conocen más por su trabajo en la función del apoyo social como un factor que modifica el estrés y fomenta la salud mental”.

Ver también: Sarason I.; Sarason B. & Pierce, G. “Social support: the search for theory”. J. of Social and Clinical Psychology, 9, 133-147, 1990.

antiestrés” de diferentes expertos en el tema. Si bien casi todos hemos experimentado alguna vez los primeros síntomas negativos del estrés (insomnio, irritabilidad, cefalea, trastornos abdominales, problemas de concentración y de rendimiento), sabemos que si la espiral de tensión no es controlada o detenida a tiempo, se puede llegar a patologías físicas y psíquicas severas. El estrés prolongado, inmanejable, el estrés crónico⁷², se asocia a problemas físicos tales como úlceras, hipertensión, colon irritable y hasta perturbaciones en el sistema inmunológico que pueden predisponer a cuadros graves.

Para Sarason y Sarason “el estrés desempeña un papel **en la mayor parte de las condiciones que constituyen la psicología anormal**”, mientras Barlow y Durand (2001) -cuando tratan el tema de la “psicología de la salud”- aseguran que “los principales factores que contribuyen a las enfermedades y a la muerte son de orden psicológico y conductual”.

Los Sarason describen con detalle 3 formas básicas de **reacciones clínicas ante el estrés**, en las que sus efectos son más evidentes que en otros cuadros, pero aclaran que “el DSM las trata de manera diferente”. Las tres formas son: los **trastornos adaptativos**; los **trastornos postraumáticos**; los **trastornos disociativos**.

Cruz y Vargas (1998) se concentran en las 2 primeras, pero examinan junto al estrés postraumático el trastorno por estrés agudo, siguiendo más de cerca al DSM IV y CIE 10 ya que su propósito en el punto es “analizar y describir cuánto de lo mencionado en capítulos previos (los 6 primeros capítulos de su libro) está siendo considerado en la clínica psicológica actual”.⁷³

Capacidad de recuperación, elasticidad o “resiliencia”

Dos niños de la misma edad y sexo están expuestos a la misma experiencia estresante: “uno se resiente, mientras el otro se mantiene emocionalmente saludable ¿Por qué?”, se preguntan Papalia, Olds y Feldman (2001).

La noción de elasticidad o “resiliencia” (neologismo innecesario en Español) -utilizada metafóricamente para referirse a las personas, ya que alude originalmente a una propiedad física de ciertos objetos- señala la capacidad de algunos niños, adolescentes y adultos para **reaccionar y recuperarse de las adversidades**, lo que implica un conjunto de **características que permiten una adaptación exitosa**, pese a los riesgos y amenazas. Las cosas elásticas pueden ser

72 El estrés crónico, repetido, permanente, es diferente al estrés agudo, como el efecto, por ejemplo, de un susto grande que nos deja paralizados, pero pronto nos recuperamos y prácticamente no queda huella de lo sucedido.

Por otra parte, como cuadro clínico existe el “trastorno por estrés agudo” que se relaciona con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, con una duración de síntomas inferior a cuatro semanas, a diferencia del “trastorno por estrés postraumático”, en el que los síntomas persisten por más tiempo.

73 El DSM IV incluye el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo dentro del capítulo de los Trastornos de Ansiedad. Los Trastornos Adaptativos forman capítulo aparte. Lo mismo ocurre con los Trastornos Disociativos.

El CIE 10 dedica un apartado a las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación dentro de un amplio capítulo dedicado a los Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos. En dicho apartado se describe la reacción a estrés agudo, el trastorno de estrés post-traumático, los trastornos de adaptación y los trastornos disociativos.

estiradas, dobladas, retorcidas, pero vuelven atrás rápidamente y recuperan su estado original.⁷⁴ En Español, el término puede ser traducido como **capacidad de recuperación, resistencia, recuperabilidad**. Algunos lo han hecho como **capacidad de adaptarse o adaptabilidad**. Así es como Papalia, Olds y Feldman (2001) explican:



“Los niños adaptables son aquellos que afrontan circunstancias que derribarían a otros, son quienes mantienen su compostura y competencia bajo exigencia o amenaza o que se recuperan de eventos traumáticos. Ellos son los niños de zonas deprimidas que sobresalen en sus profesiones. Son los hijos de un divorcio que se adaptan y siguen adelante. Son los descuidados o las víctimas de abuso que se orientan para formar relaciones íntimas y ser buenos padres. Ellos son los sobrevivientes del Holocausto que llegaron a una vida normal y exitosa en su edad adulta. A pesar de las malas situaciones que enfrentaron, estos niños fueron ganadores”.

Tagle, Soledad (2000) define la elasticidad o resiliencia como **la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella** y lleva a cabo un completo análisis de la materia. Siguiendo a investigadores que han identificado las características de jóvenes resistentes, pese a haber sido criados en ambientes familiares propensos al abuso de drogas, describe 7 **cualidades protectoras** o rasgos característicos de los “sobrevivientes exitosos”:

1. **Insight (Darse cuenta):** capacidad de “verse a sí mismo”, de preguntarse y responderse honestamente. Capacidad de entenderse a sí mismo y a los demás, de tolerar la ambigüedad, la complejidad. Estar en condiciones de comprender y evaluar las experiencias en forma reflexiva, activa y personal.
2. **Independencia:** capacidad de establecer límites entre uno mismo y la familia o el ambiente. Saber sentirse relativamente autónomo frente a los problemas en la familia y en el medio: distanciarse física y emocionalmente cuando corresponde.
3. **Interacción:** capacidad de tener lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, balanceando las propias necesidades con la capacidad de dar a otros; hay relaciones que proveen lo que no se satisface en las familias con problemas.
4. **Iniciativa:** capacidad de proponer cosas por primera vez; se relaciona con la espontaneidad y la valentía para enfrentarse a tareas nuevas demandantes; la iniciativa vence la sensación de abandono que puede producir en el niño una familia con problemas.
5. **Creatividad:** capacidad de inventar, de generar, de producir algo que antes no existía; imponer orden y belleza en las experiencias dolorosas; es la presentación y la resolución de los conflictos internos en forma estética, expresando el dolor y transformando las amarguras de la vida con metáforas, imágenes y símbolos.
6. **Humor:** disposición del espíritu a la alegría, que permite alejarse del foco de tensión, relativizar, hacer positivo, elaborar situaciones de un modo lúdico, encontrar lo cómico en lo trágico, minimizar un hecho, provocar la risa.
7. **Moralidad:** conformidad de la conducta con las normas morales aceptadas por la sociedad, con reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal; supone una intencionalidad, una conciencia, un esfuerzo que llega a ser un hábito o una costumbre; extiende así el deseo de una vida buena y satisfactoria a toda la humanidad.

74 Resilience, resiliency: quality of being springy; quality of being buoyant.

Resilient: springing back to its original form after being bent, stretched, crushed, etc.; springy; (of person or character) quickly recovering from shock or depression; buoyant.

Oxford Advanced Learner's Dictionary, 4th ed., Oxford University Press, 1989.

La autora da ejemplos de cómo se presentan cada una de estas 7 cualidades protectoras en la **niñez**, la **adolescencia** y la **edad adulta**, por lo que su lectura resulta altamente recomendable y enriquecedora.⁷⁵

Papalia y equipo (2001), basándose especialmente en contribuciones de Werner, Eisenberg y Masten⁷⁶, enumeran los siguientes **factores de protección** que parecen contribuir a la elasticidad o capacidad de recuperación:

- **La personalidad del niño:** los niños “adaptables” poseen estrategias de ajuste: son amigables, se relacionan bien, son independientes y sensibles con los demás. Son y se consideran competentes; tienen una alta autoestima y tienden a ser buenos estudiantes; son creativos y es agradable estar con ellos.
- **La familia:** estos niños tienen la posibilidad de mantener buenas relaciones con uno o ambos padres que los apoyan. En caso contrario, con facilidad pueden acercarse a un adulto competente que se muestra interesado, cuida de ellos y les inspira confianza.
- **Experiencias de aprendizaje:** son buenos como aprendices y para resolver problemas; saben arreglárselas solos y buscar soluciones, y ejercen parte del control sobre sus vidas.
- **Reducción de riesgos:** los niños “adaptables” que han estado expuestos a uno o más de los factores de riesgo relacionados con desórdenes psiquiátricos (discordia de los padres, hacinamiento, privación social, madre con perturbaciones, criminalidad paterna, institucionalización) tienen mejor capacidad para superar el estrés que otros niños.
- **Experiencias compensatorias:** un ambiente de apoyo en la escuela o experiencias exitosas en el estudio, los deportes, la música, o relaciones positivas con otros niños o adultos, les ayudan a superar, con mayor probabilidad que otros niños, las experiencias negativas.

Para **Rutter**⁷⁷, psiquiatra inglés, una de las principales inquietudes de los investigadores sociales en estos últimos años tiene que ver con la capacidad de **afrontamiento** (coping) frente al **estrés** y a la **adversidad**. Los niños y personas con un buen nivel de elasticidad psicosocial (resiliencia) dan muestras de una especial capacidad de afrontamiento ante estresores muy severos y ante factores de riesgo (pérdida de los padres, divorcio, abuso, maltrato y descuido infantil, alcoholismo, bajo nivel educacional de los padres o tutores). Cuentan con un adecuado repertorio de **factores de protección**. Algunos autores organizan tales factores en **personales** (autoestima, autonomía, humor y otros rasgos de personalidad favorables, inteligencia,

75 Tagle, Soledad: “La resiliencia: ¿es la base de la prevención en salud mental?”. En J. Meneghello y A. Grau: “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia”. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

76 Anotamos para el lector interesado algunas de las referencias de estos autores, todos con amplia trayectoria en el área: Werner, E.: “Stress and protective factors in children’s lives”. En A. R. Nichol (ed.): *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. Wiley, New York, 1985.

Werner E.: “Risk and resilience in individuals with learning disabilities”. *Learning Disabilities Research and Practice*, 8, 28-34, 1993.

Eisenberg, N. et al.: “The relations of regulation and emotionality to resilience and competent social functioning in elementary school children”. *Child Development*, 68, 295-311, 1997.

Masten, A. et al.: “Resilience and development. Contributions from the study of children who overcome adversity”. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444, 1990.

77 Citamos algunos trabajos de este autor -quien investigó inicialmente sobre privación materna y experiencias de separación- para facilitar al lector profundizar en el tema:

Rutter, Michael: “Stress, coping, and development: some issues and some questions”. En N. Garmezy & M. Rutter (eds.): “Stress, coping, and development in children”. McGraw-Hill, New York, 1983.

Rutter, Michael: “Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder”. *British Journal of Psychiatry*, vol. 149, 598-622, 1985.

Rutter, Michael: “Psychosocial resilience and protective mechanisms”. *Am. J. of Orthopsychiatry*, vol. 57, n.3, 316-331, 1987.

Rutter, Michael: “Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery”. *Social Genetic and Developmental Institute of Psychiatry Research Centre, Institute of Psychiatry, London (March)*, 1998.

habilidades sociales); **familiares** (afecto y apoyo en momentos de tensión, filosofía de vida, creencias religiosas); **comunitarios** (respaldo social, presencia de pares y adultos que otorgan apoyo emocional, participación en acciones pro-sociales, en grupos religiosos).

Wicks-Nelson e Israel (1997) refieren que uno de los primeros estudios sobre **resistencia** (traducción de resilience) se realizó en la isla hawaiana de Kauai⁷⁸ con adolescentes que enfrentaban una serie de riesgos debido a adversidades crónicas ligadas a la pobreza y variables familiares: aunque la mayoría de ellos acusó problemas, un tercio los superó con éxito. Las razones de la resistencia corresponden a atributos personales de los jóvenes, variables familiares y apoyo desde fuera de la familia, factores nombrados en el párrafo anterior.

Tagle (2000) analiza con detalle estos factores. A modo de ejemplo, dentro de los que se pueden dar en la familia destaca -aparte de los ya mencionados- el contar con **padres con altas expectativas de éxito para con sus hijos. Confían en que serán capaces de enfrentar los desafíos. Fomentan la autonomía. Evitan la sobreprotección. Aclaran las reglas y fijan límites. Enseñan a asumir responsabilidades en las tareas del hogar. Trasmiten sentimientos de confianza y la convicción de que la adversidad se puede superar.**

La autora dice que es preciso identificar los factores de riesgo y los factores protectores de la familia o comunidad en estudio y descubrir cuáles son los mecanismos por los que ellos operan, si se trata de desarrollar un programa que fomente la elasticidad o resistencia:



“Por ejemplo, hay buenas evidencias de que un vínculo entre los padres y los hijos ejerce una función protectora frente al uso de drogas en la adolescencia. Para ello se han propuesto varios mecanismos como: 1) la identificación con los padres, que favorece la internalización de los valores paternos; 2) la calidez familiar, que aumenta la autoestima y le permite al niño actuar en forma autónoma cuando alguien lo induce al uso de drogas, y 3) la actitud de los padres, atentos a las actividades de sus hijos, disminuyendo así la posibilidad de la exposición a drogas ilegales”.

Ahondando en cómo los padres o adultos a cargo de los niños pueden ayudarlos en el desarrollo de su capacidad de recuperación, Tagle se refiere también en su trabajo a lo que denomina “fuentes de resiliencia” y que resume en “4 palabras claves” que se han hecho ya famosas y que se citan con frecuencia cuando se habla del tema: **“tengo”, “soy”, “estoy” y “puedo”**. Se trata de que el niño, con el propósito de afianzar su resistencia futura, aprenda a hacer suyas expresiones del tipo:

- **Tengo** personas a mi alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- **Tengo** personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros y los problemas.
- **Soy** una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- **Soy** feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- **Estoy** seguro de que todo saldrá bien.
- **Estoy** dispuesto a hacerme responsable de mis actos.
- **Puedo** buscar la manera de resolver mis problemas.
- **Puedo** encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

78 Las fuentes frecuentemente citadas, donde se puede encontrar información más completa, son:

Werner, E. & Smith, R.: “Vulnerable but invincible”, McGraw-Hill, New York, 1992.

Garnezy, N. & Masten, A.: “Chronic adversities”. En: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (eds.): “Child and adolescent psychiatry: Modern approaches”. Blackwell Scientific, Cambridge, MA, 1994.

La autora da una lista muy completa de aseveraciones de este tipo y recomienda acomodarlas a la edad del niño. La bibliografía sobre la capacidad de sobreponerse a la adversidad es muy abundante actualmente. En Latinoamérica también, donde se ha puesto especial énfasis en las condiciones que provocan mayor vulnerabilidad, como la pobreza y la violencia, y dentro de esta, la violencia política. La capacidad para hacer frente a la adversidad, superarla y acceder a una vida productiva y rica en realización personal y aportes a la comunidad ha cobrado gran importancia en la región, especialmente a partir de los años '90, como un problema de salud mental.

Tanto en investigación, como en el desarrollo de programas, se ha destacado **Kotliarenko**, psicóloga chilena.⁷⁹

La intervención en el campo de la resiliencia se relaciona en buena parte con el desarrollo de estilos efectivos de **afrontamiento** (coping), concepto al que ya nos referimos en el punto anterior. Wicks-Nelson e Israel (1997), en el análisis que hacen en su obra de las relaciones **riesgo-resistencia**, siguiendo a Rutter describen 4 mecanismos de protección o "formas en las que un niño o un adolescente pueden estar protegidos", y que constituyen un valioso aporte para el psicólogo y el profesor:

1. **Reducción a la influencia del riesgo:** preparando al niño para la situación; exponiéndolo a ella sólo cuando sea capaz de abordarla cognitivamente; proporcionándole la práctica que necesita para enfrentar situaciones.
2. **Reducción de las reacciones negativas en cadena:** ya que la exposición al riesgo frecuentemente desata una serie de reacciones en cadena que perpetúan los efectos del riesgo en el futuro, cualquier intervención dirigida a prevenir las protegerá al niño.
3. **Desarrolle la autoestima:** las ideas y sentimientos del niño y adolescente acerca de su valía y capacidad de enfrentar situaciones difíciles revisten enorme importancia; el desarrollo positivo es el resultado de relaciones sociales satisfactorias y del éxito en la realización de tareas.
4. **Oportunidades:** muchos hechos, en especial si ocurren en momentos clave de la vida, contribuyen a reducir los riesgos si es que traen aparejadas reales oportunidades para el crecimiento y la adaptación: cambios de lugar, continuación de los estudios, participación en actividades comunitarias, facilidades laborales.

Los autores concluyen:



“La investigación que se realice en esta área llegará a obtener un mejor conocimiento de por qué y cómo un niño o un adolescente vulnerable sucumbe al riesgo en diversos grados, mientras que un niño resistente reacciona de forma constructiva –aun cuando se enfrente a una situación de una adversidad arrolladora”.

79 María Angélica Kotliarenko fue docente de la Escuela de Psicología de esta Casa de Estudios. Entre sus trabajos: Kotliarenko, M.A.: "Vulnerabilidad versus resiliencia: una propuesta de acción educativa". Seminario "Pobreza y Desarrollo Humano". Revista Derecho a la Infancia, N°9, IDEE, Santiago, 1994.
Kotliarenko, M.A.: "El concepto de resiliencia: palabras introductorias. Seminario "El derecho de los niños pequeños a una educación de calidad en los tres primeros años de vida". OMEP, CEANIM, Santiago, julio 1997.
Kotliarenko, M.A.; Cáceres, I.: "Una posible posibilidad frente al estrés de las familias en pobreza: los mecanismos protectores". Encuentro Nacional de Educación Parvularia, OMEP, 1994.
Kotliarenko, M.A. Cáceres, I. & Álvarez, C. (eds.): "Resiliencia. Construyendo en la adversidad". CEANIM, Santiago, 1996.
Kotliarenko, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M.: "Estado del arte en resiliencia". Organización Panamericana de la Salud, OMS, Fundación Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, CEANIM, 1997.
Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M.A. y otros: "Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes". Organización Panamericana de la Salud, OMS, Fundación Kellogg, 1998.

Factores etiológicos en la niñez y adolescencia

Al evaluar una conducta inadecuada o característica de personalidad desadaptada resulta, por lo general, insuficiente pensar en una causa única. Como lo plantean Barlow y Durand (2001), decir que una patología determinada es ocasionada o por una anomalía física o por condicionamiento “es aceptar un modelo lineal o unidimensional, con lo que se pretendería ubicar los orígenes de la conducta en una causa única”. **La mayoría de los científicos y clínicos estiman, en cambio, que la conducta anormal es resultado de diferentes influencias.** Dicen los autores al respecto:



“Un sistema, o circuito de retroalimentación, puede tener entradas independientes en muchos puntos distintos, pero a medida que cada entrada se vuelve parte del todo ya no puede considerarse como independiente. Tal perspectiva sobre la causalidad es sistémica, término que se deriva de la palabra sistema, y el cual implica que cualquier influencia particular que contribuya a la psicopatología no puede considerarse fuera del contexto. El contexto, en este caso, es la biología y el comportamiento del individuo, además del ambiente cognoscitivo, emocional, social y cultural, pues cualquier componente del sistema influye de manera inevitable en los demás componentes”.

De acuerdo a un modelo **multidimensional**, Barlow y Durand analizan en su texto las siguientes causas o influencias: **conductual, biológica, emocional, social** y el **desarrollo**. Este listado obedece a varios criterios y puede parecer algo arbitrario. La verdad es que resulta difícil en psicopatología determinar un puñado de factores causales fundamentales, que resulte plenamente satisfactorio. Tradicionalmente, las causas se han clasificado en dos grandes grupos: aquellas que proceden del organismo mismo, del individuo, de su interior, y por eso se las ha llamado **endógenas** y las que provienen del exterior, del medio, a las que se ha denominado **exógenas**.

Como se afirmó anteriormente en este manual, algunos problemas de la personalidad, el desarrollo y el aprendizaje se inician relativamente temprano en la vida; otros son más bien tardíos. En algunos se hace más evidente una predisposición a adquirirlos, el peso de lo constitucional, del temperamento o de factores hereditarios (factores endógenos); en otros parecen ser más decisivos los factores ambientales, sociales, culturales (factores exógenos). El desarrollo -normal o anormal- depende de la interrelación y de las transacciones entre lo que el niño ya trae desde su gestación, de las influencias que vienen desde el exterior, pero también de lo que él está en condiciones de hacer (por ejemplo, a través de su capacidad de afrontamiento).

Por otra parte, en lo que concierne a la etiología o causa de los problemas algunos teóricos ponen gran énfasis en las explicaciones **biológicas**, como ocurre con los representantes del enfoque neurobiológico y médico. Otros tienden a enfatizar (o sobrevalorar) las causas **psicológicas**, lo psicorreactivo. En verdad, no se puede descartar ni uno ni otro polo causal. En algunos casos el factor orgánico puede ser determinado con claridad, no así en otros, lo que simplemente puede obedecer al estado actual del conocimiento científico.

Para los propósitos de este texto, en una perspectiva multidimensional hablaremos de **4 grandes factores etiológicos**, siguiendo la tensión entre lo decididamente biológico y lo psicorreactivo o ambiental. Es posible que uno de ellos pueda ser identificado como el factor principal. Los

otros, sin embargo, también pueden hacerse presente, dándole una determinada forma a la alteración. Los factores a considerar, y que conviene el profesor tenga siempre presente al evaluar la conducta desadaptada de un alumno, una baja en el rendimiento, una reacción que llame su atención, un cambio brusco de comportamiento, son los siguientes:

1. Factor **orgánico**: la reacción psicológica, conductual, parece obedecer a alguna anomalía orgánica. Se trata de un problema médico. Descartado este factor, se ponderarán los que siguen. Ejemplos de esto pueden ser los estados febriles, alteraciones metabólicas, endocrinopatías, intoxicaciones, traumatismos, daños físicos, en especial lesiones neurológicas.
2. Factor **constitucional**: la “constitución” psicobiológica del niño, sus características más permanentes de base biológica que tienen que ver con su “tipo” corporal y que se manifiestan en sus modos de reacción, vulnerabilidad o resistencia. Hay niños (y personas) más fácilmente influenciados, con mayor tendencia a la ansiedad; algunos son hipersensibles; otros, impulsivos o con tendencia a la distracción, otros, con una gran capacidad de resistencia o de recuperación.
3. Factor **evolutivo** (conocido también como madurativo): hay períodos o momentos del desarrollo en que el niño está más expuesto a presentar alteraciones. La dificultad, el problema, pueden encontrar su explicación en la etapa crítica que está viviendo, en la cual es más reactivo a una determinada situación que en otra. Un mismo estresor puede producir reacciones severas en un pre púber, no así, en un adulto joven.
4. Factor **ambiental y psicorreactivo**: el factor “ambiente” (contexto social, cultural, físico) puede ejercer una influencia directa sobre determinado trastorno y comportamiento. Sin embargo, está mediado y “filtrado” por las características psicológicas del niño, que -más allá de su constitución y temperamento- dependen de sus experiencias y aprendizajes previos, de sus sentimientos y cogniciones, de su personalidad. Por ejemplo, problemas de conducta, bajas en el rendimiento, trastornos de adaptación y alteraciones del sueño

PROBLEMAS FRECUENTES DEL DESARROLLO: APEGO Y ANSIEDAD

► Temas del capítulo

Áreas problemáticas del desarrollo psicosocial.
Apego, dependencia-independencia, autonomía.
Ansiedad, inseguridad-seguridad, estabilidad emocional.

Áreas problemáticas del desarrollo psicosocial

La **madurez psicológica** se logra en los seres humanos cuando la personalidad está consolidada y el individuo es capaz de un funcionamiento independiente y efectivo. Cada período del desarrollo plantea **tareas** y **desafíos** que, si son satisfactoriamente resueltos, contribuyen a un grado de madurez relativo que caracteriza a esa etapa, así como a la consolidación posterior de una personalidad adulta madura y normal, cuyos rasgos ya señalamos, y que pueden ser vistos como metas de un crecimiento pleno.

Algunas áreas del desarrollo psicosocial, sin embargo, **plantean desafíos muy especiales y son potencialmente problemáticas para todos los niños**. De ellas nos ocuparemos en este y el próximo capítulo.

Prácticas y manejos inadecuados por parte de los propios adultos conducen a veces -lamentablemente- a resultados que evidencian una mala adaptación. El educador, que tiene participación activa en la evolución de los niños desde muy temprana edad, está en condiciones de detectar signos de posibles dificultades, insuficiencias o excesos. Puede tomar, entonces, en forma oportuna y prudente -y con quienes corresponda- las medidas que la situación en particular aconseje.

Clarizio y McCoy se han ocupado del tema, por lo que su libro puede servir para profundizar algunos de los aspectos que acá se examinan brevemente.

A fin de tener como referencia lo que acontece en cada etapa del desarrollo, incluimos algunos hechos que ocurren en los diferentes períodos de la vida humana, siguiendo a Papalia y Olds (1997. Ver también Papalia, Olds y Feldman, 2001). Páginas atrás nombramos los **8 períodos en la vida del hombre** que distinguen estas autoras. Mencionaremos aquí sólo los hechos más significativos correspondientes a los cinco primeros, vale decir, hasta la adolescencia. Los períodos corresponden a las 8 etapas del ciclo de vida del hombre de Erikson presentados en **fig. 3.4**.

La tabla comparativa **fig. 5.1** integra diferentes perspectivas, incluyendo los estadios piagetianos y los niveles del desarrollo psicolingüístico. Es preciso advertir que cumple propósitos didácticos, simplificando en extremo cuestiones muy complejas, pero otorga una visión de conjunto que puede resultar útil. La secuencia en cada columna es válida para todos los niños, pero hay una gran variabilidad en cuanto a la edad exacta en que cada niño pasa de un estadio a otro y el tiempo que permanece en él.

Los principales hechos -o “acontecimientos” según Papalia y Olds- que ocurren en los cinco primeros períodos de la vida del hombre son:

Etapa prenatal

Formación de los órganos y estructura corporal básica.
Crecimiento físico acelerado.
Vulnerabilidad a influencias ambientales.

Etapa de los primeros pasos

(Nacimiento a 3 años)

El recién nacido es dependiente, pero competente.
Los sentidos funcionan desde el nacimiento.
Crecimiento físico y desarrollo de habilidades motoras muy rápido.
Presencia de la habilidad para aprender, incluso desde las primeras semanas de vida.
Al final del primer año se forman los lazos con los padres y los demás.
Durante el segundo año se desarrolla la autoconciencia.
Desarrollo rápido del habla y la comprensión.
Se incrementa el interés en otros niños.

Niñez temprana

(3 a 6 años)

Aún la familia es el centro de la vida, aunque otros niños empiezan a ser importantes.
Aumentan la fuerza y las habilidades motoras fina y gruesa.
Se incrementan el autocontrol, el cuidado propio y la independencia.
Existe mayor inventiva en los juegos, más creatividad e imaginación.
La inmadurez cognoscitiva lleva a ideas ‘ilógicas’ acerca del mundo.
El comportamiento es bastante egocéntrico, aunque crece la comprensión de la perspectiva de otras personas.

Niñez intermedia

(6 a 12 años)

Los compañeros cobran gran importancia.
El niño empieza a pensar lógicamente, aunque la mayoría de las veces su pensamiento es concreto.

Disminuye el egocentrismo.

Se incrementan la memoria y el lenguaje.

Mejora la habilidad cognoscitiva para beneficiarse de la educación formal.

Se desarrolla el autoconcepto y se afecta la autoestima.

Disminuye la rapidez del crecimiento físico.

Mejoran la fuerza y la capacidad atlética.

Adolescencia

(12 a 20 años)

Los cambios físicos son rápidos y profundos.

Comienza la madurez reproductora.

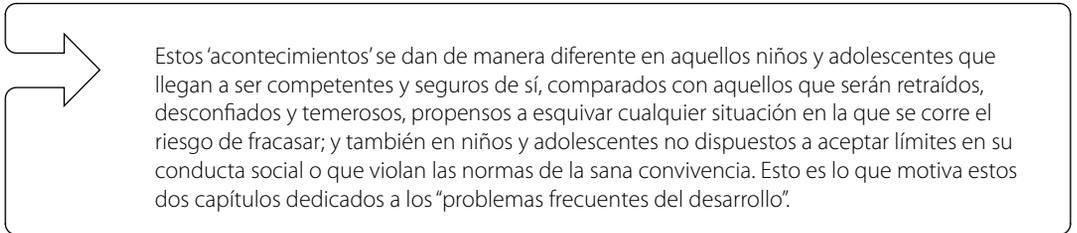
La búsqueda de la identidad se torna imperiosa.

Los compañeros ayudan a desarrollar y probar el autocontrol.

Se desarrolla el pensamiento abstracto y el empleo del razonamiento científico.

El egocentrismo adolescente persiste en algunos comportamientos.

Las relaciones con los padres son buenas, en general.



Estos 'acontecimientos' se dan de manera diferente en aquellos niños y adolescentes que llegan a ser competentes y seguros de sí, comparados con aquellos que serán retraídos, desconfiados y temerosos, propensos a esquivar cualquier situación en la que se corre el riesgo de fracasar; y también en niños y adolescentes no dispuestos a aceptar límites en su conducta social o que violan las normas de la sana convivencia. Esto es lo que motiva estos dos capítulos dedicados a los "problemas frecuentes del desarrollo".

Las **áreas problemáticas** del desarrollo psicosocial que examinaremos se relacionan con la adquisición y el adecuado equilibrio en aspectos tales como:

- Apego, dependencia-independencia, autonomía.
- Ansiedad, inseguridad-seguridad y estabilidad emocional.
- Agresividad y acometividad, autocontrol.
- Conciencia y conducta moral.
- Motivos, aspiraciones y motivación de logro.

La **fig. 5.1** sintetiza e integra diferentes posturas teóricas, señalando la madurez relativa -en diferentes aspectos- que corresponde a cada una de las grandes etapas o períodos de la vida.

Edad	Etapas de la vida (Papalia & Olds)	Períodos desarrollo cognitivo (Piaget)	Tareas y logros del desarrollo (Erikson)	Desarrollo psicolingüístico
0	Etapa prenatal.			
1	Lactancia y etapa primeros pasos (0 a 3).	Sensorio motor.	CONFIANZA	Nivel pre-lingüístico.
2			AUTONOMÍA	
3		Pre-operacional temprano.	INICIATIVA	Primer nivel lingüístico.
4	Niñez temprana o etapa preescolar (3 a 6).	Pre-operacional maduro.		Segundo nivel lingüístico (pre-escolar).
5				
6				
7	Niñez intermedia o etapa escolar (6 a 12).	Operacional concreto temprano.	COMPETENCIA	Tercer nivel lingüístico (escolar).
8				
9		Operacional concreto maduro.		
10		Preparación operaciones formales.		
11				
12	Adolescencia (12 a 18/20).	Operacional formal temprano.	IDENTIDAD	Nivel lingüístico de la adolescencia.
13				
14				
15		Operacional formal maduro.		
16				
17				
18				

Fig. 5.1 Tabla comparativa de las grandes etapas del desarrollo. Se incluye a Piaget como referencia. Para los niveles y estadios del desarrollo psicolingüístico, consultar Bermeosolo J. "Psicología del Lenguaje". 3ª ed. Ediciones Universidad Católica de Chile, 2007.

Apego, dependencia-independencia, autonomía.

El estudio del **apego** -siempre de actualidad, ya que reaparece en cursos, publicaciones, tesis de grado, etc.- es muy antiguo en Psicología. Las referencias frecuentes a los trabajos de René Spitz⁸⁰ con niños institucionalizados en orfanatos los primeros años de vida o a los experimentos de Harry Harlow con monos criados con "madres" sustitutas⁸¹, bajo diferentes condiciones

80 El psicoanalista René A. Spitz nació en Viena en 1887. Se doctoró en medicina en Budapest en 1910 y conoció el psicoanálisis a través de Sandor Ferenczi. Se sometió a análisis didáctico con Freud. Enseñó en el Instituto Psicoanalítico de París y emigró a N. York en 1938, donde trabajó durante 17 años como analista didáctico. Murió en 1974. Según refiere Bonin (1993), Spitz describió el intercambio emocional entre las madres y los niños pequeños, así como la falta de la madre, y recomendaba el estudio de la obra de Piaget a los candidatos a estudiar psicoanálisis. Escribió una serie de trabajos sobre el hospitalismo y la depresión anaclítica.

81 Harlow, H. & Harlow, M.: "Social deprivation in monkeys". Scientific American, 207, 136-146, 1962.

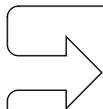
Nótese, a este respecto, que los seres humanos son aun más vulnerables al comparárseles con otros mamíferos, ya que nacen en condiciones de desvalimiento extremas.

Remplein (1966) hizo notar agudamente cómo el recién nacido humano es una especie de "prematuro fisiológico": El hombre alcanza solamente al año de vida el grado de desarrollo que otros mamíferos ya poseen en el momento de su nacimiento:

"El niño abierto al mundo y desamparado, a consecuencia de su falta total del uso del instinto, necesita de los cuidados maternos, para alcanzar,

de contacto físico y de alimentación, son testimonio de ello. En estas curiosas experiencias, que hoy en día serían severamente criticadas, las “madres sustitutas” eran soportes, con una cabeza, a los que se les podía adosar un biberón. Unas “madres” eran de un tejido suave y cálido; otras, de una malla de alambre frío y rígido. Entre otros hallazgos, los animalitos criados con estas últimas evidenciaron conductas atípicas en la edad adulta: no podían aparearse y mostraban comportamientos extraños de tipo ‘esquizofrénico’.

El apego es una **conexión emocional con otro (normalmente, la madre) y la necesidad de dicha conexión es vista como una parte fundamental de la experiencia humana**. Los estudios de Spitz se centraron, en especial, en los efectos emocionales de la institucionalización. En el análisis crítico que hace Gross (1998) de su trabajo, explica que “Spitz visitó algunos orfanatos paupérrimos en Sudamérica donde los infantes, que sólo recibían atención irregular de parte del personal, se volvían apáticos en extremo y presentaban altas tasas de depresión anaclítica, una perturbación grave que abarca síntomas como falta de apetito y morbilidad. Después de tres meses de privación continua, es poco frecuente la recuperación completa. Un síndrome parecido, que denominó **hospitalismo**, implica deterioro mental y físico, y se produce por la hospitalización prolongada, cuando tiene lugar la separación de la madre”. Observa Gross que estos estudios (así como los de apego o vinculación de Bowlby⁸²) no destacan suficientemente que, junto a la privación materna, se trató de ambientes y de condiciones extremadamente poco estimulantes.



Desde muy temprano se comienzan a definir en el desarrollo los rasgos que tipifican el modo de ser de las personas en las dimensiones retraimiento-sociabilidad; inseguridad-autoconfianza; dependencia-autosuficiencia, etc. La excesiva preocupación materna (o del adulto a cargo) o, por el contrario, descuido y tal vez, rechazo; condescendencia versus un control rígido y exagerado; uso desproporcionado del castigo destinado a promover sistemáticamente la sumisión etc, todo ello en transacción con las variables que corresponden a la “natura”, darán origen a atributos estables que determinan de manera decisiva la personalidad.

Para Erikson, el primer año de vida, en el que el niño está totalmente desvalido y depende de los demás para que se satisfagan sus necesidades, es crucial para el desarrollo de un sentido básico de **confianza**. Carver y Scheier (1997) lo entienden así:



“El sentimiento de confianza resulta en extremo importante en el desarrollo de la personalidad, porque proporciona la base para creer lo que se puede predecir del mundo, incluyéndose a uno mismo y especialmente a las relaciones. Se cree que las interacciones en las que los cuidadores son atentos, afectuosos y responden al niño, fortalecen la confianza. El sentimiento de desconfianza es generado por un trato inconsistente, por inaccesibilidad emocional o por rechazo”.

bajo su protección, la diferenciación específica del organismo. En el útero social del grupo humano, sobre todo en la íntima relación madre-hijo, se logra el verdadero nacimiento del hombre. El cariño es una ayuda necesaria para ello: tan sólo en el ‘calor anímico de la cuna’, cuando el ser se siente atendido y mimado, se abre la tierna alma del niño a todos los estímulos del mundo exterior, de los cuales precisa para el desarrollo de sus disposiciones psíquico-corporales. Los niños que carecen de este cariño pueden morir a pesar de que su alimentación corporal sea inmejorable, pues no gozan del indispensable alimento anímico”.

82 John Bowlby, psiquiatra inglés encargado por la Organización Mundial de la Salud para investigar los efectos de la crianza en orfanatos e instituciones después de la segunda guerra mundial. Su concepto central es el de “privación materna”.

A propósito de los estudios de apego o vinculación temprana⁸³, Papalia y Olds (1997) citan a Mary Ainsworth⁸⁴, figura muy influyente en el área, quien estimaba que “una parte primordial del plan básico de la especie humana es que los infantes desarrollen vínculos afectivos con una figura materna”, la cual -apuntan las autoras- no necesariamente debe ser la madre biológica: puede tratarse de cualquier persona que brinde los cuidados básicos. Afirma, con respecto a esto Gross (1998) que “los varones pueden proporcionar un cuidado paterno adecuado y volverse figuras de vinculación”, ya que:

- No existe fundamento para la creencia de que la madre biológica es la única capaz de cuidar a su hijo (el mito del “lazo de sangre”).
- La “madre” ni siquiera tiene que ser una mujer.
- Los vínculos múltiples, en lugar de la preferencia específica por la figura materna, son la regla más que la excepción, aun para los niños pequeños.
- La vinculación no está relacionada con la cantidad de cuidado físico que el niño recibe de la figura de vinculación.

Carver y Scheier (1997), en su influyente tratado de teorías de la personalidad, incluyen a autores como Ainsworth y Bowlby dentro de la “teoría del apego y personalidad”: tema central en ella es que “la madre -y otras personas- que responden al infante, crean una base de seguridad. El infante necesita saber que puede confiar en que la persona más importante de su vida estará ahí siempre que la necesite. Este sentimiento de seguridad le proporciona la base desde la cual puede explorar el mundo y un puerto seguro al que puede regresar cuando se sienta amenazado”.

La figura 5.2, adaptada de los autores, ilustra los rasgos que definen el apego y sus funciones.

Los investigadores en el área han identificado, según las experiencias vividas por el niño en su interacción con la madre (o la ausencia de esta o descuido), diferentes **patrones de apego** y vinculación temprana. Así es como hablan de un “**patrón seguro**”, el que caracteriza a los niños normales, y patrones “**inseguros**”: bebés ambivalentes, bebés evasivos y bebés desorganizados. Los especialistas destacan que el apego desarrollado entre las madres -o cuidadores- y sus niños incide en la manera en que se establecen vínculos con las demás personas en la adultez. “También influye en el bienestar y ajuste socioemocional futuro. Los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y se relacionan directamente con las interacciones entre el niño y sus cuidadores. Dependerán de la satisfacción o no de las necesidades de cercanía, recepción y protección que manifiestan los bebés frente a sentimientos como miedo, dolor o cansancio” (Farcas et al., 2008).⁸⁵

83 Vínculo es definido en Papalia & Olds como “la relación activa afectiva y recíproca específica entre dos personas (normalmente el infante y el progenitor) en la cual la interacción refuerza y fortalece el nexo”. Se trata de una relación activa, de afecto recíproco y duradera entre dos personas.

84 Ainsworth, M.D. “Infant-mother attachment”. *American Psychologist*, 34(10), 932-937, 1979.

85 Farcas, Ch. y otros: “Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas”. *Psyke*, Vol. 17, N° 1, mayo 2008. Escuela de Psicología de la Universidad Católica.

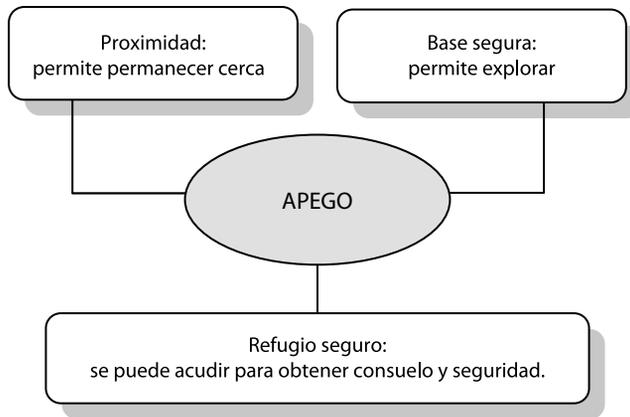


Fig. 5.2. Rasgos y funciones del apego o vinculación.

Para Clarizio y McCoy, el niño pequeño que desarrolla sentimientos de confianza “sale de la infancia con una sensación de seguridad y está en mejores condiciones para enfrentarse a las ansiedades personales”. En su análisis del apego y dependencia, distinguen cinco aspectos, de los que sintetizaremos algunas ideas:

- Los signos típicos de la dependencia.
 - Causas o antecedentes de la dependencia excesiva.
 - Lineamientos de acción.
 - Resultados de una buena adaptación en el área.
 - Resultados de una mala adaptación.
- Signos típicos de la dependencia son: la **búsqueda de ayuda** para hacer las cosas, que en los niños muy dependientes se hace persistente, ya que evitan tomar por sí solos la iniciativa; las conductas para **atraer la atención**; la búsqueda de **proximidad física** o la necesidad de estar cerca del adulto; la **pasividad**; la necesidad exagerada de **aprobación y reconocimiento**.
 - Entre las causas o antecedentes de la dependencia excesiva están, por un lado, la **protección materna excesiva** y el refuerzo constante de las conductas de dependencia. En el otro extremo, el **rechazo materno**, lo que ha sido avalado por una serie de estudios.⁸⁶ Los autores citan trabajos en que se han identificado “períodos críticos” en los cuales hay más probabilidad de que los niños pequeños se vuelvan altamente dependientes, junto a esta sabia advertencia acerca de las pautas de crianza inconsistentes: **“los padres que rechazan con irritación las peticiones de dependencia de sus hijos, pero que se someten eventualmente a esas demandas, producen los niños más dependientes de todos”**.⁸⁷

⁸⁶ Precisan Clarizio y McCoy:

“La frustración de las peticiones hechas por el niño de ayuda y respaldo emocional tiene muchas probabilidades de presentarse en nuestra cultura debido al hincapié que hace la sociedad en el adiestramiento independiente temprano. Muchos padres y maestros, en su deseo de desarrollar la independencia en los niños, no reconocen que la dependencia es un requisito previo para la independencia. Paradójicamente, el niño sólo puede hacerse independiente después que aprende que puede estar seguro de la aceptación, la aprobación y el apoyo de sus padres”.

⁸⁷ El primer “período crítico” se ubicaría hacia el final del primer año y el segundo poco antes de los tres años. Se recomienda leer en Clarizio & McCoy los argumentos que los justifican como tales. Se basaron en un antiguo trabajo de Stendler, C.: “Possible causes of overdependency in young children”, aparecido en la revista *Child Development*, 25, 125-46, 1954.

- Los lineamientos de acción (o medidas prácticas para padres y profesores en relación con los niños demasiado dependientes) son recomendaciones que apuntan a **guiar gradualmente al niño hacia una mayor independencia, proponiéndole metas precisas y realistas, reforzando los progresos** -evitando que otros le hagan las cosas- y teniendo cuidado de **no satisfacer en exceso ni frustrar** las necesidades de dependencia.
- Sentimientos sólidos de confianza, tolerancia a la frustración, adecuada respuesta a reforzadores sociales, cordialidad y sinceridad con los demás, cierto grado de autonomía, son los resultados de una **buena adaptación** en el área. Es lo que se espera de un niño psicológicamente sano y bien adaptado.
- Los resultados de una **mala adaptación** en la esfera de la dependencia y el apego se evidencian en rasgos y conductas de extrema pasividad y sumisión en los niños sobre-dependientes, o en constantes demandas de atención y de demostración de afecto.
- El otro extremo, el de la escasa o nula dependencia, se suele asociar a problemas de socialización⁸⁸ -porque el niño no ha aprendido a desear la aprobación de otros- unido a la carencia de sentimientos normales y esperables de culpabilidad y ansiedad; además, rasgos de desconfianza, desadaptación.

A la luz de lo examinado hasta aquí, es evidente que la esfera del apego-desapego, dependencia-independencia, etc., cobra gran importancia en los primeros años de vida, en los que se originan muchos de los problemas de personalidad y de adaptación.⁸⁹

Más atrás, al hacer referencia al **complejo de Edipo** (para Freud, “núcleo central de toda neurosis”), se citó a Remplein, quien estimaba que la tarea pedagógica más importante en esta etapa para los padres es “hacer todo lo posible para que el niño, a pesar del cariño, no se ligue a ellos, sino que adquiera paulatinamente su propia libertad”.

Ciertas teorías psicosociales de la personalidad que se han centrado especialmente en el estudio de las **relaciones que el individuo establece con los demás**, son clasificadas por Carver y Scheier (1997) como “**teorías de las relaciones objetales**”. El “objeto” es otra persona. Son teorías **neooanalíticas** ya que, si bien se basan en muchos aspectos en las ideas freudianas⁹⁰, difieren en cuestiones esenciales, entre otras, en dar más importancia al Yo que al Ello. Según Carver y Scheier, las diferentes teorías de las relaciones objetales comparten dos ideas:

- El modo de relacionarse con los demás se establece en las interacciones en la niñez temprana.
- Los patrones que se forman durante ese tiempo tienden a recurrir una y otra vez durante la vida.

Una de las teorías más importantes en esta línea es la de Mahler⁹¹, quien hace ver que el recién nacido no está en condiciones de distinguir entre él y el resto del mundo: inicia la vida en un estado de fusión psicológica. El desarrollo de la personalidad es, en consecuencia, un proceso

88 La socialización es el proceso de aprendizaje de los comportamientos y normas que una cultura o sociedad considera apropiados.

89 Varios investigadores en esta línea están convencidos de que los retrasos que se producen en el desarrollo de la personalidad tienen su origen tan temprano como los dos primeros años de vida y que para que los programas de estimulación sean más efectivos deben comenzar ya en este intervalo temporal.

90 Freud caracterizó el psicoanálisis, dice Hall (1992), como “una concepción dinámica que reduce la vida mental a la interacción de fuerzas que se impulsan y controlan recíprocamente”. Las fuerzas impulsoras son las catexias y las fuerzas controladoras, las contracatexias. Consideraba que las catexias del yo constituían un vínculo psíquico entre el yo y un “objeto” externo, con el propósito de permitir la liberación efectiva de las energías del ello.

91 Mahler, Margaret : “On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: infantile psychosis”. International Universities Press, N.York, 1968. Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. : “The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation”. Basic Books, N. York, 1975.

que consiste en romper esa fusión y convertirse en un individuo aparte y diferente. **Simbiosis** se denomina al período de fusión con la madre. La ruptura de dicha fusión comienza hacia los 6 meses en que el niño inicia el proceso de adquirir conciencia de su propia existencia, que la autora llama proceso de **separación-individuación**. Explican Carver y Scheier:



“El proceso de individuación consiste en arriesgarse a explorar lejos de la madre, pero es algo que debe hacerse gradualmente... Si la separación se hace demasiado aprisa o llega lejos, el niño experimenta ansiedad por la separación, lo que a su vez renueva el deseo de estar cerca de la madre y ser amado por ella. La conducta del niño muestra entonces una cualidad de avance y retroceso: se aleja primero para luego volver a acercarse”.

“La forma en que la madre actúe durante este período determina el ajuste posterior del niño: La madre debería combinar su presencia emocional con un gentil empujón hacia la independencia. Si siempre está presente, el niño no podrá establecer una experiencia separada, pero si lo presiona para que logre la individuación, experimentará una sensación de rechazo y pérdida”.

Un cuidadoso análisis de este proceso de “separación- individuación” lo lleva a cabo Gorostegui, Ma. Elena (1997), psicóloga y psicopedagoga, quien afirma que “corresponde al nacimiento psicológico del ser humano”. Define así los conceptos fundamentales:

- **Separación:** “la emergencia del niño desde un estado de fusión simbiótica con la madre, es decir, la diferenciación entre el yo del niño y la madre (objeto)”.
- **Individuación:** “los logros que indican el reconocimiento e internalización por parte del niño de sus propias características individuales”.



“Estos procesos son paralelos e interdependientes y se manifiestan a lo largo del ciclo vital. Entonces podríamos entender los procesos de individuación como aquellos que se relacionan con la evolución o desarrollo de la autonomía intrapsíquica y de las funciones yoicas (percepción, memoria, prueba de realidad, etc.) y la separación se refiere a los procesos relacionados con la desvinculación de la madre (diferenciación, formación de límites, etc.)”.

Después de describir cada una de las sub-etapas que definen el proceso y basándose también en el análisis de Remplein (1977) sobre la materia, Gorostegui -además de destacar la estrecha relación e interdependencia de los logros en lo emocional, lo cognitivo y lo psicomotor- concluye que “este proceso de separación-individuación no se consume al término del tercer año de vida, sino que es constantemente actualizado en los distintos periodos del desarrollo, por ejemplo, en torno al logro de la identidad durante el período de la adolescencia”.

Según el punto de vista de las teorías de las relaciones objetales -resumen Carver y Scheier- **los patrones de relación que se establecen en la infancia temprana son los que definen la forma en que se habrá de relacionarse con los demás por el resto de la vida** y constituyen la esencia de la personalidad. La idea de que los patrones tempranos de apego y de interacción influyen en la calidad de las relaciones posteriores, como puede apreciarse, es muy poderosa en Psicología.⁹²

92 Hazan, Cindy y Shaver, Phillip en “Romantic love conceptualized as an attachment process” (J. of Personality and Social Psychology, 59, 270-280, 1987) encontraron que los adultos con un patrón de apego seguro (clasificados así por medio de tests de personalidad) demuestran tener un mayor nivel de confianza en su pareja. Su relación amorosa es, además, más feliz y duradera. Los adultos con patrón ambivalente evidencian mayores preocupaciones de tipo obsesivo y celos. Aquellos con patrón evasivo son los que tienen los menores niveles de aceptación de las imperfecciones de su pareja.

Hay advertir que algunos autores que han criticado ciertas conclusiones acerca de los vínculos tempranos madre-hijo, considerando que su asociación con el desarrollo posterior es débil. Lamb⁹³, quien se ha especializado tanto en los vínculos madre-hijo como padre-hijo, estima que las diferencias entre los niños mayores pueden atribuirse también a las interacciones padres-hijo posteriores a la infancia, sin descontar que otras figuras (abuelos, hermanos, amigos, niñeras, etc.), pueden brindar también apoyo y seguridad.

Todo esto debe ser visto ahora en la perspectiva de las transformaciones que están afectando la organización y la dinámica familiar en el complejo mundo de hoy, a comienzos de un nuevo milenio. Lo que ocurre en los países desarrollados da la pauta de lo que irá sucediendo en forma cada vez más evidente en países en vías de desarrollo. En un trabajo sobre los cambios demográficos en la comunidad europea, Fthenasis, W. (1994)⁹⁴ describe las transformaciones que más directamente están afectando a los niños y que marcarán necesariamente la futura educación temprana:

- El aumento en las expectativas de vida y la reducción de la tasa de natalidad.
- Un fuerte movimiento global hacia la individualización en los planes de vida personal.
- El aumento de las familias monoparentales.
- Cambios en la visión de la mujer, con una proporción cada vez mayor de madres en la fuerza laboral.
- Cambios en los estilos parentales: se deja el énfasis en la conformidad y lo convencional, para promover mayor autonomía, individualismo competitivo y pensamiento crítico.
- Paso en la relación padre-hijo a un estilo de “sociedad” o de camaradería, donde la cualidad de la relación es central.

El autor estima que tales transformaciones se ven intensificadas por la mayor movilidad geográfica y por una cada vez más amplia diversidad cultural. “La discontinuidad en el desarrollo familiar, el pluralismo en los estilos de vida y los cambios cada vez más tempranos, constituyen el sello de estos días”.

El análisis del apego y sus efectos en la dependencia o autonomía posterior ha sido llevado a cabo en campos de acción variados.

Sprinthall y Oja (1996) lo extienden con ingenio a la esfera del **lenguaje** y de la **comunicación**. Hacen ver cómo la mejor forma de hacer que los niños desarrollen su lenguaje en las primeras etapas, es hablando constantemente con ellos (evitando el uso excesivo de ‘baby talk’ o habla al estilo bebé), no corrigiéndolos a cada rato, “aunque sus expresiones no sean del todo correctas”:



“Si queremos desarrollar en los niños un alto sentido de la timidez y la vergüenza, es suficiente que cuando intenten pronunciar sus primeras palabras les critiquemos porque no lo hacen de forma correcta”.

Estos autores han sintetizado los tres patrones, según Carver y Scheier, como tres maneras posibles de responder a la pregunta: ¿Puedo contar con que mi figura de apego esté disponible y me responda cuando la necesite?: -SÍ (patrón seguro), -NO (patrón evasivo), -QUIZÁ (ambivalente).

93 Lamb, M.E.: “Predictive implications of individual differences in attachment”. J. of Consulting and Clinical Psychology, 55 (6), 817-824, 1987.

94 Fthenasis, W.: “Changes among families in Europe and the future of early childhood education”. 1994. Position Paper. Identificador ERIC: ED 376944.

Citan estudios en los que se encontró que en esta etapa inicial se dan ciertos **tipos de interacción padres-hijos** que ayudan a predecir de forma muy precisa la competencia y el dominio que se alcanzará en el futuro: las pautas de crianza utilizadas se relacionan con el logro de la independencia, dominio y autocontrol que desarrollan los hijos:



“...los padres que proporcionan a sus hijos experiencias interesantes y estimulantes, hablan frecuentemente con ellos, dejan que tomen la iniciativa y les proporcionan una enseñanza indirecta a través de preguntas que dirigen su actividad, hacen que estos desarrollen un mejor sentido de la competencia”.⁹⁵

De acuerdo a lo que refieren Sprinthall, Sprinthall y Oja, se ha visto que los mejores resultados se dan en los hogares en que los padres utilizan **un modelo de enseñanza indirecto**. Por ejemplo, etiquetan los objetos y, posteriormente, poco a poco, especifican con más detalle: “Este es un perro”... Más adelante: “Este es un perro grande”... Los niños en un ambiente favorable de este tipo tienden a iniciar actividades por sí solos con mayor frecuencia.

El adulto puede hacer preguntas que ayudan al niño a entender o “procesar” mejor una determinada actividad: “¿Qué pasa si pones esta pieza del puzzle aquí? ¿Qué pasa si echamos toda el agua del vaso grande en este vaso chico?”.⁹⁶

Ansiedad, inseguridad-seguridad y estabilidad emocional

Otra de las áreas en el desarrollo personal que puede ser fuente de problemas es la que tiene que ver con el manejo de las respuestas de ansiedad que, en exceso, amenazan la estabilidad emocional y el sentido general de bienestar mental. Está relacionada, ciertamente, con la recién examinada: el apego y la dependencia insatisfechos son, de hecho, fuente de ansiedad, así como el fracaso en el logro de un nivel esperable de independencia y autonomía. Ya explicamos cómo para los freudianos afrontar la ansiedad es parte medular de la existencia humana: la persona se enfrenta a numerosos conflictos a lo largo de la vida, muchos de los cuales producen frustración y, en consecuencia, ansiedad.

Constituye, de hecho, uno de los temas más importantes de la psicopatología⁹⁷ y en este manual haremos referencia a algunos cuadros que se definen básicamente por el fracaso en el manejo de la ansiedad. Entre otros, el **trastorno por angustia de separación**; el **trastorno por evitación** en la infancia y la adolescencia; el **trastorno por ansiedad generalizada**; las **fobias**, etc.

95 Sprinthall, N.; Sprinthall, R. y Oja, Sh. “Psicología de la educación” 6ª ed., McGraw-Hill, Madrid, 1996.

96 Esto se inscribe en el marco propuesto por numerosos cognitivistas modernos que asumen una perspectiva social-interactiva en que se concibe al niño como un aprendiz que se enfrenta a la resolución de problemas bajo la tutela de un sujeto más experto. A este respecto, ver:

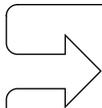
Garton, A.: “Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición”. Paidós, B.Aires, 1994.

Rogoff, B.: “Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context”. Oxford University Press, N.York, 1990.

Winegar, L.: “Social interactions and the development of children’s understanding”. Ablex, Norwood, N.J., 1989.

97 El tratado de Meneghelo y Grau (2000) incluye seis trabajos directamente relacionados con la materia:

- Sexto, J.: “Ansiedad y angustia: su aproximación terapéutica”.
- Hauessler, I.M.: “Ansiedad del niño desde la perspectiva psicológica”.
- Birmaher, B. y Villar, L.: “Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes”.
- Chiappe, V.: “Clínica de los trastornos por ansiedad: estrés postraumático y trastorno de pánico”.
- Mata, E.S.: “Trastornos de la personalidad del adolescente”.
- Grau Martínez, A.: “¿Por qué debe tratarse precozmente el trastorno de angustia en el niño?”.



En el desarrollo, como es bien sabido, las diferentes etapas plantean demandas y desafíos a todos los seres humanos. El **sentido de iniciativa** -tarea y logro en términos de Erikson de la edad pre-escolar (ver **fig. 5.1**)- o el de **competencia** -tarea y logro en la edad escolar- no dejan de estar asociados a una importante dosis de ansiedad en tanto se van resolviendo los conflictos de "iniciativa vs. culpa" (¿puedo empezar a actuar yo o debo esperar que otros decidan por mí?) y de "competencia vs. sentimiento de inferioridad" (¿soy capaz de hacer las cosas bien o soy un inútil?).

La ansiedad, la inseguridad, los temores exagerados, contrapuestos a la seguridad y estabilidad emocional, definen, en consecuencia, un área que concentra no pocos problemas. Explica, a este respecto, Echeburúa (1996):

La ansiedad es, en principio, una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, más o menos difusas, que produce el organismo para reaccionar frente a situaciones de peligro.

Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, dice el autor, se habla de **miedo**. Agrega que "la mayoría de los niños experimentan muchos temores leves, transitorios, asociados a una determinada edad, que superan espontáneamente en el curso del desarrollo".

El miedo constituye, entonces, **un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas** (estímulos intensos, animales y objetos amenazadores, personas desconocidas, lugares de riesgo...)98. Cuando este sistema de alarma "se dispara" y alerta cuando no corresponde, se transforma en algo desadaptado y anormal.

Sarason y Sarason (1996) definen la ansiedad que cae en el dominio de lo patológico como:



"Un estado emocional desagradable, acompañado por excitación fisiológica y elementos cognitivos de aprensión, culpabilidad y sensación de desastre inminente".

La distinguen también del temor (miedo), ya que este es una reacción emocional hacia un objeto específico, que se puede identificar. La distinción entre **ansiedad** (angustia) y **temor** (miedo), siendo la primera una respuesta aprensiva difusa y no diferenciada ante amenazas potenciales, y el segundo una respuesta con características semejantes, pero ligada a una situación u objeto específicos, está ampliamente aceptada en Psicología. No obstante, Clarizio y McCoy aclaran que "en los niños es difícil establecer diferencias entre esos dos estados, porque la personalidad y los procesos intelectuales en desarrollo no permiten las separaciones más finas o agudas entre las amenazas verdaderas y las imaginarias".

98 Echeburúa presenta una tabla con los "miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil":

EDAD TEMORES MÁS FRECUENTES

0-1	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas. *
2-4	Animales. Tormentas.
4-6	Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación padres.
6-9	Daño físico. Ridículo.
9-12	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflictos entre los padres.
12-18	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima.

* El temor a las personas extrañas se da sobre todo entre los 6 y los 12 meses y presenta variaciones individuales según las experiencias.

Los mismos autores afirman que es preciso distinguir entre la **ansiedad como estado** y la **ansiedad como rasgo**. La primera es situacional, momentánea y desaparece al cambiar las circunstancias ambientales o estímulos que la provocan. La segunda tiene que ver con rasgos estables de personalidad. Con respecto a esto, recuerde lo visto en el capítulo anterior en lo que concierne a la dimensión “neuroticismo” (estabilidad-inestabilidad) de Eysenck, quien caracteriza a la persona “N típica” (con puntuaciones altas en dicha escala) como “ansiosa, preocupada, de mal humor y frecuentemente deprimida; es probable que duerma mal y que sufra de diversos trastornos psicósomáticos; es emocional en extremo”, etc.

Es importante en el ámbito escolar lo que advierten Clarizio y McCoy: “Las investigaciones sobre la ansiedad revelan que, cuando es intensa, **puede tener efectos indeseables sobre el funcionamiento tanto intelectual como de la personalidad**”. Es muy probable que los niños y jóvenes excesivamente ansiosos no rindan de acuerdo a su verdadero potencial en los tests de inteligencia, exámenes, pruebas, disertaciones, etc.⁹⁹ En la descripción que hacen de las formas que asume la ansiedad extrema en los niños, dedican especial atención a las **fobias escolares**, “una condición en la que el estudiante es tan temeroso que es incapaz de salir de su casa para ir a la escuela”. Incluyen, también, dentro de las **manifestaciones frecuentes de la ansiedad**:



*“La obediencia excesiva a la autoridad, los hábitos nerviosos, las reacciones excesivas ante las críticas, la preferencia por la compañía de los adultos o la de niños más jóvenes, el retraimiento hacia las fantasías como medio para enfrentarse a las situaciones tensas o huir de ellas, el temor a los cambios en el ambiente o las rutinas cotidianas y la incapacidad para enfrentarse a las condiciones tensas”.*¹⁰⁰

Con anterioridad se explicó que existe un **rango** que va de lo **normal** a lo **patológico** en diferentes manifestaciones conductuales y rasgos de personalidad, lo que ocurre respecto de la ansiedad: un extremo representa una **reacción normal** o mecanismo de alerta frente a situaciones de peligro y, en el otro, un estado francamente **invalidante**.

La fobia escolar¹⁰¹ y fobias específicas, el trastorno de evitación, etc., representan en este extremo perturbaciones **referidas algún objeto o situación**¹⁰², pero también se ubican en el

99 Hay, sin embargo, una serie de variables en juego y que matizan lo anterior: la capacidad del estudiante, el tipo de evaluación a que es sometido, su nivel de motivación, el tiempo dedicado al estudio y la calidad de este, la manera como el maestro maneja la situación o da las instrucciones, el nivel de exigencias e importancia de la tarea (si se trata de una prueba “coeficiente 2”, por ejemplo).

100 A diferencia de los niños agresivos, impulsivos, sobreactivos, etc., que atraen la atención de los maestros y adultos constantemente, los niños con trastornos de internalización (ansiedad, depresión) no crean mayores problemas en clase, pudiendo pasar inadvertidos, ya que suelen ser tranquilos, pese a que enfrentan problemas y preocupaciones internas, a veces muy intensas. Como lo han destacado suficientemente diferentes estudiosos, tales niños, modelos muchas veces de conformismo, tímidos, retraídos y tan temerosos que prefieren no hacerse notar, deben ser objeto de especial preocupación.

101 Es necesario distinguir la fobia escolar (o rechazo al colegio) de la vagancia y de la ansiedad de separación del hogar.

102 A diferencia de la ansiedad generalizada, los miedos y fobias, como se explicó, se centran en objetos o situaciones específicos: animales, insectos, hechos sociales (hablar en público, dar exámenes orales, participar en reuniones sociales...), espacios cerrados (ascensores), espacios abiertos (salir a la calle), andar en avión, etc.

Las fobias (o “trastornos de ansiedad fóbica”) para cada una de esas situaciones y objetos son más invalidantes que los respectivos miedos o temores, ya que la persona desarrolla conductas activas de evitación. El miedo se torna ya tan intenso que la persona evita a todas costa los objetos o situaciones que lo provocan (aún cuando considere irracional su comportamiento y no pueda entender porqué actúa así). Hay, por tanto, una diferencia de grado entre, por ejemplo, miedo a viajar en avión y fobia a viajar en avión.

El problema reside en que en el habla ordinaria se usan estos términos indistintamente, y en las estimaciones de prevalencia en la población tampoco se hacen muchas veces las precisiones requeridas.

mismo extremo desadaptado los niños y adolescentes que manifiestan una conducta de **temor generalizado**. Algunos clínicos y versiones anteriores del DSM los han denominado “niños **hipersensibles o con ansiedad excesiva**”. Según Wicks-Nelson e Israel (1997):



“Parecen estar excesivamente preocupados por su competencia y rendimiento, mostrando hábitos nerviosos (por ejemplo, morderse la uñas), trastornos del sueño y dolencias físicas, tales como dolores de estómago”.

El DSM IV y la CIE 10 los engloban actualmente (así como a los adultos con estas características) dentro de la categoría **trastorno de ansiedad generalizada**.¹⁰³

ocurre con los problemas relativos a la dependencia y el apego, Clarizio y McCoy sintetizan en 5 puntos la información más relevante a ser tenida en cuenta en relación a la ansiedad e inseguridad:

- Los signos típicos de la ansiedad.
 - Causas o antecedentes de la ansiedad excesiva.
 - Lineamientos de acción.
 - Resultados de una buena adaptación en el área.
 - Resultados de una mala adaptación.
-
- Signos típicos o manifestaciones conductuales de la ansiedad son una serie de **respuestas fisiológicas**, evidentes en el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, **conductas motoras** (temblores, inquietud, agitación), informes verbales sobre **sentimientos** de aprensión, escrúpulos, turbación, hipersensibilidad a las críticas, tendencia al desaliento.¹⁰⁴
 - Entre los antecedentes o factores causales están el **excesivo perfeccionismo** de los padres, sus **expectativas poco realistas** (por ejemplo, en el plano académico), el ser ellos mismos **modelos aprensivos**, el uso de **castigos** frecuentes e intensos, o -en el otro extremo- la **tolerancia** exagerada, que no da pie a límites claramente definidos.
 - Entre los “lineamientos de acción” o medidas prácticas para el trabajo con los niños ansiosos, se incluyen el establecimiento de **metas realistas**, el uso de **procedimientos de desensibilización**¹⁰⁵, y el no hacer depender el afecto y la confianza de los éxitos del niño.
 - Se ha advertido también que la utilización de alabanzas por parte del maestro puede provocar una disonancia en algunos niños tímidos, haciéndolos sentirse incómodos, ya que no coinciden con lo que otros les han hecho sentir y lo que creen de sí mismos: se deberá, por tanto, evaluar la oportunidad y calidad de los elogios.

103 En el CIE 10 se aclara, sin embargo, que “la variedad de los síntomas de ansiedad en los niños y adolescentes es con frecuencia más limitada que en los adultos y, en particular, los síntomas específicos de activación autonómica son a menudo menos prominentes”, por lo cual se les dedica un apartado alternativo dentro del punto “Otros trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia”.

104 Citan algunas investigaciones en el área, donde se concluye que los alumnos con alto nivel de ansiedad, comparados con los poco ansiosos,

- Son menos populares entre los compañeros.
- Son más sugestionables.
- Tienen conceptos negativos de sí mismos, incluida la imagen corporal.
- Demuestran mayor tendencia a la dependencia.
- Son más condicionables: adquieren con facilidad temores y los generalizan.
- Con menor probabilidad expresan abiertamente la agresión contra otros.
- Son más inhibidos, lo que se manifiesta en indecisión, cautela y cierta rigidez.

105 En “Cómo aprenden los seres humanos” (Bermeosolo, J., 2007) se describe el procedimiento de “desensibilización sistemática”, utilizado por los psicólogos clínicos y se incluye el “principio de reducción del temor” de Krumboltz y Krumboltz: “Para ayudar a un niño a superar su temor a una situación particular, hay que aumentar en forma gradual su contacto con la situación temida, al tiempo que se hace lo necesario para que se sienta cómodo, tranquilo, seguro y recompensado”.

- Una **buena adaptación** en el área facilita un adecuado ajuste personal y social. Una **mala adaptación**, en cambio, suele asociarse a conflictos y restricciones conductuales: huida o evitación de situaciones sociales o de aquellas que plantean desafíos; falta de entusiasmo; baja tolerancia a la frustración; indecisión; precaución excesiva, etc.

La persona demasiado tímida e inhibida se verá muy limitada en la vida y perderá muchas oportunidades de éxito y crecimiento personal. Estos mismos autores hablan de un verdadero “adiestramiento” en la ansiedad cuando se expone a los niños prematuramente a los conflictos entre los adultos, usándolos como confidentes, o cuando las madres advierten y amedrentan a los niños con todos los peligros posibles e imaginables.

Papalia et al. (2001) se han referido también a lo que denominan la **pedagogía venenosa**: “A través del ridículo, la crítica, la burla, los regaños, la impaciencia y una disciplina estricta y autoritaria, los padres resquebrajan la voluntad del niño, **socavando su autoconfianza y curiosidad**, y obligándolo a **reprimir sus sentimientos e impulsos** auténticos, ya sean de tristeza, ira o vivacidad. Estas emociones reprimidas salen a la superficie en la edad adulta en forma de odio y violencia dirigida contra sí mismo y hacia los demás”.

PROBLEMAS FRECUENTES DEL DESARROLLO: AGRESIVIDAD, AUTOCONTROL Y LOGRO

► Temas del capítulo

Agresividad, acometividad, autocontrol.
Conciencia y conducta moral.
Motivos, aspiraciones y motivación de logro.

Agresividad, acometividad, autocontrol

La conducta agresiva en niños y adolescentes -y el tema de la agresión en general, así como su regulación a través del proceso de socialización- marcan otro gran capítulo dentro de los problemas frecuentes del desarrollo.

Como ocurre con numerosas características humanas, también en este caso se da un rango que va de lo anormal y altamente desadaptado (agresión como daño intencionado o perjuicio grave ocasionado a otros) a manifestaciones sanas que se traducen en un grado esperable de autoafirmación, firmeza, cierta dosis de competitividad, el saber hacer valer los propios derechos. **Acometividad** se define en los diccionarios de la lengua como “brío, pujanza, decisión para emprender una cosa y arrostrar sus dificultades” y es un buen término en español para referirse a la connotación positiva de la agresividad.¹⁰⁶

Clarizio y McCoy citan a investigadores especializados sobre el punto quienes explican:



“Cierta grado de agresividad es un signo de personalidad vigorosa y bien balanceada. Se considera tanto normal como conveniente que el niño defienda sus derechos y pelee cuando la situación lo justifique”.

¹⁰⁶ Los términos agresivo, agresividad, en su acepción fundamental, hacen referencia a conceptos negativos. En sentido figurado, agresividad, sinónimo de acometividad, recoge el sentido positivo del concepto. Según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (21ª ed., 1992):

- agresivo: 1. Dícese de la persona o animal que obra o tiende a obrar con agresividad. 2. Propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás. 3. Que implica provocación o ataque.
- agresividad: acometividad.
- acometividad: 1. Propensión a acometer, atacar, embestir. 2. fig. Brío, pujanza, decisión para emprender una cosa y arrostrar sus dificultades.
- agresión: 1. Acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación. 2. Acto contrario al derecho de otro. 3. Ataque armado de una nación a otra, con violación del derecho.

“Por otra parte, no se le puede dejar rienda suelta a la agresividad, porque esa tolerancia puede tener consecuencias igualmente poco convenientes de socialización. El niño agresivo no está en paz consigo mismo ni con sus compañeros. Puesto que los ataques agresivos fomentan respuestas agresivas, no es sorprendente descubrir que los niños hostiles no son populares”.

Si se tiene en cuenta el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes, aquellos que han logrado una buena adaptación en el área demuestran ser competentes y seguros de sí, es decir, son niños o jóvenes con decisión para emprender las cosas y enfrentar las dificultades. Los que demuestran una mala adaptación, en cambio, caen por lo general en uno de dos extremos:

- **Escasa o nula acometividad y agresividad:** niños y jóvenes muy sumisos, incapaces de defender sus derechos, víctimas de abusos, desdeñados por sus compañeros, y algunos de los cuales esconden sentimientos de rencor y resentimiento¹⁰⁷, sin saber expresar directamente sus quejas y reclamos.
- **Agresividad incontrolada:** niños y jóvenes que perjudican seriamente la convivencia, no respetan reglas, presentan conductas perturbadoras en extremo, son prepotentes y violan los derechos de otros.

También se puede dar una reacción que comparte algo de las dos anteriores, la de **agresión pasiva**, en la que no hay manifestaciones evidentes destructivas, pero sí maniobras encubiertas que se traducen en una oposición subyacente o resistencia a la autoridad dentro de un aparente respeto por las normas: el niño (o el joven) “saca la vuelta”, se demora más de la cuenta en hacer lo que se le pide, o lo hace a regañadientes, se “olvida” de cumplir con tal o cual cosa, lleva el cuaderno equivocado, etc.

Una manifestación extrema de esta actitud corresponde al “trastorno negativista desafiante” que se caracteriza por rencor, resentimiento, cólera, pataletas y discusiones, incluyendo manifestaciones abiertas de hostilidad y de desafío al adulto.

La **intimidación o matonaje**¹⁰⁸ dentro de las instituciones escolares es un tema que se ha vuelto preocupante estos últimos años. En Chile y otros lugares de Hispanoamérica, curiosamente, se le identifica con el término inglés “bullying”¹⁰⁹ y ha sido objeto de preocupación sólo recientemente. Los investigadores en el área suelen distinguir diferentes tipos de intimidación: una “directa” y otra “indirecta”. La directa se puede expresar en forma física (patadas, empujones, golpes, etc.), verbal (sobrenombres ofensivos, burlas, etc.) y psicológica (procedimientos que procuran minar la autoestima). La indirecta se traduce en el aislamiento social, y parece ser más frecuente en las mujeres. Estas formas de abuso han encontrado una nueva modalidad de canalizarse a través del acceso masivo a internet.

Hammarberg (1997), quien fuera Presidente del Comité Ejecutivo de Amnistía Internacional y también su Secretario General, se refería en estos términos al tema:

107 Algunos de estos jóvenes que se han sentido normalmente desdeñados por sus compañeros y esconden y arrastran por mucho tiempo sentimientos de rencor y resentimiento, pueden causar más de alguna sorpresa, con un inusitado “reventón”. Ello ha ocurrido ya en más de una ocasión estos últimos años, por ejemplo, con estudiantes en algunas escuelas o universidades norteamericanas que impactaron con hechos tan atroces como el asesinato de compañeros y profesores. Véase también lo que se comentó al final del capítulo anterior acerca de la “pedagogía venenosa”.

108 La forma aceptada en español es matonismo (de “matón”), definido por la RAE: “Conducta de quien quiere imponer su voluntad por la amenaza o el terror”. Matón se le define, a su vez, como “Hombre jactancioso y pendenciero que procura intimidar a los demás”. Los diccionarios de la lengua admiten los términos “matonismo”, “matonería”, “matón”, “matonear”. Intimidar: causar o infundir miedo.

109 “Bully” = matón, valentón; intimidar tiranizar. “Person who uses his strenght or power to frighten or hurt those who are weaker”.



“La violencia cometida por niños contra otros niños es en parte un problema oculto, cuyas dimensiones son aparentemente aterradoras, sobre todo en los países industrializados. Aunque si las estadísticas se encuentran difícilmente, está claro que las intimidaciones sistemáticas de hecho ocurren en una gran cantidad de escuelas: los niños más fuertes intimidan a los más débiles, las niñas son perseguidas y a veces sufren molestias sexuales, e incluso el personal de la escuela en algunos casos es víctima de este tipo de violencia. El abuso psicológico puede ser igualmente perjudicial, pero por lo general es más difícil identificarlo y ponerle remedio.

La escuela debería ser una zona libre de violencia. Es del todo inaceptable que los niños tengan que ir a la escuela con temor. Debería existir una política clara de intervención del personal de la escuela en todos estos casos, cuanto antes posible y preferiblemente en una fase de prevención”.¹¹⁰

Se ha afirmado que en el reino animal la agresión es funcional y necesaria en el ambiente natural de la vida salvaje, ya que la conducta agresiva conserva el equilibrio entre población y alimentos, ayuda a seleccionar la pareja mejor preparada para la procreación, es necesaria para la defensa de las crías, etc. En el hombre, en cambio, la agresión puede nacer y desarrollarse en medios artificiales, como lo explican Butler y otros (1980):



“Utiliza armas que matan a distancia de modo que, particularmente en la guerra, no puede ver los resultados de su violencia. Su poder de abstracción intelectual le ayuda a deshumanizar cuestiones tales como la muerte. Esto convierte al hombre en un ser peligroso, probablemente la mayor amenaza para su propia supervivencia”.

La historia del siglo que acaba de terminar fue una historia de agresiones, afirman estos mismos autores: guerras, matanzas en masa y destrucción por doquier. Y advierten:



“Pero hay también otros actos menos espectaculares: desde las palabras hostiles en la oficina, hasta las peleas de borrachos en la puerta de una taberna; desde las ilegales maniobras de una junta bancaria o inmobiliaria, hasta un fraude deportivo”.

Los científicos han dado **diferentes explicaciones sobre el comportamiento agresivo**: se trata, para algunos, de una tendencia instintiva; para otros es efecto del aprendizaje y las experiencias. La mayoría lo atribuye a la interrelación de ambos factores: nacemos con una predisposición para la agresión, pero aprendemos en qué momento la podemos expresar y cuándo inhibirla.

- Para los **etólogos** (estudiosos del comportamiento animal en su entorno natural) la agresión es **instintiva** en todas las especies, también en la humana, y ayuda a la supervivencia. **Lorenz** la considera un rasgo genéticamente determinado, el instinto batallador en hombres y animales, dirigido también contra los miembros de la propia especie.

¹¹⁰ Hammarberg, Thomas, Asesor Especial para Cuestiones Humanitarias del Ministerio de Asuntos Exteriores de Suecia, participó en la redacción de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

En su Conferencia del año 97 en el Centro Internacional para el Desarrollo del Niño, Unicef, en Florencia, Italia, observó a este respecto:

“En Suecia, las autoridades escolares y la Oficina de Protección de los Niños han lanzado varias campañas contra las intimidaciones. Sin embargo, ha llegado recientemente una información según la cual, cada seis meses, 1.500 muchachos y 500 muchachas reciben tratamiento médico u odontológico a causa de abuso violento por parte de otros alumnos. Otra encuesta ha demostrado que el 11% de los alumnos habían sufrido intimidaciones, el 7% de manera sistemática”.

En Chile se han hecho públicos varios casos de agresiones graves en instituciones escolares estos últimos años.

- **Freud** distinguió entre instinto de vida o eros, en especial la sexualidad, e **instinto de muerte o tanatos**, el que representa la agresión y destructividad innatas, dirigidas principalmente contra sí mismo, pero que puede desplazarse hacia el exterior y hacia los demás. La agresión aumenta de manera espontánea y necesita liberarse. **Puede sublimarse** a través de los deportes, el dominio de la naturaleza, la actividad física, etc.
- La hipótesis "**frustración-agresión**" de **Dollard** y colaboradores (la agresión es consecuencia de la frustración; la frustración lleva siempre a la agresión) fue muy influyente y constituyó un intento de integrar ideas freudianas, como la del desplazamiento de la agresión -por ejemplo, en los casos de "chivos expiatorios", en la discriminación racial- con la teoría del aprendizaje. Sufrió una serie de modificaciones, en especial sobre las condiciones en que la frustración puede producir agresión, entre ellas, el tipo de atribución que se hace respecto de la conducta del agresor.
- Para **Bandura** y asociados, dentro de la teoría del aprendizaje social, la agresión es un comportamiento que se aprende por **imitación**. Estos autores realizaron los primeros estudios científicos acerca de la violencia en los medios de comunicación. Bandura rectificó la hipótesis frustración-agresión diciendo que la frustración produce **excitación**, la que puede llevar a diferentes resultados, siendo la agresión sólo uno de ellos.
- En la misma línea, para **Berkowitz** la frustración es psicológicamente dolorosa, produce enojo. Pero para que el enojo termine en una conducta violenta se hace necesaria la presencia de **señales** o estímulos ambientales con significado agresivo o asociados con el objeto o la persona frustrante. La agresión es, en consecuencia, la respuesta a ciertos tipos de situaciones. Se conoce esta postura como la **teoría de la señal agresiva** y se fundamenta en los numerosos experimentos que realizó el autor.¹¹¹

Clarizio y McCoy (1981) hacen ver cómo los **factores cognoscitivos** desempeñan un papel destacado para explicar cómo se adquieren, desencadenan y mantienen las conductas agresivas:



"Los procesos más elevados del pensamiento en los seres humanos les proporcionan cierto poder de autodirección. Las personas pueden anticipar las consecuencias... Pueden reinterpretar la conducta o las intenciones de los demás... Pueden estar conscientes de lo que se refuerza en diversos ambientes. Pueden aprender a observar, recordar y ensayar mentalmente el modo en que otras personas se enfrentaron a situaciones difíciles".

Concluyen afirmando que **los determinantes de la situación, las condiciones de refuerzo y los factores cognoscitivos** interactúan para determinar el comportamiento agresivo.

En el análisis que llevan a cabo Papalia y Olds (1987) sobre el tema, consideran factores **causales o desencadenantes** de la agresión las **frustraciones**, los **insultos** y las **evaluaciones negativas** (en especial, si se consideran arbitrarias e injustas), a los que dedican sendos análisis y avalan con estudios confirmatorios. Por otra parte -y en la línea de los teóricos del aprendizaje social, que opinan que la agresión se aprende como resultado de recompensas y castigos, así como a través de la imitación de modelos- analizan tres tipos de agentes facilitadores de la identificación:

- Aprendemos de la gente que nos rodea.
- Aprendemos de las actitudes de la sociedad.
- Aprendemos de la televisión.

¹¹¹ Berkowitz, L. (ed): "Roots of aggression: a re-examination of the frustration-aggression hypothesis". N.York, Atherton Press, 1969.
Berkowitz, L.: "Aggression: its causes, consequences and control". N.York, McGraw-Hill, 1993.

- Dentro del primer punto destacan que “los padres que dicen a sus hijos que no peguen a los demás y ellos mismos sí les pegan, les están enviando mensajes confusos que proporcionan un doble incentivo hacia la violencia: aparte del dolor y la humillación que probablemente provocará una reacción agresiva, los niños ven un ejemplo de un adulto, con el que se identifican, que está actuando violentamente”.¹¹²
- En el segundo punto, subrayan las diferencias que han hecho notar los científicos sociales entre las sociedades muy violentas y las poco violentas. “Las comunidades no violentas tienen actitudes muy distintas hacia las diferencias sexuales, educan a niños y niñas del mismo modo y no muestran ninguna señal de ‘machismo’ o la necesidad de dominancia masculina en el trabajo, en los ingresos y en la familia. Educan a sus niños de modo diferente, casi siempre corrigiéndolos verbalmente y pegándoles muy raras veces”.¹¹³
- En lo que concierne a la influencia de la televisión, dicen que esta es difícil de juzgar. La gran mayoría de los informes acerca de sus efectos desde los años 50 hasta el presente concluyen que la violencia en la pantalla hace a los niños más agresivos en la vida real. ¡Aparte de imitar la agresión, llegan a creer, al identificarse con los valores transmitidos, que se trata del comportamiento apropiado!
- Sin embargo, las autoras dan cuenta de estudios que han demostrado que cuando los padres enseñan a sus hijos que la violencia no es un medio aceptable para solucionar los problemas y conflictos, animándolos a pensar y cuestionar críticamente lo exhibido, la televisión no se asocia con más comportamiento agresivo. Es cierto, por otra parte, que los niños más agresivos ven más programas de ese tipo y tienden a identificarse más fácilmente con los personajes agresivos.

¿Cómo deben actuar padres y educadores en la **regulación de la conducta agresiva y de la agresividad**, uno de los problemas más frecuentes del desarrollo, evitando los extremos de la demasiada tolerancia o la excesiva estrictez y severidad (ambos negativos en sus efectos)?

Conviene tener presente, en primer lugar, que hay “agresividad” y “agresividad”. Una es nociva y desadaptada: con la que se daña a otros, se les perjudica, ofende o se violan sus derechos. La otra, entendida como acometividad y autoafirmación, reúne lo positivo del concepto. Su carencia puede ser, en este caso, lo inadecuado. Clarizio y McCoy en sus “**lineamientos para la acción**” proponen una serie de medidas a ser tenidas en cuenta en los contextos educativos. Entre ellas, si es el caso, ignorar la conducta agresiva y sistemáticamente reforzar aquella que es incompatible con la agresión. No se pueden ignorar, por cierto, conductas injuriosas o que violan seriamente los derechos de los demás: a veces no actuar puede interpretarse como aprobar (“quien calla, otorga”). Por lo tanto:

- Haga saber al niño, cuando corresponda, que la conducta violenta o destructiva no será tolerada. En todo caso, explicar con claridad y serenidad las normas que prohíben conductas lesivas para otros. Establecer límites firmes y bien definidos.
- El maestro debe ser él mismo modelo de autocontrol. Una relación cálida y respetuosa con todos los alumnos enseñará cómo hay que comportarse.

112 Este tema, así como el del aprendizaje de conductas delictivas, los hemos desarrollado con más detalle en “Cómo aprenden los seres humanos...” (Bermeosolo, 2ª Ed. 2007), en el apartado dedicado a la imitación e identificación.

113 Entre otras cosas, demuestran cómo en las sociedades más violentas las actitudes hacia las relaciones entre varones y mujeres están muy ligadas con la visión de la mujer desde el punto de vista masculino. Y afirman: “Durante los últimos años ha habido una preocupante ola de pornografía agresiva que muestra a varones violando, mutilando o de cualquier otra manera causando daño a las mujeres”. Sostienen que los jóvenes que ven estas películas tienden a ser más agresivos con las mujeres que encuentran en la vida real “probablemente porque acentúan su creencia en el mito de que a las mujeres les gusta la fuerza y la dominación”, todo lo que influye en su manera de comportarse con las mujeres en general.

- Evitar situaciones que generan agresión, y el contacto entre niños muy agresivos (que se pelean frecuentemente, si están juntos).
- Los niños deben saber cuándo y hasta qué punto se puede ser agresivo. Encauzar sanamente el exceso de energías en actividades deportivas. “El objetivo de la socialización no es extinguir la agresividad, sino dirigir su expresión hacia causas aceptables”.
- Los jóvenes demasiado sumisos deben aprender conductas de autoafirmación: protestar frente a tratos injustos, responder a las críticas injustas, rechazar o poner en tela de juicio exigencias no razonables, defender sus puntos de vista, etc. El educador juega un rol fundamental al respecto.

Ponemos término a este apartado con una breve referencia al tema de la **violencia en el hogar**, sobre el que se ha tomado mayor conciencia estos últimos años en el país, a raíz de alarmantes estadísticas, tanto acerca de la violencia física como psicológica. Sobre la materia han aparecido diferentes trabajos, así como testimonios, tanto en la prensa como en otros medios de comunicación.

El influyente manual de Meneghello y Grau (2000)¹¹⁴, al que se ha hecho referencia antes, dedica toda la Parte III, con siete capítulos, a la descripción y análisis del problema, a la luz de diferentes perspectivas. Uno de ellos, de Arturo Grau, se refiere a la “violencia ejercida por los sistemas protectores”. Quien quiera ahondar en un asunto de tanta importancia encontrará la visión autorizada de especialistas.

En un valioso artículo dedicado a los padres y que su autora, Kisslinger¹¹⁵, tituló “La no-violencia comienza en casa”, aparecen una serie de recomendaciones y reflexiones (quince en total) para evitar que el “abuso emocional genere nuevas víctimas”. Constituyen, según la autora, “quince toques de conciencia para padres que nos queremos pacíficos”. Por su relevancia como “lineamientos de acción”, citamos algunas de las recomendaciones en los términos de la misma autora. Bien vale la pena leer el trabajo completo:

- La competitividad inapropiada es una grave violación de confianza en el desarrollo del niño como individuo. La competitividad temprana sólo prepara el escenario para una mayoría de “perdedores” y “segundones”.
- Uno de los principales canales para la energía creativa de los padres es la interacción con su hijo o hija. Es a través de la creatividad real en estas relaciones que podemos curarnos y curar a nuestras familias de la tensión emocional y las limitaciones que tal vez arrastramos desde nuestra infancia.
- Los niños “no consiguen lo que quieren” ni “salen con la suya” cuando obtienen lo que desean. Para ellos es una satisfacción básica ser capaces de lograrlo. Naturalmente, en un ambiente de sobreabundancia material debemos movernos con discreción. La competitividad del mercado fuerza a los padres a consumir excesivamente en beneficio del “desarrollo armónico” de su hijo.
- Tan sólo el 2% de los niños consume el 47% de todos los juguetes existentes en el mundo. Tratemos de satisfacer los pedidos razonables, posibles, y de establecer límites claros y consistentes cuando no lo son.

114 “Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia”. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

115 Karen Kisslinger: “La no-violencia comienza en el hogar”. Revista Uno Mismo. 64 (148).

La autora dice que dice que, en Estados Unidos, el Comité Nacional para la Prevención del Abuso contra los Niños ha definido el concepto de abuso emocional como el “patrón de conducta que ataca el sentido de autoestima y desarrollo emocional del niño”.

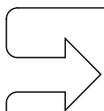
Como ejemplos se citan las críticas constantes, el menosprecio, los insultos, el rechazo, y el no brindar apoyo, amor y orientación.

Papalia et al. (2001) distinguen entre abuso y descuido, que pueden ser tanto físico como emocional (o psicológico).

- Golpear o lastimar a un niño -o amenazar con hacerlo- es una ruptura de la autodisciplina paterna. Cuando los padres sienten la necesidad imperiosa de controlar a sus hijos, el mensaje es “no sientan lo que sienten, no sean quienes son, satisfagan nuestras necesidades y colmen nuestras expectativas”. He aquí, en cambio, un sentimiento que puede ser útil: “Si golpeo a mi hijo me pierdo y, en última instancia, pierdo a mi hijo”.
- Golpear o amenazar con lastimar, jamás es positivo para el niño. Solamente los métodos que evidencian día a día autodisciplina paterna motivarán la autodisciplina del chico en el futuro. Golpear o amenazar con golpear a un niño le enseña que la violencia es una solución para conflictos y tensiones.
- El uso del lenguaje violento en la conversación habitual desensibiliza a los niños respecto de la violencia. Los niños amenazados con la violencia, o que la sufren, no esperan, al crecer, que los conflictos se resuelvan pacíficamente...

Conciencia y conducta moral

El desarrollo moral constituye un aspecto medular del desarrollo personal y social. Se trata de un área que, por cierto, no deja de presentar problemas a lo largo del espinudo proceso de socialización. Piénsese, por ejemplo, en los efectos en la conciencia y conducta moral de los niños de pautas de crianza rígidas e inflexibles, asociadas a intensos sentimientos de culpa, en contraste con el efecto de pautas y normas erráticas, inconsistentes o, tal vez, inexistentes.



En los diccionarios de la lengua, el concepto de “moral” (del latín *mos-moris*: costumbre) hace referencia a las **conductas o actos humanos vistos desde el punto de vista del bien y el mal, de lo correcto o incorrecto, así como de los principios por los que tales actos se rigen**. La parte de la filosofía que estudia la moral y las obligaciones humanas es la **ética** (de *ethos*, en griego: costumbre).¹¹⁶

Todos los seres humanos tenemos la experiencia íntima de sentimientos y juicios morales (que recogió con originalidad la teoría freudiana), como la satisfacción ante un “deber ser” cumplido o el arrepentimiento, en caso contrario. **“La eticidad es una dimensión constitutiva del ser humano: su capacidad consciente y libre de elegir lo que puede y debe ser”**, explica Cifuentes (en Arroyo y otros, 1989).

La conducta moral es fruto de una **decisión libre**, difícil de reducir a predeterminación genética o simple adaptación evolutiva. Se manifiesta en la **conducta responsable**, la de quien sabe qué hace y por qué. El mismo autor distingue la conducta animal frente al estímulo, fruto del instinto o del aprendizaje condicionado, de la compleja conducta moral humana, imposible de entender como simple interacción estímulo-respuesta, lo que grafica y explica con el diagrama que se muestra en la **fig. 6.1**.

¹¹⁶ Moral, según el Diccionario de Filosofía de Abbagnano, significa: 1. Lo mismo que ética. 2. El objeto de la ética, la conducta dirigida o disciplinada por normas, el conjunto de los “mores”. Como adjetivo, tiene -en primer lugar- los dos significados que corresponden al sustantivo: 1. Pertinente a la doctrina ética. 2. Pertinente a la conducta y, por lo tanto, susceptible de valoración moral y, en especial, de valoración moral positiva. Más tarde se le ha dado en algunas lenguas, según el autor, el significado genérico de “espiritual”.
Al concepto de ética (“ciencia de la conducta”, en sentido filosófico) se le dedican en el mismo diccionario (2ª ed. undécima reimpresión, 1994) casi 10 páginas a doble columna.

Es necesario advertir que el análisis del significado último de conceptos tales como **bondad, maldad, deber, virtud, responsabilidad**, la lógica de su uso, así como los fundamentos últimos de su aplicación, pertenecen al campo del filósofo moral y escapan ampliamente del dominio del psicólogo. Por tanto, el tratamiento del tema que encabeza este apartado -"conciencia y conducta moral"- resultará necesariamente incompleto.

En pedagogía, el tema ha estado ligado muchas veces a la noción de educación del "carácter", entendido este como el conjunto de cualidades morales superiores inherentes a la personalidad, y a la consideración de valores con sentido ético en la existencia personal e interacción social: verdad, justicia, etc. El carácter es, así, la personalidad en cuanto valorada, en especial valorada éticamente, es decir, desde la dimensión de las normas más fundamentales que regulan la convivencia. De ahí la importancia de cursos de "filosofía de la educación" en el currículo de formación de los futuros educadores.

El Decreto 40, que fija los "objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios" para la educación básica, establece que en el ámbito de los **objetivos transversales**,¹¹⁷ la educación en el país busca:



"Estimular el desarrollo pleno de todas las personas, promover su encuentro respetando su diversidad y, sobre esta base, formarlas tanto dentro de valores que revisten de sentido ético a la existencia personal, como en la disposición para participar y aportar, conforme a su edad y madurez, en una convivencia regida por la verdad, la justicia y la paz".

Queda de manifiesto el rol que se espera cumplan los educadores en el desarrollo moral y social de los alumnos. La psicología no se ocupa de la moral como tal, pero sí de los procesos por los que se adquieren y consolidan las normas, principios, juicios y conductas que se inscriben en el ámbito de lo moral. Los niños a lo largo del desarrollo deben aprender, por ejemplo, a encauzar sus impulsos egoístas y agresivos, acatar reglas, asumir responsabilidades, respetar los derechos de otros, desarrollar el autocontrol posponiendo gratificaciones inmediatas, etc. La psicología educacional o psicopedagogía, por su dimensión pedagógica, va más allá del conocimiento y descripción de determinados fenómenos: procura ayudar y orientar a los niños y personas, en general, en su crecimiento personal y perfeccionamiento.

¹¹⁷ Se trata de aquellos objetivos que "tienen un carácter comprensivo y general orientado al desarrollo personal y a la conducta moral y social de los alumnos". Decreto 40, Santiago de Chile, 24 de enero, 1996.

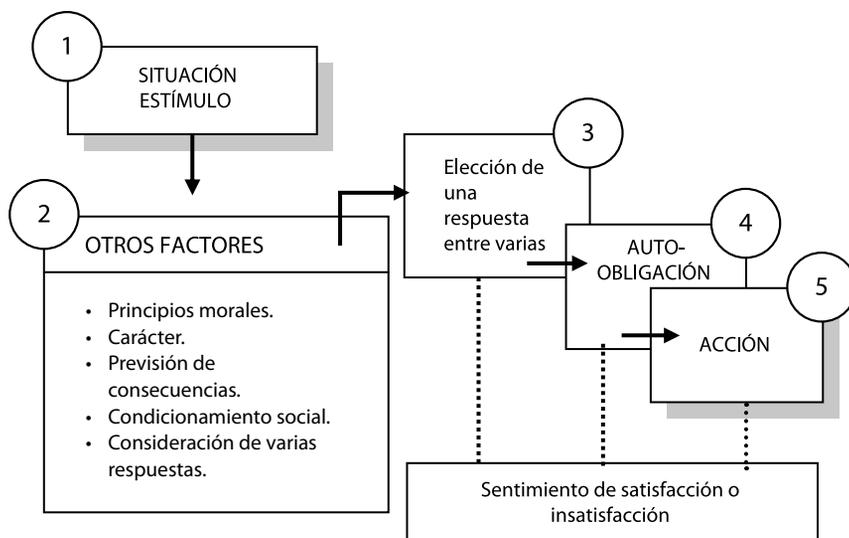


Fig. 6.1. La conducta moral humana. El estímulo (1) es “filtrado” y juzgado a través de una reflexión (2) en la que intervienen los principios morales, el carácter del individuo que, finalmente, elige entre varias posibilidades (3), se auto impone dicha alternativa como obligante (4) y actúa (5). (Adaptada de Arroyo y otros, 1989).

→ Cuestiones tan fundamentales como el **cumplimiento de las promesas, la justicia en las relaciones humanas, la ayuda mutua, la conciencia del deber, la veracidad, la dignidad de las personas**, etc., son tan centrales que, sin ellas, es difícil concebir el funcionamiento de una sociedad verdaderamente humana. A los miembros jóvenes, en consecuencia, desde muy temprano se les enseña a conocer y respetar las creencias y hechos de esa naturaleza. La psicología educativa no puede estar ajena, en consecuencia, a su estudio y reflexión, ya que tienen que ver con aspectos cardinales de la personalidad y la interacción social, constituyendo otra perspectiva para entender la diversidad.

El desarrollo moral del niño se relaciona, entonces, directamente con la adquisición y el respeto de reglas que norman la conducta en el mundo social, la comprensión de lo correcto e incorrecto, de nociones como la justicia, equidad y el bienestar de otros, junto a la asimilación (en buena parte de sus padres) de los valores que orientan y dan sentido a tales normas y juicios. “Toda moral, según Piaget, consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moralidad hay que buscarla en el respeto que el individuo adquiere hacia esas reglas”.¹¹⁸

Wright (1971), psicólogo inglés, comenta lo anterior señalando que la conducta moral tiene que ver con “todas aquellas cosas que se hacen en conexión con las reglas morales”. El autor dice que la supervivencia de muchas especies depende del desarrollo de conductas cooperativas o altruistas entre sus miembros. Los mecanismos que regulan tales conductas -y todas las que implican control social- en las especies inferiores están determinadas casi totalmente en forma innata y constituyen un sistema de pautas conductuales que sirven de estímulos-señales o “desencadenadores” que evocan respuestas complementarias en otros animales.

¹¹⁸ Piaget, J. “El criterio moral en el niño”. Fontanella, Barcelona, 1974. Original en francés, 1932.

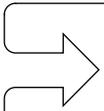
En la especie humana las cosas son diferentes: los mecanismos fundamentales de regulación social forman un sistema de valores, reglas y convenciones formulados conceptualmente.¹¹⁹

Wright distingue cinco variables (o grupos de variables) que facilitan la identificación y el estudio de la conducta moral desde la perspectiva psicológica:

- La **resistencia a la tentación** o la capacidad de inhibir la conducta que viola alguna norma moral, ya sea en presencia de otros o cuando el sujeto está solo.
- Las **respuestas post-transgresionales**, tales como auto-reproches, sentimientos de culpa.
- La **búsqueda activa de objetivos** moralmente meritorios, como el altruismo.
- El **insight cognitivo** acerca de las reglas morales: el tipo de razonamientos con que se justifican y definen los juicios y creencias de tipo moral.
- La **ideología moral**, vista como el grado de compromiso con las creencias morales y con las acciones que se consideran buenas y malas.

Puede apreciarse que corresponden a tres dimensiones psicológicas diferentes:

1. Juicio y conocimiento.
2. Sentimientos.
3. Comportamiento.



El “desarrollo moral”, en consecuencia, no es cuestión sólo de adquirir una comprensión intelectual de las reglas y de lo correcto e incorrecto. Junto al componente **cognoscitivo** (conocimiento, comprensión de las reglas) están el componente **conductual** (comportarse de acuerdo con tales reglas) y el componente **afectivo** (sentimientos de culpa o satisfacción, de vergüenza, orgullo...).¹²⁰

Gross (1998) llevó a cabo un actualizado análisis de los enfoques teóricos que se ocupan del desarrollo moral en psicología, señalando las dimensiones que privilegian, o en las cuales se focalizan preferentemente. Lo que ya hemos revisado anteriormente sobre teorías en psicología facilitará la comprensión de tales perspectivas en este nuevo dominio:

- La **teoría psicoanalítica** de Freud se enfoca en el componente afectivo, en particular en la culpa o ansiedad moral, por una parte, y el orgullo y la autoestima, por la otra.

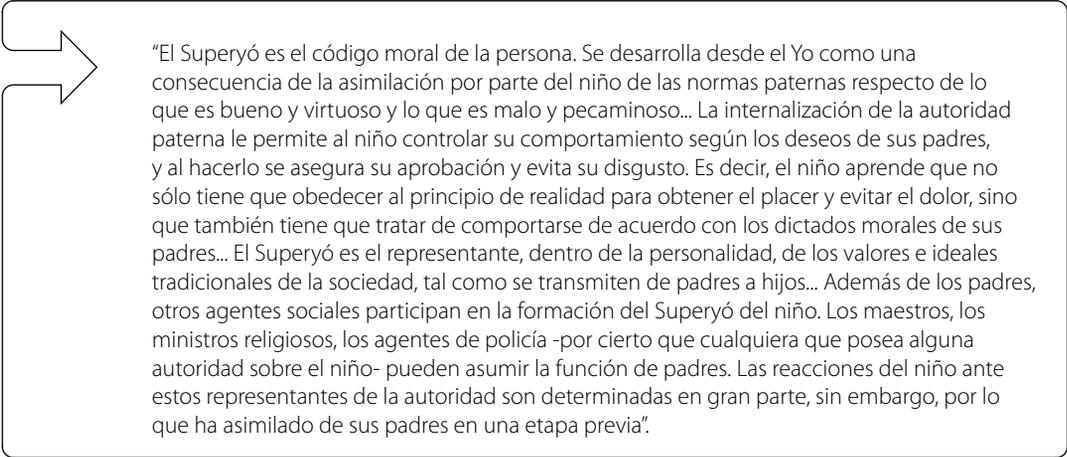
¹¹⁹ Por cierto, no todas las normas tienen la misma importancia para regular las relaciones entre los miembros de una determinada sociedad y asegurar la supervivencia y buena marcha de esta.

Hay que distinguir entre reglas o normas morales, de valor universal, (“no matarás”; “no levantarás falso testimonio ni mentirás”) y reglas o convenciones sociales, culturalmente variables y arbitrarias (cómo tomar la cuchara o el tenedor, cómo saludar y vestirse, etc.). Las reglas morales constituyen principios abstractos y generales de conducta, formulados como normas de consenso universal, y que deben ser aplicados a todo tipo de situaciones concretas. El problema está en que, si bien hay ocasiones en que su aplicación es demasiado obvia para originar desacuerdos serios (por ejemplo, no matar), hay otras en que su aplicación genera notables controversias (por ejemplo, normas relativas a la conducta sexual). A este respecto ya hizo notar Brown R. en su conocido texto de psicología social que el conocimiento y juicio moral constituye “un conjunto de reglas para evaluar conductas y no un programa de computación para generarlas”.

¹²⁰ El autor de estas páginas se ocupó con detalle de estas materias en su tesis para obtener el grado de magister en educación hace ya muchos años! La síntesis del marco teórico puede encontrarse en biblioteca PUC como “Psicología del desarrollo moral”, Documento de Estudio Nº 51. Incluye una revisión de los enfoques teóricos y autores relevantes a la época: psicoanálisis, teoría del aprendizaje, del aprendizaje social y teorías cognitivas. Los autores analizados son: Freud, Melanie Klein, Erikson, Skinner, Mowrer, Eysenck, Bandura y Walters, Aronfreed, Festinger, Piaget, Kohlberg.

- La **teoría del aprendizaje**, que se basa en el condicionamiento clásico y operante, enfatiza el componente conductual, aunque Eysenck se ocupa también de la adquisición de la culpa.¹²¹ Los ‘aprendizajistas’ enfocan la moralidad en términos de actos específicos aprendidos a base de premios y castigos, minimizando la diferencia entre socialización y desarrollo moral (la conducta y los valores morales se adquieren por los mismos procedimientos que otras conductas...).
- La **teoría del aprendizaje social** se ocupa principalmente del componente conductual, aunque asignando mayor importancia al aprendizaje observacional o modeling. Bandura estima que el desarrollo del autocontrol se ve fuertemente influenciado por los modelos que observan los niños, si bien tienen también importancia los patrones de reforzamiento directo, es decir, las medidas disciplinarias de los adultos.
- las **teorías evolutivo-cognoscitivas** de Piaget y Kohlberg se concentran en el componente cognoscitivo; también lo hace Eisenberg con su modelo de razonamiento moral pro-social. El desarrollo moral para los teóricos cognoscitivistas exige un proceso activo de organización a través del cual las cosas y los valores van cobrando una nueva dimensión. Esto es mucho más que una simple “responsividad” a la estimulación externa y al entrenamiento, o una mera internalización de principios y prescripciones.

En la psicología freudiana -como se expuso en páginas anteriores- el componente final de la personalidad y el último en desarrollarse, el Superyó -que comprende el yo-ideal y el censor o conciencia- constituye la instancia moral. Su función es la de legislar, juzgar y valorar éticamente, premiando o castigando la actuación del Yo. En palabras de Hall (1992):



“El Superyó es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el Yo como una consecuencia de la asimilación por parte del niño de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso... La internalización de la autoridad paterna le permite al niño controlar su comportamiento según los deseos de sus padres, y al hacerlo se asegura su aprobación y evita su disgusto. Es decir, el niño aprende que no sólo tiene que obedecer al principio de realidad para obtener el placer y evitar el dolor, sino que también tiene que tratar de comportarse de acuerdo con los dictados morales de sus padres... El Superyó es el representante, dentro de la personalidad, de los valores e ideales tradicionales de la sociedad, tal como se transmiten de padres a hijos... Además de los padres, otros agentes sociales participan en la formación del Superyó del niño. Los maestros, los ministros religiosos, los agentes de policía -por cierto que cualquiera que posea alguna autoridad sobre el niño- pueden asumir la función de padres. Las reacciones del niño ante estos representantes de la autoridad son determinadas en gran parte, sin embargo, por lo que ha asimilado de sus padres en una etapa previa”.

Pese a que en el siglo XX muchos psicólogos dejaron fuera de sus preocupaciones directas el estudio del desarrollo moral por diversas razones (algunos, por considerarlo “poco científico”), desde las primeras décadas se llevaron a cabo algunos trabajos influyentes. Pioneros en una

121 Para Eysenck, la conciencia es prácticamente una respuesta de ansiedad condicionada frente a cierto tipo de acciones o situaciones, aprendida dentro del paradigma pavloviano. En el niño que crece se condicionan respuestas de ansiedad a situaciones que implican agresión, sexo, etc. Si el condicionamiento ha sido suficientemente fuerte, la “conciencia” vencerá. Si, en cambio, “cae en la tentación”, una fuerte reacción de ansiedad evitará la satisfacción esperada haciendo menos probable una reacción antisocial en una próxima oportunidad. Hay diferencias individuales innatas en condicionabilidad, pero también son importantes las experiencias de condicionamiento cuando niños. Los individuos normales son adecuadamente condicionables; los psicópatas, difícilmente condicionables, ajenos a todo sentimiento de angustia y culpabilidad; los distímicos (caracterizados por depresión y ansiedad) son sobre-condicionables y adquieren sentimientos de culpa con extrema facilidad; son individuos llenos de escrúpulos y no se hacen concesiones consideradas como normales y permisibles.

aproximación rigurosa al tema fueron Hartshorne y May.¹²² Observaron el comportamiento de una gran cantidad de niños entre 11 y 14 años, en clase, en el patio, el hogar, en actividades extraescolares, etc., donde, si tenían la oportunidad de mentir, engañar, robar..., no sabían que se les podría descubrir. Utilizaron también pruebas de papel y lápiz para medir el conocimiento y juicios morales. Con sorpresa, encontraron una gran inconsistencia en la conducta de los niños (un niño hacía trampa en una situación, pero no necesariamente en otra), con lo que concluyeron que la honradez no era un rasgo general de la personalidad, sino específico a la situación. Estudios posteriores, sin embargo, han demostrado otra cosa, aclarando que tanto la **conciencia** del individuo como la **situación** determinan los diferentes aspectos de la conducta moral, siendo algunos sujetos mucho más consistentes que otros.

Piaget publicó en 1932 “El criterio moral en el niño”, ejerciendo una decisiva influencia en los autores posteriores interesados en el tema y realizó más tarde un importante trabajo en el área para la UNESCO. Llevó a cabo tres grupos de valiosas observaciones (que corresponden a los capítulos de su libro):

1. La práctica y la conciencia de las **reglas**: eligió el juego de las bolitas (canicas). Pedía a niños de distintas edades que le enseñaran a jugar, preguntándoles, además, cosas tales como quién inventó las reglas, si se podían cambiar, etc.
2. Los **juicios morales** en los niños: juicios en torno a torpezas y robos; definición y contenido de las mentiras. Relataba a los niños pares de historietas que terminaban con los resultados de alguna torpeza: en una de ellas, las consecuencias eran totalmente fortuitas y fruto de una acción bien intencionada, pero originaban un daño material apreciable; en la otra, el daño material resultante era sin importancia, pero provenía de una acción mal intencionada. Para las mentiras, en una de las historias había una inexactitud seriamente divergente con la realidad, pero dicha sin mala intención; en la otra, el error era pequeño, pero dicho con clara intención de engañar.
3. La noción de **justicia** e ideas acerca del **castigo**: a base de historias, nuevamente, el niño debía decidir sobre la justicia de diversos castigos que se aplicaban al infractor; También estudió la **responsabilidad colectiva**: el niño debía determinar si era justo castigar a todo el grupo cuando uno de sus miembros había cometido una falta, siendo desconocida la identidad para quien debía sancionar. Se interesó en una serie de otros aspectos relativos a la justicia, como la **justicia entre los niños** y la **justicia inmanente**, la creencia acerca de castigos automáticos que emanan de las cosas mismas.

Como un ejemplo de sus interesantes hallazgos, en relación a historias como la del niño pequeño que le esconde el pan y la manzana a aquél mayor que le pegaba, los niños encontraron justa dicha conducta en las siguientes proporciones:

Edad	6	7	8	9	10	11	12
%	19	33	65	72	87	91	95

Una síntesis de parte de los hallazgos de Piaget en la materia, puede concluir que, el desarrollo del juicio moral implica una progresión desde un estadio inicial en que las relaciones sociales se caracterizan por **heteronimia** heteronomía y **coerción**, con una actitud de respeto unilateral

¹²² Hartshorne, H. & May, M. “Studies in the nature of character”. Macmillan, N. York, 1928-1930:

Vol.1. Studies in deceit.

Vol.2. Studies in self-control.

Vol.3. Studies in the organization of character.

del niño hacia el adulto y una aceptación de las reglas como sagradas, hasta una etapa en que las relaciones sociales se caracterizan por **autonomía** y **cooperación**, con una actitud de respeto mutuo, una aceptación de las reglas como obligatorias de mutuo acuerdo más que por alguna cualidad intrínsecamente coercitiva de las mismas o como inmutablemente dadas por una autoridad. “Heteronomía” es definida en los diccionarios de la lengua como “condición de la voluntad que se rige por imperativos que están fuera de ella misma”.

En lo que concierne específicamente a la conciencia de las **reglas**, encontró 3 etapas:

1. Hasta los 4 años la regla es sólo motriz, independiente de toda relación social.
2. Entre 5 y 9, la regla es coercitiva, debido al respeto unilateral; es sagrada, intocable, de origen adulto y de esencia eterna.
3. Entre 10 y 12 años, la regla es racional, debido al respeto mutuo; debe acatarse necesariamente si se quiere ser leal, pero por acuerdo puede cambiarse.

Para la definición de lo que es una **mentira** también encontró 3 etapas diferentes:

1. Hasta los 6 años se da una definición puramente realista: es “una palabra mala”; sin embargo, el niño reconoce perfectamente la mentira.
2. Desde los 6-7 hasta los 10, la definición es más avanzada: “una cosa que no es verdad”, pero sin distinguir una traición voluntaria a la verdad de una equivocación involuntaria.
3. Entre los 10-12 años: definiciones correctas que incluyen la idea de que la mentira es una afirmación intencionalmente contraria a la verdad.

Para los más pequeños (promedio 7 años) la gravedad de una mentira se mide por el grado de inverosimilitud de la afirmación. No se considera la intención. Es más grave si se le dice a un adulto que a otro niño. Este es el período de la **responsabilidad objetiva** o externa: se juzgan los actos según su resultado material, no tomando en cuenta las intenciones (romper 15 tazas casualmente es mucho peor que romper una taza al querer robar mermelada).

Para los niños mayores (promedio 10 años) la gravedad moral de la mentira se mide por la intención en disimular el carácter engañoso de la afirmación. Es igualmente grave si se le dice a un adulto que a un niño. Es el período de la **responsabilidad subjetiva** o interna. Al juzgar los actos se tienen en cuenta las intenciones.

En cuanto al desarrollo de la noción de **justicia**, se da una oposición entre dos tipos de respeto y, en consecuencia, entre dos morales:

- La de la obligación o **heterónoma**: moral autoritaria, del deber y la obediencia, que lleva a la confusión de aquello que es justo con el contenido de la ley establecida y a la aceptación de la sanción expiatoria.
- La de la cooperación o **autónoma**: la moral del respeto mutuo, que lleva al desarrollo de la noción de igualdad, constitutiva de la justicia distributiva y de la reciprocidad.

Los niños más pequeños son partidarios, por lo general, de las sanciones expiatorias, en que se da una arbitrariedad o carencia de relación entre el contenido de la sanción y la naturaleza del acto castigado. Los mayores, de las sanciones por reciprocidad, en que hay relación y proporcionalidad entre la falta y el castigo. Referente a la responsabilidad colectiva, los niños

más pequeños piensan en la necesidad absoluta de la sanción, que los lleva a exigir un castigo para todos antes que dejar escapar al culpable. En los mayores pasa a primar la solidaridad con el grupo.

La creencia en la justicia inmanente¹²³ disminuye con la edad. De un 86% de niños que creen en ella a los 6 años, sólo un 34% lo hace a los 11-12 años. Por otra parte, para los niños mayores la justicia distributiva sobrepasa a la retributiva:¹²⁴ el 70% de los niños de 6 a 9 años y tan sólo el 40% de los de 10 a 13 aprueban que la mamá quiera más y le dé un pedazo de torta más grande a la niña más obediente. La justicia igualitaria se desarrolla con la edad y a expensas de la sumisión a la autoridad adulta: si el papá manda más al hijo que se queja menos -en relación al hermano que siempre protesta cuando se le dan órdenes- los niños pequeños se inclinan claramente por la autoridad y tienden siempre a encontrar justo lo que ha sido ordenado. Los niños mayores, en cambio, partidarios de la igualdad, encuentran injusto el proceder de ese papá.



Entre las críticas que se han hecho a Piaget está la de haber ignorado los elementos no cognitivos, emocionales, en el desarrollo moral. Por otra parte, junto con reconocer sus ingeniosas observaciones, se dice que puso excesivo énfasis en los aspectos negativos de la autoridad de los padres y adultos, desconociendo que la disciplina impuesta desde fuera es una preparación necesaria para la autodisciplina. Por otra parte, al no extender los estudios más allá de los doce años, no logró encarar el desarrollo de la verdadera autonomía, la cual emerge propiamente durante la adolescencia.

El psicólogo social y cognitivo-evolutivo estadounidense **Lawrence Kohlberg**, cuyos niveles y estadios del desarrollo moral se muestran en **fig.6.2**, inspirado inicialmente en Piaget, desarrolló una teoría multidimensional, la más influyente en el área, abarcando también la adolescencia y adultez. Se doctoró en 1958 en Chicago con un trabajo sobre el desarrollo de los modos de pensamiento y de elecciones morales entre los diez y dieciséis años. Enseñó e investigó en las universidades de Yale, Chicago y, más tarde, en Harvard.

Nivel moral	Descripción	Estadios
I - Pre-conventional	Se respetan las normas sólo por las consecuencias (premio o castigo) o por el poder físico de quienes las establecen. Es un nivel de pre-moralidad o de automatismos culturales.	<ol style="list-style-type: none"> Obediencia Se obedece para evitar el castigo. Pragmatismo Se obedece o se actúa según la propia conveniencia.

¹²³ Castigos automáticos que emanan de las cosas o circunstancias mismas y que, de no haber ocurrido la trasgresión, no se habrían producido: el caso del niño que dice una mentira y después se cae y rompe un brazo.

¹²⁴ La justicia retributiva se refiere a la creencia de que cada uno debería ser recompensado estrictamente de acuerdo a sus merecimientos. La distributiva, a la idea de que la norma debiera ser siempre la igualdad de trato.

<p>II - Convencional</p>	<p>Se actúa de acuerdo con las normas colectivas, que se admiten como convención, sin crítica, y se trata de obrar según esperan los demás que se obre.</p> <p>Es un nivel en que la sociedad pesa más que el individuo.</p>	<p>3. Concordancia Se considera bueno lo que acepta la colectividad y los modelos alabados socialmente.</p> <p>4. Ley y orden Se considera correcto lo legal y lo que no altera el orden.</p>
<p>III - Post-convencional</p>	<p>Se definen valores y principios de validez universal y se considera correcta moralmente la conducta que está de acuerdo con estos principios.</p>	<p>5. Consenso social La referencia son los derechos de los demás comúnmente reconocidos (derechos humanos).</p> <p>6. Principios universales Lo recto y lo justo se define por la decisión personal de la conciencia, según principios universales, como la dignidad del hombre, la justicia,</p>

Fig. 6.2 Niveles y estadios de desarrollo moral, según Kohlberg.

La unidad fundamental en la organización y el desarrollo de la personalidad es para Kohlberg el **ego o self**.¹²⁵ Si bien el desarrollo social comprende diferentes aspectos (moral, psicosexual, afectivo...), todos se relacionan por su común referencia a un único concepto de self en un único mundo social. El **desarrollo social** es, en esencia:

1. La reestructuración del concepto del self.
2. En su relación con los conceptos de las otras personas.
3. Concebidas como participantes en un mundo social común, con criterios y normas sociales.

Junto a las variables del desarrollo social dependientes del desarrollo cognitivo general, hay otras que obedecen a un factor de ‘madurez del ego’. **La madurez cognitiva es una condición necesaria, pero no suficiente, para el razonamiento moral maduro.** El funcionamiento afectivo y cognitivo no constituyen esferas distintas y separadas, sino perspectivas diferentes. A mayor madurez moral del self, mayor consistencia entre ambas perspectivas, y con la conducta externa.

El supuesto cognitivo-evolutivo de la teoría es que la estructura mental básica es el resultado de la interacción de tendencias orgánicas estructuradoras con la estructura del mundo externo, más que el reflejo directo de una u otra. Tal interacción lleva a los **estadios** que representan transformaciones de las estructuras cognitivas tempranas al ser aplicadas (o al “asimilar”) al mundo externo, y su acomodación -o reestructuración por el mundo externo- como consecuencia de aplicarse a este. El niño pasa a través de estadios **cuantitativamente** diferentes, no pudiendo sus modos básicos ser sólo el resultado de la enseñanza adulta: serían, en ese caso, una copia del pensamiento adulto, desde un comienzo. Tampoco responden a una programación innata, como la base maduracional del desarrollo postural-motor.

125 Kohlberg, L. “Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization”. En D.A.Goslin (ed.): Handbook of socialization, theory and research”. Rand McNally, Chicago, 1971.

Kohlberg, L. “The child as a moral philosopher”. En G.Davis & T. Warren (eds): Psychology of education: new looks”. D.C.Heath & Co. Lexington, USA, 1974.

Kohlberg, L. “The cognitive-developmental approach to moral education”. Phi Delta Kappa, June, 670-7, 1975.

concepción interaccionista de estadios es diferente de una maduracional, ya que **la experiencia es fundamental** para que los estadios tomen la forma que los caracteriza. La experiencia no se impone por sí sola, sino que depende de la actividad organizadora y estructurante del sujeto. Una mejor o más rica estimulación llevará a una evolución más rápida en la secuencia. Factores culturales y ambientales en interacción con capacidades innatas pueden hacer que un niño o un grupo de niños logren un determinado nivel de desarrollo antes que otros, sin embargo, todos siguen la misma secuencia. Entre sus numerosas investigaciones, Kohlberg llevó a cabo un cuidadoso estudio de seguimiento a 75 jóvenes a lo largo de 12 años (desde que tenían 10-16 años hasta 22-28), junto a una serie de estudios comparativos entre diferentes culturas. Considera sus niveles y estadios (**fig. 6.2**) como “filosofías morales separadas” o “puntos de vista distintos del mundo socio-moral”. Para determinar tales niveles y estadios, analizó y clasificó las respuestas abiertas de los niños y adolescentes a una serie de dilemas morales hipotéticos, algunos sacados de obras medievales de casuística. La definición precisa de cada estadio se hace en referencia a 25 aspectos o “conceptos morales básicos” que parecen estar presentes en cualquier sociedad y que obedecen a los siguientes rubros: **valor, elección, sanciones, motivos, reglas, derechos, autoridad, justicia**. Cada uno de los 25 conceptos morales básicos es definido y usado de manera diferente según la persona esté en el estadio 1, 3 ó 6.

Por ejemplo, **motivos para obedecer las reglas:**

ESTADIO

1. Para evitar el castigo.
2. Hay que conformarse con ellas para obtener recompensas y para que a uno le devuelvan los favores.
3. Para evitar la desaprobación o el disgusto de los demás.
4. Para evitar la censura de las autoridades legítimas y la culpa consiguiente.
5. Para mantener el respeto del observador imparcial, juzgando en términos del bienestar de la comunidad.
6. Para evitar la autocensura.

Con relación al **valor de la vida humana:**

ESTADIO

1. Se confunde con el valor de los objetos físicos y se basa en el estatus social o los atributos físicos.
2. Se ve como instrumental para la satisfacción de necesidades propias o de otros.
3. Se basa en la empatía y el afecto de los miembros de la familia y de los demás.
4. Se concibe como sagrada, según su lugar en un orden moral o religioso categórico de derechos y obligaciones.
5. Es valiosa por su relación con el bienestar de la comunidad y por ser un derecho humano universal.
6. Es representativa de un valor humano universal de respeto por el individuo.

Si bien los estadios de madurez moral siguen una secuencia y se relacionan con la edad, no hay que pensar que los superiores reemplazan totalmente a los más tempranos. A este respecto, Kohlberg considera su esquema una **tipología**, porque aproximadamente el 50% del parecer de las personas está a nivel de uno de los estadios: quien “funciona” a nivel del 4º,

puede, ocasionalmente, emitir juicios de los estadios 2 y 1. Si bien la tendencia general es a subir de estadio con el aumento de edad, no todas las personas pasan por toda la secuencia. Se ha constatado que, en general, a los **10 años** los tipos de juicios usados, en orden descendiente de frecuencia, corresponden a los estadios 1, 2, 3, y 4 (muy raramente, 5 ó 6). A los **13 años** el orden es: 4, 3, 5, 2, 1, 6. Más allá de los **16 años** hay un relativo aumento de respuestas correspondientes a estadios 5 y 6. Ello depende, en parte, del desarrollo intelectual, que posibilita -pero no garantiza- un funcionamiento a niveles superiores.

Explica Kohlberg (1974):



“Los mundos sociales de todos los hombres parecen tener las mismas estructuras. Todas las sociedades que hemos estudiado tienen las mismas instituciones básicas: familia, economía, leyes, gobierno. Además, todas las sociedades son similares, porque son sociedades: sistemas de roles complementarios definidos. Para desempeñar un rol en la familia, la escuela o la sociedad, el niño debe, implícitamente, asumir el rol de otros hacia él y hacia los demás del grupo. Esta tendencia a la asunción de roles forma la base de todas las instituciones sociales. Representa variadas pautas de expectativas compartidas o complementarias”.

“En los niveles convencional y pre-convencional, el contenido moral o valor es muy accidental o ligado a la cultura. Cualquier cosa, desde la ‘honestidad’ hasta el ‘valor en el combate’ puede ser el valor central. En el nivel post-convencional superior, en cambio, Sócrates, Lincoln, Thoreau y Martin Luther King tienden a hablar la misma lengua”.

“La psicología conductista y el psicoanálisis han defendido el filisteo¹²⁶ punto de vista de que las lindas palabras morales son una cosa y las acciones morales, otra. El razonamiento moral maduro es un asunto distinto y no depende de las ‘lindas palabras’. El individuo que entiende la justicia es más probable que la practique”.

“En nuestros estudios hemos descubierto que los jóvenes que entienden la justicia actúan más justamente y el hombre que entiende la justicia ayuda a crear un clima moral que va más allá de sus actos inmediatos y personales: la sociedad universal es la beneficiada”.¹²⁷

Gardner (2001) en su nuevo libro sobre las inteligencias múltiples¹²⁸ se pregunta si existe una “inteligencia moral”. Analiza una serie de características típicas de las personas que se destacan por lo que se podría entender como ese tipo de inteligencia, entre ellas, la “facilidad para reconocer cuestiones relacionadas con el carácter sagrado de la vida en sus diversas facetas”. Concluye que la moralidad no es, en sí misma, una inteligencia especial. Constituye más bien **“una expresión de la personalidad, la individualidad, la voluntad o el carácter y, en los casos más afortunados, de la realización más elevada de la naturaleza humana”.**

126 “Filisteo”, en sentido figurado, “dícese de la persona de espíritu vulgar, de escasos conocimientos y poca sensibilidad artística o literaria”. Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia.

127 En el punto anterior ya nos ocupamos del tema de la agresión, autocontrol y, específicamente, de la violencia escolar. La formación valórica y todo aquello a que apuntan los objetivos transversales cobran especial relevancia a la luz de las constantes noticias de conductas agresivas y violentas al interior de los establecimientos escolares.

La otra cara de la moneda tiene que ver con “la acción coordinada sobre los malos tratos infantiles y el papel que la escuela desempeña en la perpetuación de la violencia”, como queda de manifiesto en los agudos análisis que llevan a cabo las autoras de “La violencia en el sistema educativo. Del daño que las escuelas causan a los niños”. Ross Epp, J. y Watkinson, A.M.(eds.). Edit. La Muralla, Madrid, 1999.

128 Howard Gardner: “La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI”. Cap. 5: “¿Existe una inteligencia moral?”. Paidós 2001. (Original en inglés, 1999).

Los casos más extraordinarios de realización personal que, en términos de Kohlberg, han contribuido a “crear un clima moral que va más allá de sus actos inmediatos y personales”, y gracias a quienes “la sociedad universal es la beneficiada” (piénsese en Martin Luther King, Mahatma Gandhi, Teresa de Calcuta, Alberto Hurtado, el Cardenal Silva Henríquez...), estuvieron dotados de una gran capacidad intelectual, una excepcional sensibilidad social y privilegiada inteligencia interpersonal. Son todos ellos exponentes de un desarrollo moral de nivel post-convencional que atesora lo más noble que puede inspirar al ser humano.

La teoría de Kohlberg ha estimulado una gran cantidad de investigaciones hasta nuestros días, pero también ha sido objeto de críticas. Se ha argumentado que los dilemas morales que utilizó resultan poco familiares a los entrevistados y ajenos a sus experiencias cotidianas; que es una teoría sexista, ya que se privilegia el punto de vista masculino¹²⁹; que no establece una distinción clara entre reglas o convenciones sociales y reglas propiamente morales; que presenta incoherencias entre lo que “es” y lo que “debe ser”. El lector puede ahondar en tales críticas, entre otros, en Leahey y Harris (1998) y Gross (1998).

Nancy Eisenberg¹³⁰, también representante del enfoque cognitivo-evolutivo en el estudio del desarrollo moral, se ha orientado al **razonamiento moral pro social** en los dilemas morales que propone a los niños, que implican conflictos entre los propios deseos y necesidades con los de otras personas, y no conflictos entre alguna regla y el sentido de lo correcto e incorrecto, según se respete o viole. En sus trabajos sobre el altruismo y las conductas cooperativas llevados a cabo desde los años `80, ha identificado seis etapas en el razonamiento moral pro social.

Para Clarizio y McCoy (1981) -varios de cuyos aportes sobre los problemas del desarrollo hemos acogido en este capítulo- los resultados de una **buena adaptación en el ámbito del desarrollo moral** se ponen de manifiesto, entre otras cosas, en las reacciones emocionales realistas frente a las faltas y transgresiones, en sentimientos de autosatisfacción e interés por los demás. Clarizio y McCoy comparten las ideas de otros estudiosos en el área y concluyen:



“El individuo que se caracteriza por un desarrollo moral óptimo es espontáneo, natural y libre de sentimientos irracionales de culpabilidad. Está en buenas relaciones consigo mismo y la sociedad, y experimenta sentimientos de autosatisfacción cuando actúa de modo congruente con sus principios morales. Tiene una conducta constructiva y ética. Respeta a los demás (en contraste con la orientación: ‘¡primero, yo!’) y se ajusta a sus sentimientos. Posee principios morales firmemente establecidos, que aplica de modo flexible y realista”.

129 Carol Gilligan ha salido al paso al hallazgo de que las mujeres puntúan menos que los hombres en las escalas de Kohlberg. Como aclaran tanto Gross (1998) como Leahey y Harris (1998), entre otras cosas, tales escalas están basadas en las pruebas iniciales y el seguimiento de 84 varones, llevando a una concepción sesgada de la moralidad. La esencia de la moralidad, según la investigadora, es diferente para ambos sexos, lo que se deriva de pautas de crianza diferentes. A los varones se les socializa a ser independientes y a orientarse a logros, por lo que les interesa lo relativo a una retribución justa, la igualdad de trato y la aplicación de principios abstractos para resolver los conflictos. A las mujeres se les socializa para cuidar y nutrir, y para mantener un sentido de responsabilidad hacia los demás.

Avaló sus conclusiones en investigaciones llevadas a cabo con mujeres que enfrentaban dilemas reales y con sentido en sus vidas (por ej., relativos al embarazo). Gilligan demostró que la moralidad de las mujeres en ningún caso es deficiente, sino diferente:

Gilligan, C. In a different voice: women's conception of self and morality. Harvard Educational Review, 47, 481-517, 1977.

Gilligan, C. Women's place in man's life cycle. Harvard Educ. Review, 59, 431-436, 1979.

Gilligan, C. In a different voice: psychological theory and women's development. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1982.

130 Eisenberg, N. The development of prosocial behavior. Academic Press, New York, 1982.

Varias de las alteraciones de la personalidad se asocian a problemas en el área del desarrollo moral. Por lo pronto, el trastorno antisocial o disocial de la personalidad y los trastornos disociales del desarrollo, en que se dan patrones repetitivos y persistentes de comportamiento con que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes. Se trata de personas que obtienen puntajes altos en la escala **P** de Eysenck.

Sin llegar a situaciones extremas que, en algunos casos corresponden a patologías francamente psicóticas en que se carece de juicio moral a causa de la alteración del sentido de la realidad, también las personas “normales” presentan diferencias -a veces notables- en cuestiones que son objeto de evaluación moral y que afectan seriamente a otros. Entre ellas, el acatamiento de aquellas normas que regulan los aspectos básicos de la convivencia, el respeto de los derechos y dignidad de todas las personas, el cumplimiento de las promesas, el sentido de responsabilidad en las tareas que a cada cual le conciernen, la veracidad, la justicia, etc. Las violaciones graves a este tipo de cuestiones se evidencian también en la pobreza y la injusticia social (por ejemplo, en la distribución del ingreso, en que unos pocos se llevan mucho), la corrupción, la extorsión, la usura, la estafa y el engaño, la discriminación, el terrorismo, el fanatismo y abusos de naturaleza variada.

Desde el punto de vista pedagógico y psicopedagógico, en consecuencia, el desarrollo moral constituye un aspecto medular en el desarrollo personal y social, como se afirmó al comienzo de este apartado. Los vicios antes mencionados son muestra de las graves deficiencias en el área que acusa la sociedad adulta.

Inman y Buck (1998)¹³¹, educadores ingleses que se han ocupado con detalle de cuestiones curriculares y evaluativas concernientes al **desarrollo personal y social** de los alumnos, estiman que el desarrollo **moral** debe incluir:

- Comprensión de valores tales como: ser veraz, cumplimiento de las promesas, respeto de los derechos de otros, actuar de manera considerada, ayudar a las personas, asumir las responsabilidades personales, el desarrollo de la autodisciplina.
- La habilidad para entender la diferencia entre lo correcto y lo incorrecto, el bien y el mal.
- Rechazo al matonaje, a hacer trampa, al engaño, a la crueldad, a la irresponsabilidad, a la deshonestidad.
- Conocimiento de los códigos y convenciones en la sociedad.
- La voluntad de comportarse moralmente como una cuestión de principios.

Los autores desglosan el área personal-social en cuatro sub-aspectos: **desarrollo espiritual, moral, social y cultural**. Para cada uno de ellos definen:

1. El **conocimiento** y la **comprensión** que se espera alcancen los alumnos.
2. Las **habilidades** que debieran manifestar.
3. Las **actitudes** y **valores** correspondientes.

No podemos ocuparnos de tales aspectos, pese a la importancia que revisten, pero vale la pena citar un problema específico. Si en la escuela se está trabajando, por ejemplo, el problema del **matonaje y la intimidación**, proponen diferentes actividades para la consecución de logros en

131 Sally Inman & Martin Buck: "Learning outcomes for personal and social development". En S. Inman, M. Buck & H. Burke (eds): "Assessing personal and social development. Measuring the unmeasurable?". Falmer Press, London, 1998.

Recomendamos este libro a los profesores interesados en fortalecer su labor en relación a los "objetivos transversales" en la escuela.

el aprendizaje que apuntan al rechazo del matonaje. Entre ellas, analizar en grupos de 5 ó 6 alumnos objetos que se utilizan para la extorsión y el abuso de poder. Un trabajo efectivo para conocer y atacar de manera efectiva este problema (u otros, como la violencia intrafamiliar) exige a los maestros **especificar logros explícitos de aprendizaje**. Tales logros serían:

1. Conocimiento y comprensión:

- Mayor auto conocimiento y comprensión de las propias actitudes y creencias en cuanto a qué es el matonaje, la intimidación; quiénes son los ‘matones’; quiénes suelen ser las ‘víctimas’; qué se podría hacer en torno a ello.
- Mayor conocimiento y comprensión de las variedades de matonaje, sus diferentes formas y contextos; toma de conciencia de cómo la gente intimida a otros.
- Mejor comprensión de porqué algunas personas abusan de otras, los efectos de ese comportamiento en las víctimas, en los demás y en el “matón”.

2. Habilidades:

- Articular de mejor manera actitudes y puntos de vista sobre la materia y respeto por los puntos de vista y experiencias de otros.
- Asumir responsabilidad de las propias acciones.
- Establecer y mantener relaciones interpersonales eficaces.

3. Actitudes:

- Compromiso para tratar a los demás con rectitud y justicia.
- Propósito para demostrar consistencia entre actitudes y conducta.
- Demostrar respeto por las creencias de los otros.

Finalmente, entre los “lineamientos o medidas de acción” que proponen diversos autores para el trabajo con los niños en el área del desarrollo moral, está el de estimular los juicios morales: más que “sermonear”, promover discusiones y debates que clarifiquen ideas, situando las explicaciones ligeramente por encima del nivel de desarrollo moral del estudiante. Además, ayudar a los niños excesivamente perfeccionistas a que reduzcan sus tensiones. Junto con “predicar con el ejemplo”, valorar de manera sistemática el altruismo, la franqueza e integridad.

Raths, Harmin y Simon¹³² afirman que corrientemente los problemas infantiles (en especial los de conducta en la escuela) se atribuyen a “dificultades emocionales” o “problemas de CI”. Basados en su experiencia e investigaciones, estiman, en cambio, que “varios tipos de problemas que los niños presentan con frecuencia -en la escuela y en el hogar- pueden atribuirse, sin duda alguna, a los valores o, con más precisión, a la **falta** de valores”.

Entre los **patrones de conducta** que muestran quienes “presentan confusión sobre la relación que hay entre su existencia y el mundo que los rodea, o que no saben enfrentar la vida con un propósito definido, de manera consistente, sin contradicciones”, nombran los siguientes:

132 Raths, L.E., Harmin, M. & Simon, S.B. “El sentido de los valores y la enseñanza: cómo emplear los valores en el salón de clases”. UTEHA, México, 1967. Se trata de un libro antiguo, pero plenamente vigente. Los autores critican los enfoques tradicionales para fomentar valores, muy arraigados en la práctica pedagógica, y desarrollan 21 estrategias para el adulto que quiera ayudar a los niños a adquirir y desarrollar valores. El libro trae muchos ejemplos.

- La persona apática, distraída, indiferente.
- La persona voluble.
- La muy insegura, vacilante.
- La muy inconsistente.
- La persona sin metas ni rumbo fijo.
- La persona exageradamente conformista.
- La persona que habitualmente se opone a todo.
- La persona que “interpreta papeles”, que actúa aparentando otra personalidad distinta a la propia.

El libro de estos autores es rico en teoría y estrategias para el trabajo en clarificación de valores con niños y adolescentes. Los patrones de conducta antes mencionados enriquecen la perspectiva psicopedagógica de este libro ya que constituyen otra faceta para entender algunas de las barreras que obstaculizan el aprendizaje y la participación.

Motivos, aspiraciones y motivación de logro

Para poder entender la conducta humana -incluida la anormal y desadaptada- hay que tener en cuenta qué la motiva y dinamiza. Ello no siempre resulta fácil: los motivos, en sí, no son directamente observables. Sin embargo, los educadores aprecian claramente la conducta motivada -por lo general restringiéndose al plano académico- y es así como suelen distinguir entre alumnos “motivados” y alumnos “desmotivados”. El tema representa un punto de vista enriquecedor para caracterizar mejor la diversidad en el aula y también ha sido incluido dentro de los problemas frecuentes del desarrollo.

La **motivación**¹³³ tiene que ver con aquellos factores que dirigen y vitalizan el comportamiento, determinando el grado de energía con que se realizan las cosas. “Motivación” en Psicología constituye un término genérico que alude a la **regulación del comportamiento que apunta a la satisfacción de necesidades o que persigue metas**: incluye procesos de **iniciación**, de **dirección** y de **empuje** de las conductas. Como el placer y el dolor, los anhelos y temores, la satisfacción y frustraciones, etc. están íntimamente relacionados con los éxitos o fracasos de la conducta motivada, existe una muy estrecha relación entre **motivación** y **emoción**. La motivación se manifiesta en una amplia gama de respuestas fisiológicas y conductas psicológicas que afectan decididamente la percepción, el aprendizaje y el rendimiento. **Cada motivo o tendencia es la vivencia de alguna necesidad**: sentimos defectos o carencias que queremos satisfacer.

Las necesidades son tan variadas que el observador puede engañarse en cuanto al real motivo que explica una conducta determinada. En los contextos psicopedagógicos es frecuente la afirmación de que a tal o cual niño “le falta motivación”, porque, por ejemplo, no estudia o se queda dormido en clases. En este último caso, ese niño está posiblemente satisfaciendo una necesidad fisiológica más importante para él en ese momento que necesidades de tipo cognoscitivo.

¹³³ Motivación, motivo, motivador... del latín, “movere” = mover. Lo que mueve o tiene virtud para mover.



Fig. 6.3. La jerarquía de las necesidades de Maslow.

La **fig. 6.3** muestra la conocida **jerarquía de necesidades de Maslow**. La pirámide es una metáfora que quiere indicar que las necesidades inferiores de la jerarquía deben satisfacerse antes de poder atender a las necesidades superiores. Según **Maslow**¹³⁴, las 4 primeras necesidades tienen que ver con deficiencias del organismo (necesidades **D** o de déficit), “agujeros vacíos” que se deben llenar. Una vez cumplidas las necesidades **fisiológicas** (alimento, agua, oxígeno, descanso, regulación de la temperatura), es imperioso satisfacer la de **seguridad o protección** (frente a amenazas, tanto físicas, por ejemplo, enfermedad, como psicológicas, por ejemplo, temor a lo desconocido). Gracias a ello será posible satisfacer la necesidad de **amor, afecto y pertenencia** (recibir y dar amor y afecto; aceptación y confianza; ser parte del grupo familiar, laboral, de amistad). Lo anterior permitiría la satisfacción de la necesidad de **estima, valía y auto respeto** (estima, respeto de los demás y prestigio, que posibilitan el propio respeto y sentido de competencia y logro).

La satisfacción de estas 4 primeras necesidades hace posible una real y armónica satisfacción de los **motivos de crecimiento** del ser (o motivos **B**), que tienen que ver con las **necesidades**

¹³⁴ Abraham Harold Maslow nació en N. York en 1908 y murió en California en 1970. Fue un gran impulsor y uno de los fundadores de la psicología humanista, a la que él mismo denominó la “tercera fuerza” en Psicología (en relación al psicoanálisis y el conductismo), encaminada a una rehumanización de la ciencia psicológica. Hacia fines de los años 50, fundó junto a Carl R. Rogers, Kurt Goldstein y Charlotte Bühler (la psicóloga de la niñez, esposa de Karl Bühler) la Asociación Americana de Psicología Humanista.

Maslow se doctoró en la U. de Wisconsin y trabajó en el Teachers College de la U. de Columbia, en el Brooklyn College y en la U. Brandeis de Waltham en Massachusetts. Según apuntan Bonin (1993) y Sahakian (1980), centró su interés en la auto realización y en el desarrollo del verdadero self. Impulsó la teoría del aprendizaje intrínseco como un proceso mediante el cual uno aprende a convertirse en persona. Veía en las necesidades el motivo de las acciones, que están articuladas jerárquicamente. Para él, la autorrealización es un objetivo espiritual inherente a todos.

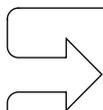
Maslow, A. Motivation and personality. Harper & Row, New York 1978 (3ªed.).

Maslow, A. Towards a psychology of being. Van Nostrand-Reinhold, New York, 1968 (2ªed.).

cognoscitivas (conocer, comprender, captar el significado, curiosidad, exploración), **necesidades estéticas** (belleza, equilibrio, simetría, orden, forma y color, en el arte y la naturaleza) y -la de más alto nivel- la **auto realización** (que apunta a un estado de satisfacción consigo mismo al poder desarrollar el máximo potencial: “volverse todo aquello que se es capaz de ser”). Maslow afirmaba (citado en Sahakian, 1980):



“...las experiencias de aprendizaje válido para el perfeccionamiento personal, el auto desarrollo o la auto realización son de un carácter muy diferente de aquellas otras experiencias útiles en la adquisición de hábitos mecánicos... En mi vida personal, tales experiencias han sido mucho más significativas que las clases, la asistencia a conferencias, el aprendizaje memorístico de los doce nervios del cráneo o de la anatomía del cerebro humano.... Experiencias como la de tener un hijo han significado mucho para mí. Nuestro primer hijo me ha transformado como psicólogo, hasta el punto de producirme un rechazo visceral a las corrientes conductistas en las cuales tan ingenuamente he creído durante el período de mi formación académica. Con el nacimiento del segundo hijo he descubierto que existen profundas diferencias entre las personas, inclusive antes del nacimiento, y he llegado a la conclusión de que me resulta imposible aceptar una psicología del aprendizaje que afirma que una persona puede enseñar cualquier cosa a cualquiera. Cuando J. B. Watson defiende la teoría, con la cual no concuerdo, de ‘dame dos recién nacidos y haré que uno sea tal cosa y el otro tal otra’, habla como si no hubiera tenido nunca un hijo. Sabemos, con toda seguridad que un padre no puede hacer de su hijo lo que quiera. Los niños llegan a ser algo por sí mismos”.



La teoría de la jerarquía de las necesidades sirve para recordar a profesores y papás que la “falta de motivación” que se observa a veces en los niños puede obedecer, en parte, a que no se han alimentado como debieran, a timidez, a miedos, inseguridad, al hecho de sentirse rechazados o aceptados a medias, a sentimientos de incompetencia, etc.

Así como Maslow distingue entre motivaciones de déficit y de crecimiento, numerosos psicólogos han clasificado los motivos y necesidades humanas en diferentes niveles. Entre otros, **E.R. Hilgard** (1971), conocido por sus aportes en el análisis de las teorías del aprendizaje, quien distingue entre motivos

- **De supervivencia** (necesidad de agua, alimento...).
- **Sociales** (maternal, dependencia y afiliación, dominación y sumisión, sexo, agresión...).
- **Ego integradores** (logro, realización, autonomía del yo...).

Lersch (1966), en su notable descripción y análisis de las vivencias pulsionales (como denomina a las motivaciones: traducción del término relacionada con “impulso”, “propulsión”), distingue entre **tendencias** -propias del ser humano- e **instintos**, característicos de los animales. En el hombre cuando se habla de instintos se suele hacer referencia a aquellas tendencias que se tienen en común con los animales.

Concibe la personalidad estructurada en estratos o capas (habla de la “tectónica de la persona”). Las 3 capas diferenciadas “descansan una sobre otra, hallándose la superior siempre apoyada

sobre la inmediatamente inferior". A diferencia de las capas geológicas, estas constituyen una "totalidad integrativa cuyas partes se condicionan y compenetran mutuamente":

1. El **fondo vital**, que corresponde al acontecer orgánico como condición para la vida psíquica.
2. El **sustrato endotímico**: aquí se ubican los apetitos y tendencias, las vivencias afectivas, estados de ánimo.
3. La **supra estructura personal** o estructura superior de la persona: pensamiento y voluntad consciente.

Junto a esta estratificación **vertical**, se da la articulación **horizontal**, que se expresa en el "circuito funcional de la vivencia", y que define las relaciones con el mundo (**fig. 6.4**):

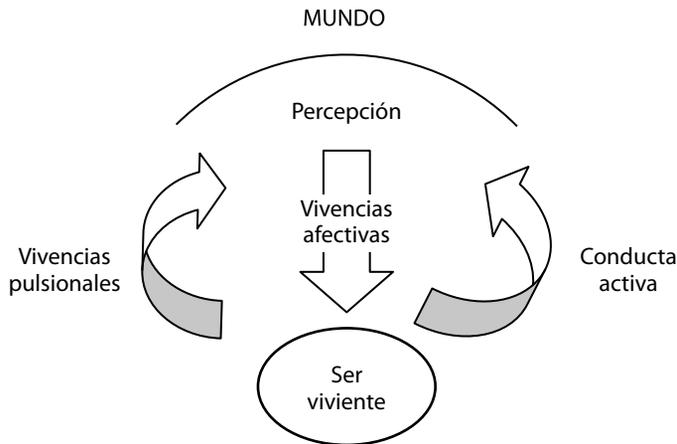


Fig. 6.4 El circuito funcional de la vivencia, según Lersch.

Clasifica las **vivencias pulsionales** (o motivaciones) - ubicadas en el estrato endotímico- en tres niveles:

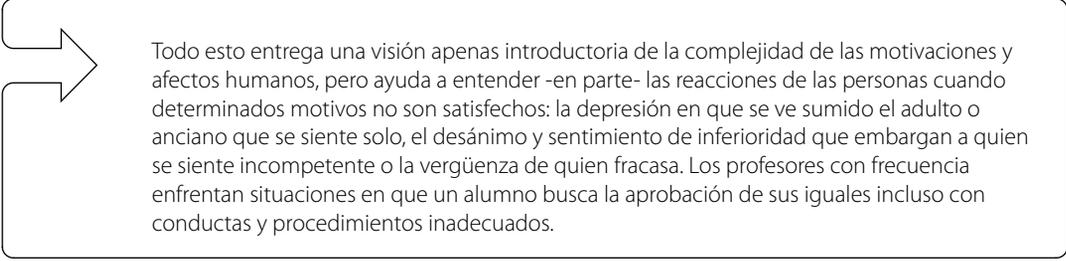
- De la **vitalidad**: impulso a la actividad, tendencia al placer, la libido.
- Del **yo individual**: conservación, egoísmo, deseo de poder, necesidades de estimación y autoestima.
- **Transitivas**: las dirigidas hacia el prójimo, como la de convivencia y asociación; tendencias del ser-para-otro, como la benevolencia, disposición a ayudar y el amor al prójimo; las tendencias creadoras; el deseo de saber; el amor; las tendencias normativas; y las trascendentes, tales como el impulso artístico, la aspiración metafísica y la búsqueda religiosa.¹³⁵

¹³⁵ En esos 3 niveles clasifica también las "vivencias emocionales", logrando una descripción insuperable de las emociones y sentimientos humanos.

Philipp Lersch nació en Munich en 1898 y murió en la misma ciudad en 1972. Desarrolló una psicología fenomenológica (psicología descriptiva de lo que se halla presente en la vivencia, determinando sus rasgos esenciales) e hizo importantes contribuciones en antropología psicológica, psicología de la expresión y caracterología. Su "Estructura de la personalidad" constituye una obra fuera de lo común.

Para el autor de este manual fue decisiva esta obra en su formación psicológica. De hecho, constituía el texto básico en el curso de Psicología General que dictaba ese gran maestro que fue Hernán Larraín, S.J, fundador de la Escuela de Psicología de la P. U. Católica de Chile.

La **fig. 6.4** muestra que las **vivencias pulsionales** -las tendencias o motivos (que son vivencias de necesidades)- llevan al **ser viviente** a explorar el **mundo [percepción]** en búsqueda de satisfacción de tales carencias. De acuerdo a lo encontrado en él, reacciona con **vivencias afectivas** que lo impulsan a emprender alguna **conducta activa** para satisfacer las necesidades.



Todo esto entrega una visión apenas introductoria de la complejidad de las motivaciones y afectos humanos, pero ayuda a entender -en parte- las reacciones de las personas cuando determinados motivos no son satisfechos: la depresión en que se ve sumido el adulto o anciano que se siente solo, el desánimo y sentimiento de inferioridad que embargan a quien se siente incompetente o la vergüenza de quien fracasa. Los profesores con frecuencia enfrentan situaciones en que un alumno busca la aprobación de sus iguales incluso con conductas y procedimientos inadecuados.

Los “problemas de la conducta motivada” en el ámbito escolar -en niños y adolescentes- pueden ocurrir, de acuerdo a las clasificaciones vistas, a diferentes niveles. Para algunos niños, sus dificultades e inquietudes se concentran en los niveles más básicos de la jerarquía; para otros priman urgencias y motivos de nivel intermedio o superior. Se trata, en consecuencia, de una temática que necesariamente ayuda a entender los “problemas frecuentes en el desarrollo” y que matiza la diversidad en el aula.

Uno de los motivos que ha recibido más atención en psicología de la educación es la **motivación de logro** (o de realización). Ya en nuestro libro dedicado al aprendizaje (“Cómo aprenden los seres humanos”...) incluimos algunas consideraciones sobre ella en el capítulo sobre los mecanismos cognitivos del aprendizaje.

La **motivación de logro** se pone de manifiesto en las **acciones** y **sentimientos** relacionados con el **cumplimiento de algún estándar internalizado de excelencia**. Explican Henson y Eller (2000) que los estudiantes con una fuerte motivación de logro tienden a tener confianza en sí mismos, asumir las responsabilidades de sus acciones, tomar riesgos calculados, planear con prudencia y economizar tiempo. Ya en los años `30 del siglo pasado se habían llevado a cabo en psicología interesantes estudios acerca del **nivel de aspiración de las personas**, que resultaron influyentes en psicología de la educación. El nivel de aspiración tiene que ver con las metas que el sujeto se propone en relación a una determinada tarea que espera alcanzar y que se esforzará por conseguir. Si logra su objetivo, será interpretado por él como un éxito; en caso contrario, como un fracaso. Hay un **rango óptimo de dificultad**, que plantea desafíos y resulta motivante: las tareas demasiado fáciles son poco motivadoras; las extremadamente difíciles, desalentadoras.

Explican los autores que los estudios acerca del nivel de aspiración ilustran motivaciones de tipo cognitivas, porque la persona que se siente involucrada en la tarea debe hacer una estimación de su propio nivel de logros, establecer metas y, finalmente, experimentará éxito o fracaso.

Según Clifford (1982), que se ha ocupado en detalle de cuestiones relativas a motivación y aprendizaje, una gran cantidad de resultados de investigaciones demuestran que “las personas con una motivación de logro moderadamente alta tienen más éxito personal y social que

aquellas en las que esta necesidad es muy baja". En consecuencia, como lo hacen ver Henson y Eller (2000), **"la motivación de logro hace una buena predicción del éxito que se tendrá en la escuela y en la vida"**. De hecho, las personas con buen nivel de desarrollo en dicha motivación suelen tener confianza en sí mismas y asumir la responsabilidad de sus acciones.

En algunos de los niños y adolescentes que fracasan se da el fenómeno conocido como **desesperanza aprendida**, esa sensación de que "nada de lo que hago importa"... "nada me resulta"... Explica Clifford (1982) que es consecuencia del hecho de **no ser capaz de detectar una relación causa-efecto controlable en un suceso dado"**.

Se ha relacionado la desesperanza aprendida con la **teoría de la atribución**, original de Heider (1958) quien la desarrolló para explicar la forma como interpretamos las cosas que (nos) ocurren y las causas a las que las atribuimos. Todos nos tratamos de explicar por qué ocurren los hechos y algunos psicólogos han visto en ese intento y búsqueda de explicación, en esa necesidad de comprender, el origen de la motivación, desde una perspectiva cognoscitivista. Heider reconocía que para entender la conducta hay que tener en consideración tanto variables del sujeto como variables del medio o situacionales. Sin embargo, de acuerdo a su teoría, la conducta dependerá decisivamente de las **creencias sobre las relaciones causa-efecto** que se hace el mismo sujeto.

Entre las causas importantes, los estudiantes nombran el **esfuerzo**, el **grado de dificultad de la tarea**, la **suerte** y la **capacidad**. También hacen referencia al **estado de ánimo**, la **fatiga**, el **sesgo** del evaluador, etc.

Como explican Henson y Eller (2000), los estudiantes con un **locus de control interno** creen que son responsables de su conducta y de sus éxitos y fracasos. Los atribuyen a su capacidad y esfuerzo. Tienden también a persistir más en las tareas y a no darse por vencidos fácilmente. Aquellos con un **locus de control externo**, en cambio, creen que su desempeño y rendimiento en pruebas y exámenes se deben a la suerte, a la dificultad de la tarea u otras circunstancias que escapan a su control. Explica también Clifford que la apatía, la indiferencia o falta de interés que se observa en algunos alumnos "puede ser un reflejo de su creencia de que no pueden hacer nada para cambiar las cosas".

Clarizio y McCoy (1981), así como Clifford (1982) y, con mayor detalle aún Henson y Eller (2000), entregan una serie de **consejos prácticos o lineamientos de acción para el trabajo con niños y adolescentes con problemas motivacionales**, a los que se suman las sugerencias que aparecen en la mayoría de los manuales de psicología educativa.

Henson y Eller agrupan las estrategias a ser utilizadas, de acuerdo a las teorías en que están basadas. Así es como hablan de estrategias **conductuales**, estrategias **cognoscitivas** (de la atribución y de la motivación de logro) y estrategias **humanistas** (las propuestas por autores tales como Maslow y Rogers). Invitamos al lector interesado en el área recurrir a tales fuentes de información.

Dando término a este capítulo, anotamos algunos de tales consejos prácticos:

- Permitir que los alumnos expliquen porqué ocurre algo; porqué piensan de una determinada forma sobre una asignatura, un profesor, un compañero, etc. Los insights logrados pueden aclarar sus atribuciones: si se pueden modificar estas, podrán cambiar sus actitudes.

- El educador debe tener cuidado con sus propias atribuciones cuando corrige pruebas, toma exámenes y califica. Si desea evaluar el rendimiento y el esfuerzo, debe aclararlo: así los alumnos podrán interpretar correctamente su juicio y la información obtenida por medio de las notas.
- El maestro debe ser sensible a las necesidades fisiológicas y demás necesidades de déficit de sus alumnos. Los niños cuyas necesidades de ese tipo no están resueltas (están mal alimentados, fatigados, no se sienten seguros) no tendrán la motivación para atender a las necesidades de orden superior, como las de conocimiento y comprensión.
- Utilizar la necesidad de logro de los alumnos y otros motivos positivos. El deseo de lograr control sobre los elementos del ambiente y de experimentar éxito es esencial para poderse fijar metas realistas.
- Reconocer que los estudiantes con alta y baja motivación de logro reaccionan de manera diferente en relación a sus experiencias de éxito y a su persistencia después de los fracasos. Tomar las medidas que ello supone.
- Proporcionar feedback informativo oportuno. El contar con información sobre las conductas apropiadas o correctas y la corrección de los errores se asocia con una mejor ejecución y actitudes favorables hacia las tareas de aprendizaje.
- Darle la oportunidad al estudiante de fijarse metas y ayudarlo a lograrlas, tanto en lo académico como en lo que dice relación con su desarrollo socioemocional. Fijarse y lograr metas exige tareas a un nivel apropiado de dificultad. Los sentimientos de éxito en las tareas actuales tienden a elevar la motivación para tareas futuras.
- Alentar en los estudiantes la constancia y el enfrentamiento de los desafíos: que se sientan apoyados, concentrándose más en lo que aprenden y en su crecimiento personal que en las calificaciones.
- Los reales intereses de los alumnos muchas veces van en un sentido muy diferente al de los contenidos y exigencias académicas: el maestro puede tratar de “sacar partido” de tales intereses, integrándolos de manera creativa a sus actividades docentes y formativas.
- El aprendizaje se facilita cuando el alumno siente que participa en el proceso, que es tomado en cuenta. El aprendizaje auto iniciado, en el que está implicada la persona total con sus sentimientos y aptitudes, es el más penetrante y duradero.

Como un dato de interés para temas relacionados con este capítulo, recientemente (año 2009) el MINEDUC, con apoyo de “Valoras-UC”, lanzó el Portal de **Convivencia Escolar** “Aprender a convivir, convivir para aprender “ (www.convivenciaescolar.cl <<http://www.convivenciaescolar.cl>>), administrado por la Escuela de Psicología a través de **Valoras-UC**. Este es un programa de estudios y apoyo a la sana convivencia, dirigido por la psicóloga M. Isidora Mena E., que cuenta con el decidido apoyo de la P. Universidad Católica de Chile. “Surge como respuesta a la necesidad de una cultura más respetuosa de la dignidad de todos los seres humanos y, por consecuencia, más equitativa, con sentido de comunidad, y con la capacidad de comunicación, compromiso, responsabilidad y autonomía que se requiere para una democracia participativa”. Valoras-UC ofrece asesorías y programas de apoyo para que las escuelas desarrollen un currículo de formación integral que enriquezca la formación académica con una formación socio-afectiva y ética.

Una de las iniciativas del nuevo portal la constituye el proyecto de **mediadoras y mediadores escolares**. “Consiste en capacitar a un grupo de estudiantes de ambos sexos, debidamente identificados por sus pares, en temas relacionados con los derechos de los niños y niñas en mediación escolar, quienes luego de determinadas charlas y talleres, adquirirán los conocimientos necesarios para identificar, evaluar, recabar información e intervenir,

dependiendo de la situación, en conflictos y problemáticas de vulneración de derechos que existan o se generan dentro de la comunidad educativa”.

Terminamos el capítulo haciendo ver que el discurso pedagógico habitual (esto ya es un lugar común) reconoce que el aula es el escenario donde se forman los niños y jóvenes a nivel académico y relacional, por tanto debe constituirse en un espacio de escucha, aceptación de la diversidad y resolución pacífica de los conflictos. También se afirma que el rol del educador es fundamental en este sentido, ya que debe transformar la sala de clases en un lugar de encuentro, diálogo, tolerancia y valoración de los demás. Este manual pretende contribuir a que tan nobles propósitos se hagan realidad.

DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

► Temas del capítulo

Infracontrol, sobrecontrol y desarrollo emocional normal.
Los algoritmos de la ansiedad y la depresión en el DSM.
Algoritmo de la ansiedad.
Algoritmo del estado de ánimo depresivo.

Infracontrol, sobrecontrol y desarrollo emocional normal

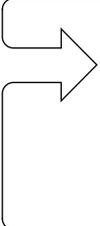
Como ya se explicó, hay consenso entre numerosos investigadores sobre la existencia de **2 amplias categorías** de trastornos que se dan en niños y adolescentes y que afectan el comportamiento emocional y social. Wicks-Nelson e Israel (1997) lo explican así:

- Uno de estos grupos se ha etiquetado como trastorno de **exteriorización**, de **infracontrol**, **hipocontrol** o **disocial**. Algunas de las características asociadas a este patrón son las peleas, rabietas, desobediencia y destructividad.
- El segundo grupo se conoce como de **interiorización** (internalización), **sobrecontrol**, o **ansiedad-retraimiento**. Características asociadas son la ansiedad, la timidez, el retraimiento y la depresión.

Tradicionalmente, al primer grupo se lo ha relacionado con los “trastornos de conducta” y al otro, con los “trastornos emocionales”. De los trastornos por **exteriorización** (externalización) nos ocupamos en otros capítulos de este manual y ya hemos visto cómo pueden perjudicar seriamente la convivencia social. Los niños y adolescentes, por otra parte, que presentan trastornos por **interiorización** (internalización), tienden a ser ansiosos, retraídos, sobrecontrolados, con tendencia tal vez a la depresión. Parecen “tragarse” sus problemas, no interfieren por lo general la convivencia social, pero se ven muy limitados en sus relaciones interpersonales. Suelen pasar muchas veces desapercibidos, ya que “no molestan”. Tanto el infracontrol, como el sobrecontrol, corresponden a dos extremos que se alejan del desarrollo socioemocional normal o esperable.

Es interesante hacer ver que algunos autores se inclinan por la existencia de un síndrome general: en lugar de separar los trastornos de ansiedad y depresión, suelen hablar de la categoría amplia de “trastorno de ansiedad-depresión”. Tales trastornos formaron parte en psicopatología del capítulo de las “neurosis”, término que se usa con menos frecuencia en la actualidad, a diferencia de aquellos más específicos, como fobia, obsesión, compulsión, trastorno de ansiedad, depresión, distimia, etc., de uso constante en la literatura especializada y en la práctica clínica actual.

En un manual dedicado a la diversidad en el aula, no podrían quedar excluidos temas de tanta relevancia como los que abordaremos en este y el próximo capítulo. Después de habernos referido al concepto de personalidad normal y madura y, por contraste, a los problemas frecuentes del desarrollo, vale la pena ahondar en un área que los educadores deben conocer en mayor profundidad: las dificultades socioemocionales. Saben bien los maestros que su rol no se limita a ser pasantes de materias o instructores: son formadores de personas.



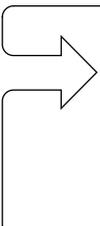
La interacción con otros profesionales, como psiquiatras, neuropsiquiatras y psicólogos clínicos, obliga al educador a estar más familiarizado con los diagnósticos que emiten. Ello facilitará la percepción de las barreras que dificultan la participación de más de alguno de sus alumnos o que inhiben su aprendizaje. Demás está decir que estas dificultades, comunes entre los adultos, las pueden experimentar ellos mismos, los educadores: el conocerlas puede contribuir a su afrontamiento y, deseablemente, a su superación.

Hemos preferido titular el capítulo “dificultades **socioemocionales**” y no sólo “emocionales”, ya que la construcción de la identidad personal, la autoestima, autoconfianza, el bienestar mental, el deseo de vivir, las ganas de participar y de aportar, etc., se dan en interacción con otros y no aisladamente. Tanto los problemas de externalización, como los de interiorización, por otra parte, inciden directamente en las relaciones con los demás.

Si bien las neurosis inicialmente se atribuyeron a causas vinculadas a un mal funcionamiento del sistema nervioso (de ahí el origen del término), se comprobó con posterioridad, como lo hacen ver Belloch y otros¹³⁶ “que estas eran posiblemente las alteraciones psicopatológicas que presentaban **una etiología de naturaleza más claramente psicológica**”. Aclaran los autores:



“Las neurosis han derivado en un conjunto de trastornos diferentes, pero que poseen aspectos comunes al concepto tradicional de neurosis, como por ejemplo, la idea de contacto con la realidad¹³⁷, los notorios desajustes emocionales y la vinculación con fenómenos del estrés”.



El término “dificultades” socioemocionales que encabeza este capítulo, en vez de “trastornos”, pretende abarcar no sólo los cuadros clínicos descritos en las nosologías, sino también los desajustes transitorios en el área que presentan niños y adolescentes a lo largo del desarrollo, que obedecen muchas veces a una etiología psicorreactiva y ambiental, y que podrían derivar en patologías más severas si se conjugan, por ejemplo, con condiciones de gran vulnerabilidad, o si los factores desencadenantes externos son demoleedores.

¹³⁶ Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. “Manual de psicopatología”. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995.

Los autores observan que los trastornos de ansiedad y los depresivos (estos últimos, trastornos del estado de ánimo) constituyen el principal bloque de este tipo de alteraciones.

Precisan que “las antiguamente denominadas neurosis histéricas se configuran actualmente en dos importantes categorías: los trastornos somatoformes y los trastornos disociativos, aparte, claro está, de algunos síndromes como el trastorno hipocondríaco que, categorizado como trastorno somatoforme, nunca ha sido entendido como alteración de tipo histérico”.

En el Apéndice, al final del manual, aparecen las grandes categorías de Trastornos que describen el DSM IV TR y la CIE 10.

¹³⁷ A diferencia de las psicosis.

El **desarrollo emocional o afectivo**, explica Haeussler (2000)¹³⁸, psicóloga,



“Se refiere al proceso por el cual el niño construye su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus seres significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta”.

Según la autora, un niño tiene un “desarrollo emocional normal”, cuando:

- Puede iniciar y mantener relaciones interpersonales, sonreír y expresarse de acuerdo con su edad.
- Está interesado activamente por el mundo que lo rodea.
- Es capaz de expresar sus sentimientos, tanto positivos como negativos.
- Está seguro de sí mismo y confiado en el mundo que lo rodea (con seguridad y confianza básica).
- Su autoestima es buena.
- Es capaz de tolerar las frustraciones (reacciona en forma adecuada cuando algo le molesta).
- Es estable emocionalmente (poco lábil).
- Es independiente, con grados creciente de autonomía.

La secuencia que se grafica en la **fig. 7.1**, basada en la clasificación de las alteraciones infantiles propuesta por el Committee on Child Psychiatry, muy utilizada antiguamente por los clínicos en el país, presenta, ordenados **de menor a mayor severidad**, los **trastornos del área afectiva y socio-emocional**: reactivos (o adaptativos), (psico) neuróticos, y de la personalidad (o del “carácter”). Anteriormente ya nos referimos al continuo que va de lo normal a lo patológico. Las psicosis, por cierto de mayor severidad, suelen tratarse aparte y algunos expertos las ubican en un continuo diferente que va de lo normal a lo psicopatológico.

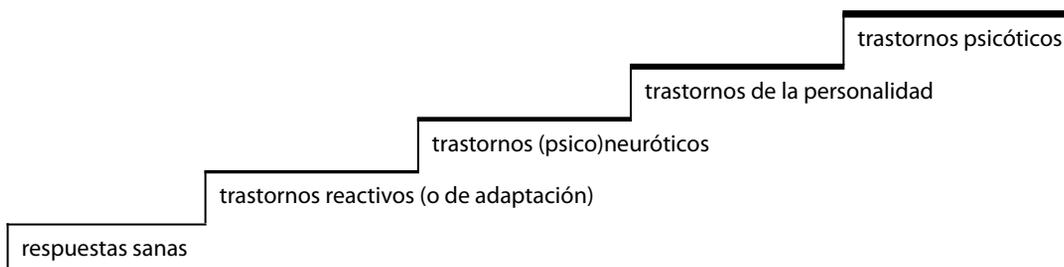


Fig. 7. Categorías de los trastornos conductuales infantiles del Committee on Child Psychiatry. Los ‘trastornos del desarrollo’ aparecen intercalados en la secuencia original, pero obedecen, en realidad, a criterios diferentes a los que se ilustran en este punto. Los trastornos psicóticos reúnen características que los hacen diferentes a las alteraciones que se dan en el continuo normalidad-neurosis.

Obsérvese que esta clasificación (que apareció en los años `60 y a la cual no se ciñe el DSM IV) incluye respuestas “sanas” o normales, que pueden tener una apariencia patológica (crisis situacionales, crisis del desarrollo de duración limitada), “a fin de evitar la tendencia de los clínicos a sobreestimar la gravedad de problemas relativamente pequeños”.

¹³⁸ Haeussler, Isabel Margarita: “Desarrollo emocional del niño”. En Grau, A. & Meneghello, J. (eds.): Psicología y psicopatología de la infancia y adolescencia. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

Los criterios de Haeussler acerca del desarrollo emocional normal, no se lograrán si el niño (o joven) presenta deficiencias en el área afectiva y social, las que se traducirán en trastornos reactivos o de adaptación, neuróticos, etc.

Es conveniente advertir que en el complejo mundo de los problemas psicológicos y de la enfermedad mental, no es una tarea fácil el **diagnóstico**. Los criterios operacionales de las últimas versiones del DSM, sin embargo, con un conjunto muy estructurado de reglas y pasos a seguir, han significado un importante aporte. En el Apéndice el lector puede ver los principales cuadros que se definen para la infancia, niñez y adolescencia.¹³⁹

Siguiendo justamente el DSM, nos ocuparemos de las alteraciones que más directamente afectan a los seres humanos (¡y también a los animales!) en la esfera afectiva y emocional: la ansiedad y la depresión.

Los algoritmos diagnósticos de la ansiedad y depresión

Algoritmo, en su sentido original, es un término utilizado en la matemática. Se define como cualquier **procedimiento de cálculo para obtener un resultado mediante un número finito de aplicaciones de una regla**. Un ejemplo es el algoritmo de Euclides, que permite calcular el máximo común divisor de dos números enteros. Para la RAE (Real Academia Española), es el **conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema**.

El problema que se le plantea inicialmente al clínico es de naturaleza diagnóstica. La depresión, por ejemplo, es un estado emocional caracterizado por tristeza, sentimientos de minusvalía y culpa, aislamiento de los demás, problemas con el sueño, el apetito y el deseo sexual, pérdida de interés y de placer por las actividades habituales, letargo o agitación, etc. **Sin embargo, tales síntomas pueden obedecer a muy variados factores, manifestarse de manera severa o relativamente leve, ser de corta o muy larga duración, estar relacionados con una causa relativamente fácil de identificar o no**. Los pasos de un algoritmo diagnóstico ayudan, justamente, a identificar el cuadro preciso que está afectando a la persona que presenta síntomas depresivos.

Uno de los manuales que acompañan al DSM, el **DSM-IV Atención Primaria (AP)**, constituye una excelente herramienta para los clínicos al servicio del diagnóstico.

El **DSM-IV AP**, fruto del trabajo colaborativo de una gran cantidad de especialistas, “pretende ofrecer un marco adaptado para educar a los profesionales de la atención primaria en trastornos mentales, que sea compatible con los enfoques estándar utilizados en la especialidad de la

¹³⁹ Es cierto que hay también críticos, y clínicos que prefieren complementar los nuevos criterios del DSM con otros enfoques.

Rita Wicks-Nelson y Allen C. Israel (1997), por ejemplo, apuntan que “el sistema (DSM IV) no deja de estar sometido a críticas, y continúan sin resolverse cuestiones conceptuales y políticas importantes. Además, a las cuestiones relativas a la fiabilidad y validez se ha añadido la preocupación por la gran exhaustividad de este sistema. Se ha puesto en duda la motivación y lo adecuado de utilizar tan extensa variedad de conductas de niños y adolescentes clasificables como trastornos del comportamiento. Un ejemplo de esta preocupación es denominar como trastornos mentales, problemas en diferentes destrezas escolares como la lectura o las matemáticas”.

Haeussler, por su parte, al comparar la evolución DSM III – DSM III-R – DSM IV en lo que concierne a la clasificación de los cuadros de ansiedad, considera que este último “representa un retroceso”, ya que pierde en especificidad.

En Haeussler, I. M. “Ansiedad del niño desde la perspectiva psicológica”. En Grau, A. & Meneghello, J. (eds.): *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Editorial Médica Panamericana, B. Aires, 2000.

atención de la salud mental” (vale decir, el DSM IV y la CIE 10). Esta versión para la atención primaria “ayudará también a mejorar la comunicación entre los profesionales de la atención primaria, los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, y **fomentará la colaboración pedagógica**, clínica y de investigación”.¹⁴⁰

Es importante que el educador tenga un conocimiento básico de la variedad de formas que pueden asumir tanto la ansiedad (angustia) como la depresión. De alguna u otra forma, nos afectan a todos los seres humanos. Este capítulo entrega una versión resumida -en los términos del DSM- de los diferentes cuadros que aparecen nombrados en cada algoritmo, permitiendo formar una visión del conjunto. Constituye un paso necesario para la ‘colaboración pedagógica’ recién mencionada.

El objetivo del manual, téngase presente, es **facilitar su uso en el ámbito de la atención primaria**, en él se agrupan los trastornos a partir de los síntomas más característicos que los identifican. Está organizado en su cuerpo principal en **nueve algoritmos** diagnósticos¹⁴¹, de los cuales utilizaremos aquí los dos primeros, por su importancia para el tema que nos ocupa:

- El algoritmo de la ansiedad.
- El algoritmo del estado de ánimo depresivo.

Cada algoritmo contempla una **secuencia de pasos** con una organización similar (comienza con la consideración de una posible enfermedad médica, el consumo de sustancias u otro trastorno mental que pudieran dar cuenta de los síntomas. Si ello se descarta, se sigue con el otro paso). Cada paso incluye: **a)** un resumen de los criterios diagnósticos de un trastorno, **b)** una breve descripción del trastorno o **c)** una instrucción para aplicar otro algoritmo diagnóstico.

140 La “Biblioteca” del DSM-IV incluye:

- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Tiene también una versión electrónica).
- DSM-IV: Breviario: criterios diagnósticos.
- DSM-IV: Libro de casos.
- DSM-IV: Manual de diagnóstico diferencial.
- DSM-IV: La entrevista clínica. Tomo I: fundamentos.
- DSM-IV: La entrevista clínica: Tomo II: el paciente difícil.
- DSM-IV: Atención primaria.
- DSM-IV: Guía de uso.

141 Los 9 algoritmos del DSM IV-AP, que implican una serie de pasos o procedimientos para solucionar un determinado problema diagnóstico en las áreas de consulta más frecuentes, son:

- Algoritmo del estado de ánimo depresivo.
- Algoritmo de la ansiedad.
- Algoritmo de los síntomas físicos inespecíficos.
- Algoritmo de la alteración cognoscitiva.
- Algoritmo del consumo problemático de sustancias.
- Algoritmo de la alteración del sueño.
- Algoritmo del trastorno sexual.
- Algoritmo del cambio de peso o de la conducta alimentaria anómala.
- Algoritmo de los síntomas psicóticos.

El DSM-IV AP se ocupa también de tópicos que no forman parte directamente de los 9 algoritmos (entre ellos, los “trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”).

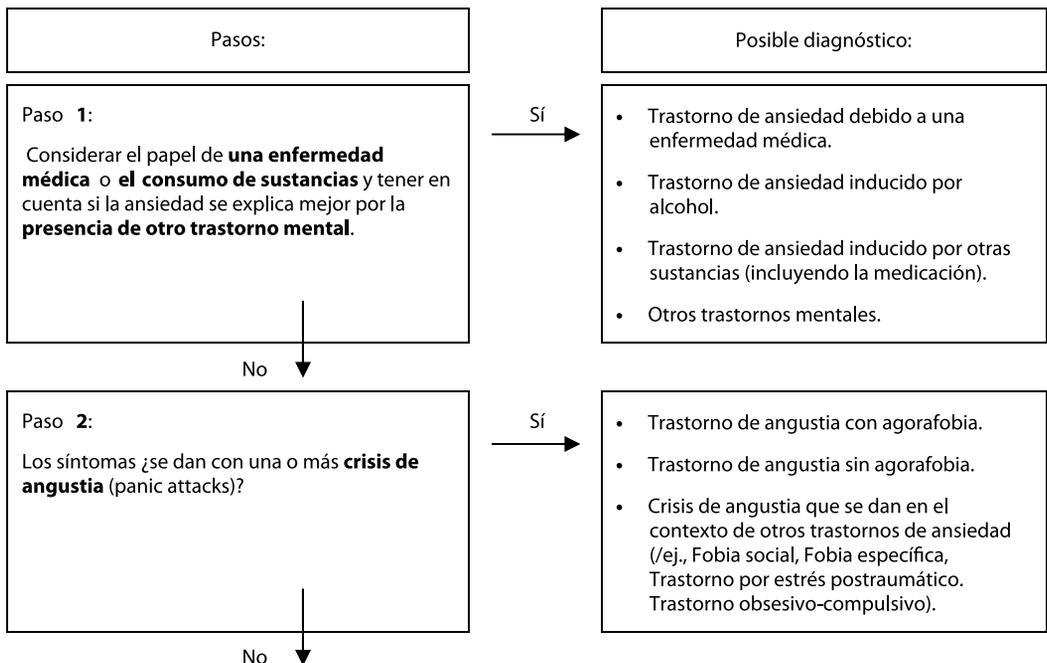
Algoritmo de la ansiedad

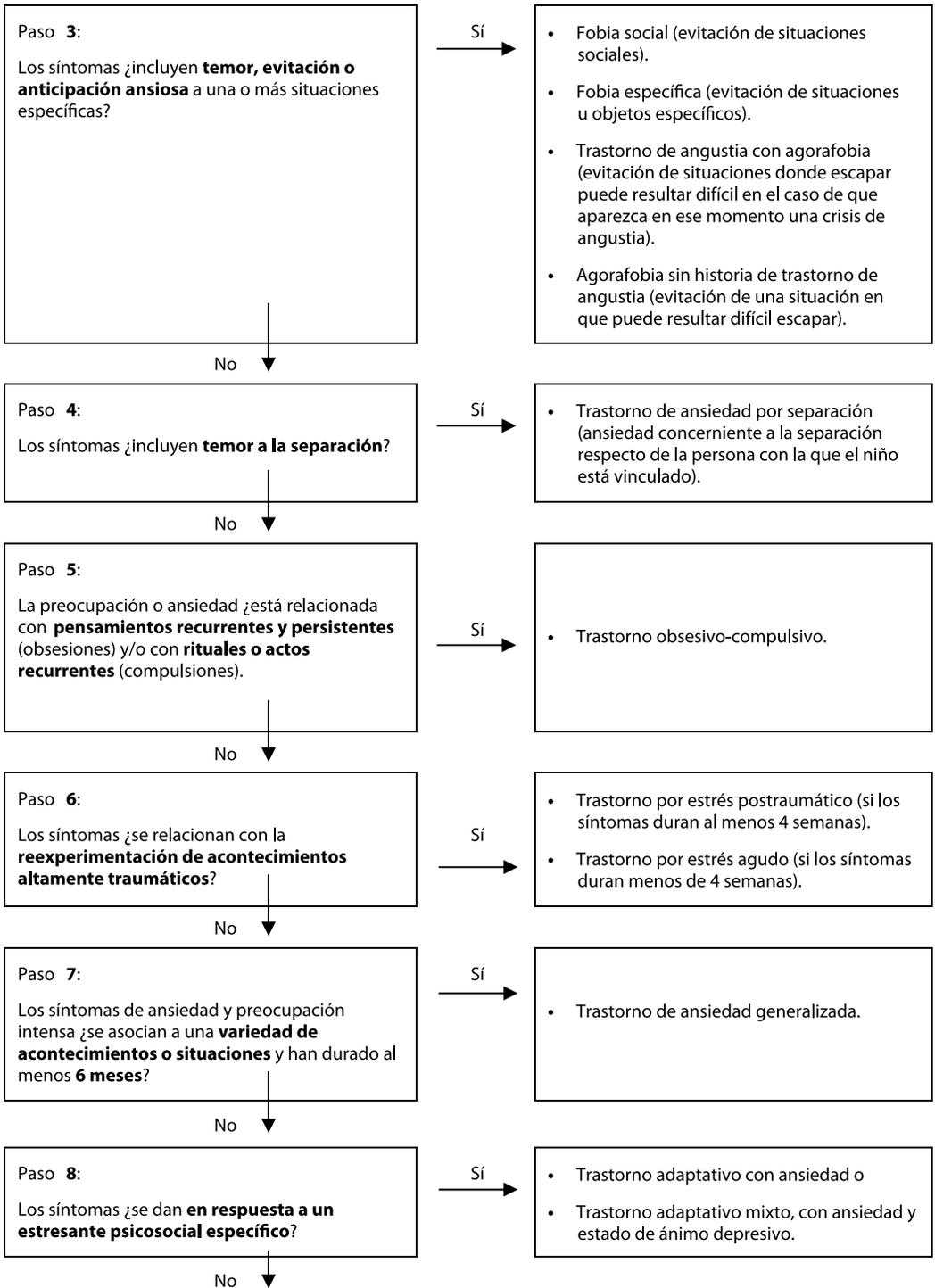
A continuación anotamos el **diagrama** o presentación abreviada del **algoritmo de la ansiedad** (más adelante haremos lo mismo con el del estado de ánimo depresivo).

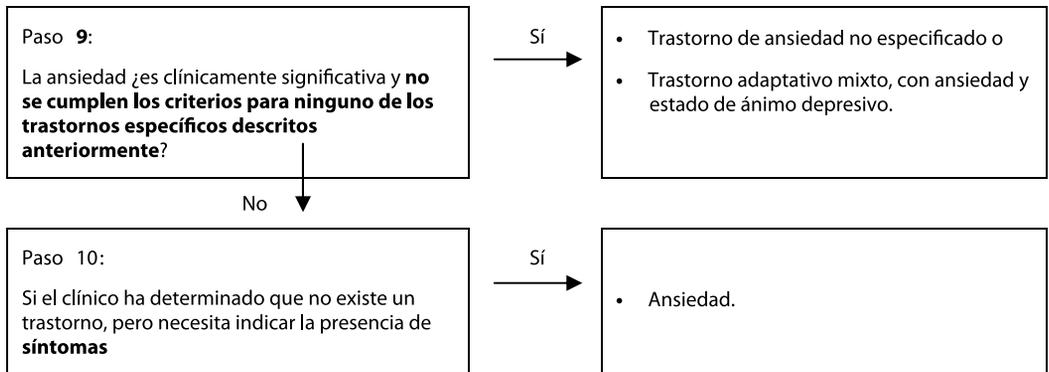
El manual incluye los códigos oficiales de cada uno de los trastornos que aparecen nombrados a mano derecha, en la versión CIE 10, y que acá hemos omitido. Otra sección del **DSM-IV AP** explica **en detalle** cada uno de los “pasos”, lo que puede resultar interesante para quien desee ahondar en el tema.

El clínico aplica el **algoritmo de la ansiedad** cuando el paciente manifiesta síntomas tales como preocupación, miedo o temores excesivos, tensión, pensamientos o impulsos repetitivos, intrusos e inapropiados, etc.

La **prevalencia** de los **trastornos de ansiedad** varía, con grandes diferencias entre muestras de la población general y población clínica, se explica en el DSM-IV AP. Un estudio de población general en USA desde 1980 a 1985 estimó que la tasa de prevalencia anual de **trastornos de ansiedad** en la población general es del **12,6%**. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son la **fobia social** (hasta un 13%) y la **fobia específica** (hasta un 11.3%). Se estima que la tasa de prevalencia global del trastorno de **ansiedad generalizada** es de un 5% y del **trastorno obsesivo compulsivo**, de un 2.1 %. Todos estos trastornos (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) son más frecuentes en mujeres que en varones. En la población chilena, la incidencia de los trastornos de ansiedad, como de depresión, que aparecen cada cierto tiempo en la prensa sorprende por lo alta.







En la sección que el **DSM-IV AP** dedica a los **trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia**, se aconseja al clínico utilizar, si corresponde a partir de los síntomas, **el mismo algoritmo**. Se precisa, sin embargo, en relación a los niños:



“La ansiedad en los niños se puede centrar en el rendimiento en la escuela o en los eventos deportivos, preocupación excesiva en cuanto a la puntualidad y la preocupación por los sucesos catastróficos. Los niños con un trastorno de ansiedad pueden ser también excesivamente conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos. En general, son excesivamente celosos en la búsqueda de aprobación y necesitan mucha seguridad”.

A continuación haremos una **breve descripción**¹⁴² de los trastornos que incluye el algoritmo de la ansiedad. En general, se usarán los términos exactos de la fuente original. Algunos de estos problemas ya han sido citados en otras partes de este manual, por su relación directa con determinados temas.

Es interesante destacar el explosivo aumento de algunos de estos trastornos en Chile estos últimos años, tanto en niños, como en adolescentes. Crisis de pánico y otras alteraciones son frecuentes actualmente en estudiantes universitarios.

Seguimos el orden indicado por los “pasos” del algoritmo.

- **Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. El clínico deberá decidir si las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, por ejemplo, endocrina, cardiovascular, respiratoria, metabólica o neurológica.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, el clínico decide si hay **intoxicación por** o **abstinencia de** sustancias significativas. Por ejemplo, alcohol, cocaína... Hay también una serie de fármacos que provocan ansiedad (En el manual se nombran varios de ellos).

¹⁴² La descripción detallada puede encontrarse, con sus alcances e información clínica adicional, en el DSM-IV AP y demás manuales DSM IV. La versión más actualizada es el DSM IV TR.

- **Trastorno de ansiedad inducido por otros trastornos mentales.** El clínico debe considerar o descartar en este paso otros trastornos mentales que pueden explicar mejor los síntomas de ansiedad. Ejemplo, un trastorno depresivo mayor.
- **Crisis de angustia.** Aparición temporal y aislada de temor y malestar intensos, acompañados de síntomas (al menos 4) que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Por ejemplo, opresión o malestar torácicos; sensación de ahogo o falta de aliento; palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; escalofríos o sofocos; sensación de atragantarse; náuseas o molestias abdominales; temblores o sacudidas; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); temor a perder el control o volverse loco; temor a morir.
 - Si las crisis de angustia son **inesperadas** (como “caídas del cielo”, no se relacionan con un desencadenante situacional) y son clínicamente significativas, considerar “trastorno de angustia con agorafobia” o “trastorno de angustia sin agorafobia”.
 - Si las crisis **se relacionan** con un desencadenante situacional que se asocia a otro trastorno mental, considerar “crisis de angustia que se dan en el contexto de otros trastornos de ansiedad”. Ejemplo: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo.
- **Trastorno de angustia con agorafobia.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes.¹⁴³ Una de estas crisis ha durado un mes o más, con inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis; preocupación por sus implicaciones o consecuencias; cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis. Presencia de agorafobia: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil (o embarazoso) o donde puede no disponerse de ayuda.¹⁴⁴
- **Trastorno de angustia sin agorafobia.** Se cumple todo lo anterior, pero sin agorafobia.
- **Fobia social.**¹⁴⁵ Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. La persona reconoce que el temor es excesivo o irracional, y tales situaciones se evitan o bien se experimentan con ansiedad intensa. Las conductas de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que se da interfieren acusadamente con la rutina normal del sujeto, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, o producen un malestar significativo.
- **Fobia específica.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.¹⁴⁶ La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia. La persona reconoce que este temor es excesivo o irracional, y la situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- **Agorafobia sin historia de angustia.** Ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde no se dispone de ayuda, si aparecen síntomas similares a la angustia, y el sujeto teme que sean incapacitantes o muy embarazosos. Se evitan las situaciones agorafóbicas (por ejemplo, se limita el número de viajes) o se soportan a costa de gran malestar o

143 Recidiva: repetición de una enfermedad algún tiempo después de concluida.

144 Los temores agorafóbicos, se detalla en el manual, implican normalmente tipos característicos de situaciones como, por ejemplo, estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer colas, estar en un puente y viajar en autobús, tren o automóvil. Entre un tercio y la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobias.

145 La especificación generalizada se usa si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con figuras de autoridad, asistir a fiestas). Las personas con fobia social generalizada suelen tener temor tanto a actuar en público, como a situaciones sociales interactivas.

146 Hay diferentes subtipos: tipo animal; tipo ambiental (precipicios, tormentas, clima); tipo sangre-inyecciones-daño; tipo situacional (aviones, ascensores, recintos cerrados); otros tipos (evitación a situaciones que pueden provocar atragantamiento, el vómito o adquisición de una enfermedad). Aunque son frecuentes en la población general, explica el DSM-IV AP, las fobias rara vez provocan un malestar o un deterioro general suficientes que permitan el diagnóstico de “fobia específica”.

ansiedad, por temor a que aparezcan síntomas semejantes a la angustia, o se hace indispensable la presencia de una persona conocida para soportarlas. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de angustia.

- **Trastorno de ansiedad por separación.** Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concierne a su separación del hogar o de las personas a quienes está vinculado. La duración es de, al menos, 4 semanas. El inicio se produce antes de los 18 años.¹⁴⁷ La alteración provoca malestar o deterioro social clínicamente significativo y no se explica mejor por la presencia de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, o por un trastorno de angustia con agorafobia. El manual precisa que este trastorno se manifiesta por:
 - a. Malestar excesivo recurrente cuando se anticipa una separación.
 - b. Preocupación excesiva por la posible pérdida de las principales figuras de vinculación o a que sufran un posible daño.
 - c. Excesiva preocupación por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación (ejemplo, ser secuestrado).
 - d. Resistencia persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por temor a la separación.
 - e. Resistencia persistente a estar solo.
 - f. Negativa persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada significativa.
 - g. Pesadillas repetidas con temática de separación.
 - h. Quejas repetidas de síntomas físicos (ejemplo, dolores abdominales) cuando ocurre o se prevé la separación.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo.** En este trastorno las **obsesiones** o las **compulsiones** representan una pérdida de tiempo (más de una hora al día), provocan un malestar clínico significativo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.¹⁴⁸
 - Las **obsesiones** se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que causan ansiedad o malestar significativos, que se experimentan como intrusos. No se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real y no se relacionan con otro trastorno mental (por ejemplo, no se limitan a las ideas sobre la comida, como en la anorexia).
 - Las **compulsiones** se definen como comportamientos u operaciones mentales que se llevan a cabo en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas normas que se deben seguir estrictamente. Tales comportamientos son exagerados y se llevan a cabo para prevenir algún acontecimiento negativo, sin estar conectados de forma realista con lo que se quiere prevenir.

147 En los adultos el trastorno es raro: los temores suelen explicarse mejor por un trastorno de ansiedad con agorafobia o una agorafobia sin historia de angustia. El trastorno puede aparecer tras una situación estresante. El inicio puede ocurrir tempranamente, en edad preescolar; también en cualquier momento antes de los 18 años, muchas veces en plena adolescencia.

Típicamente hay periodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación, como la evitación de situaciones que impliquen separación (por ejemplo, ir a la escuela) pueden persistir durante varios años.

Recuérdese que el DSMIV incluye, además, dentro de los trastornos de la personalidad (si se trata de rasgos persistentes, inflexibles, desadaptativos, que provocan un deterioro funcional significativo) el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por dependencia.

148 El DSM IV-AP precisa que la persona trata de ignorar los pensamientos e impulsos y reconoce que son producto de su mente (un psicótico los atribuiría a fuerzas externas). Las obsesiones más frecuentes tienen que ver con temas como el contagio, dudas repetitivas, necesidad de tener las cosas en un orden determinado, impulsos de carácter agresivo y fantasías sexuales. Ejemplos de compulsiones son el lavado repetido de manos, comprobar a cada rato si están apagadas las luces o el gas... Compulsiones mentales son repetir palabras o contar mentalmente.

Estos comportamientos deben distinguirse del perfeccionismo como rasgo de personalidad, en que no existe deterioro de la actividad general, y del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, que se caracteriza por un patrón de larga duración de preocupación por el orden (se trata de un "trastorno de la personalidad"): personas obsesionadas con la forma "correcta" de hacer las cosas y que prefieren manejar hechos más que expresar sentimientos. Sus temas clave suelen ser la limpieza, el tiempo y el dinero. Demuestran excesiva preocupación por los detalles, las normas, las listas...; un perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas; inflexibilidad en temas de moral o ética; incapacidad para deshacerse de cosas usadas y que no tienen valor sentimental; renuencia a delegar tareas; adopción de un estilo avaro, de rigidez y obstinación.

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o adultez temprana, puede hacerlo en la infancia. Edad de inicio en los varones: entre 6 y 15 años; en las mujeres: entre 20 y 29 años. La aparición suele ser de carácter gradual. Presenta un curso con "altas" y "bajas", que dependería de la presencia o no de acontecimientos estresantes.

- **Trastorno por estrés postraumático.** Como se vio en páginas anteriores, la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático (que representa un peligro real para la vida o para la integridad física), directa o indirectamente. El acontecimiento es reexperimentado de manera persistente (imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, episodios en flashback, sensaciones de que está ocurriendo...) y malestar intenso o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que representan el acontecimiento. El sujeto evita persistentemente tales estímulos y presenta embotamiento de la conducta general. Hay síntomas persistentes de activación (arousal), como alteraciones del sueño, respuestas de sobresalto o hipervigilancia. Los síntomas duran por lo menos un mes, con malestar clínico significativo o deterioro social o laboral.¹⁴⁹
- **Trastorno por estrés agudo.** El sujeto ha estado expuesto a un acontecimiento traumático. Aquí también, la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento son los factores más importantes que determinan la probabilidad de que ocurra el trastorno. Los síntomas duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas (si pasan de un mes y se cumplen todos los criterios, se diagnostica “trastorno por estrés postraumático”). Síntomas típicos del cuadro: embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción del conocimiento del entorno; desrealización (el mundo exterior parece extraño, irreal); despersonalización; amnesia disociativa; el hecho traumático se reexperimenta constantemente; síntomas acusados de ansiedad; evitación de estímulos que recuerdan el trauma.
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Los síntomas excesivos y exagerados de ansiedad y preocupación se relacionan con una gran variedad de acontecimientos o situaciones, a diferencia de la fobia social o de la fobia específica. La preocupación es intensa y difícil de controlar. Se asocia a síntomas de tensión motora (temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (respuestas exageradas de sobresalto, insomnio). Lo anterior provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, etc. El diagnóstico exige que el problema se haya prolongado por más de 6 meses.¹⁵⁰
- **Trastorno adaptativo (de adaptación) con ansiedad.** Se diagnostica cuando los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, identificable, y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Aparecen síntomas emocionales y comportamentales en respuesta a ese estresante dentro de los 3 meses en que ha estado presente. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica. Una vez que ha cesado el estresante, los síntomas no persisten más allá de los 6 meses. (Si persisten más allá, hay que considerar los otros trastornos del algoritmo).¹⁵¹

Completamos el algoritmo de la ansiedad señalando cuál es la “lógica” que subyace a la **secuencia** de pasos, según el mismo DSM-IV AP, y que puede servir de repaso y ser útil para formarse una visión de conjunto:

149 El trastorno, señala el manual, puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. En los niños, el temor intenso o la desesperanza se pueden expresar a través de un comportamiento desorganizado o agitado. La reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos, donde se manifiestan temas o aspectos del acontecimiento traumático.

Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, aunque puede haber un lapso de meses, incluso años, hasta que aparezcan. Inicialmente puede confundirse con el trastorno por estrés agudo.

La duración es variable: la mitad de los casos se recuperan completamente en los tres primeros meses; en otros persisten algunos síntomas un año después del acontecimiento traumático.

Con frecuencia se asocian otros trastornos: trastorno depresivo mayor, fobias, trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

150 El DSM IV-AP precisa que este trastorno es relativamente poco frecuente, si bien la ansiedad es un síntoma muy frecuente. Se diagnostica si la ansiedad no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental: trastorno de angustia, fobia social, anorexia nerviosa, hipocondría, trastorno dismórfico corporal (ansiedad que hace referencia a tener un defecto en el aspecto físico).

El trastorno suele coexistir con un trastorno del estado de ánimo (depresivo mayor, distímico) o con otro trastorno de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias. No es raro que se inicie a partir de los 20 años, aunque más de la mitad de los que lo sufren aseguran que comenzó en la niñez o adolescencia.

151 Los trastornos adaptativos o de adaptación pueden asumir diferentes formas: con ansiedad; con estado de ánimo depresivo; con trastornos de comportamiento; y formas mixtas.

El **algoritmo de los trastornos de ansiedad** se basa en el curso y el contexto de los síntomas de la ansiedad.

Los que se citan primero son los relacionados con una enfermedad médica o con el consumo de sustancias.

El algoritmo incluye manifestaciones que se caracterizan por síntomas que se dan en intervalos breves de tiempo (ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia), seguido de manifestaciones caracterizadas por síntomas que se dan únicamente en situaciones específicas (ej., agorafobia, fobia social, fobia específica), manifestaciones caracterizadas por síntomas que se dan únicamente en respuesta a situaciones estresantes (ej., trastorno adaptativo, trastorno por estrés postraumático) y, finalmente, manifestaciones más intensas y crónicas (ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo).

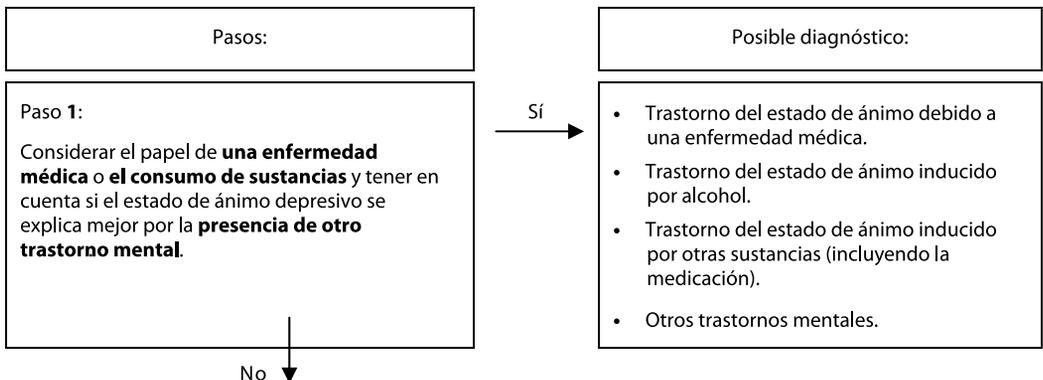
Algoritmo del estado de ánimo depresivo

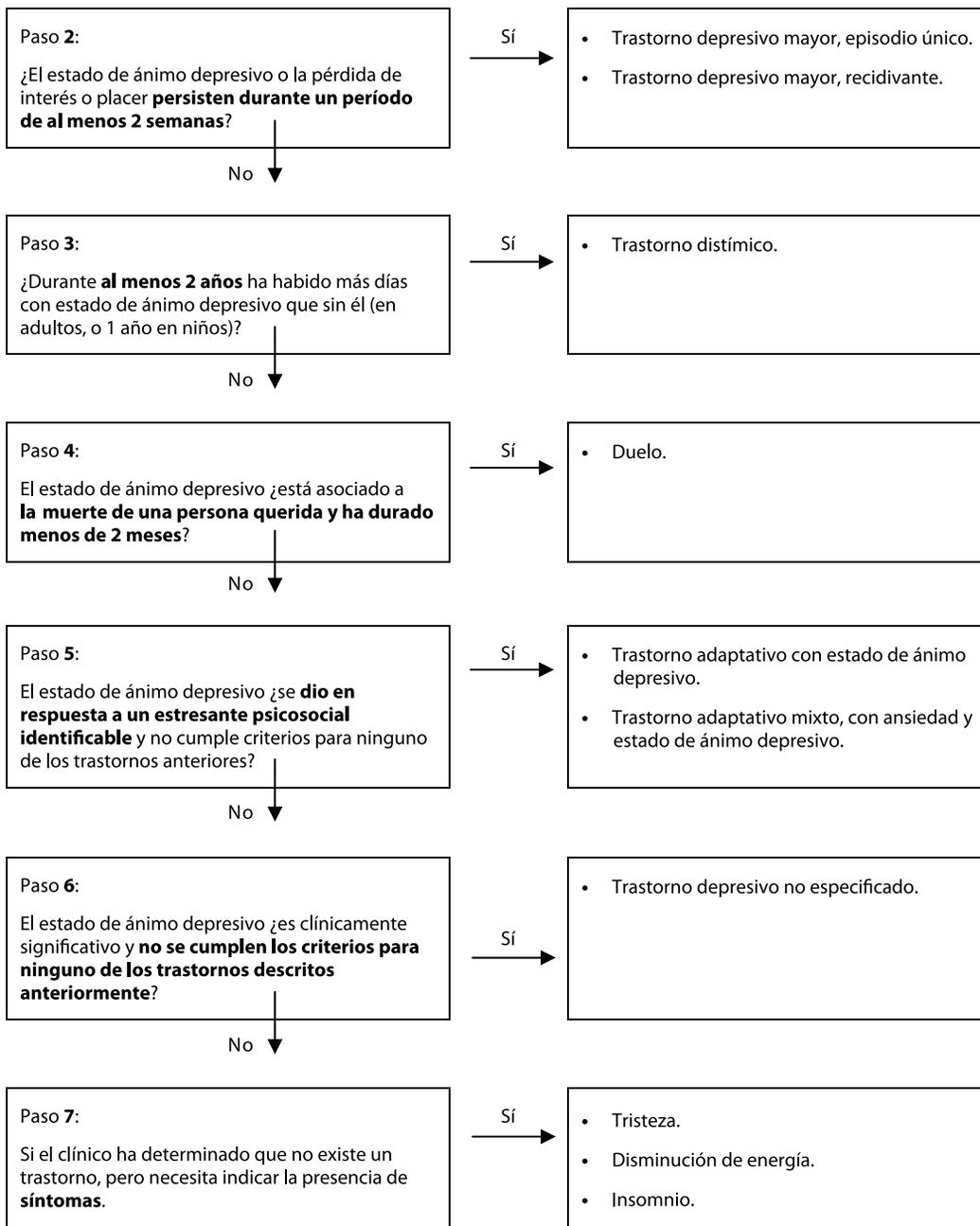
A continuación anotamos el diagrama simplificado de los **pasos** y las **soluciones diagnósticas** del **algoritmo del estado de ánimo depresivo**, al cual acudiré el clínico si la persona presenta síntomas tales como insomnio, falta de energía, pérdida de peso y determinados síntomas físicos y psíquicos asociados, por lo general, a los cuadros depresivos. No deja de ser interesante examinar las formas que asume la depresión: en Chile, con frecuencia aparecen en la prensa titulares que aluden a estudios que afirman que “¡uno de cada cinco chilenos tiene depresión”!

En la sección del **DSM IV-AP** dedicada -tal como en el DSM IV- a los **Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia**, se precisa en relación a niños y adolescentes:



“Determinados síntomas de los trastornos depresivos son más frecuentes en los niños que en los adultos, incluyendo enfermedades somáticas, irritabilidad y aislamiento social, mientras que la inhibición psicomotora, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes. Los niños y adolescentes depresivos, al igual que los adultos, pueden presentar ideación suicida, y los clínicos deberían estar al tanto de los indicadores de riesgo de suicidio en esta población”.





Como ocurrió con el algoritmo anterior, haremos ahora una **breve descripción** -en general con los términos exactos del manual- de los trastornos que incluye el algoritmo del estado de ánimo depresivo.

El orden es el mismo determinado por los “pasos” del algoritmo:

- **Trastorno del estado de ánimo depresivo debido a una enfermedad médica.** Se da un estado de ánimo depresivo o una notable pérdida de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. El clínico deberá decidir si las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, por ejemplo, neurológica, endocrina, metabólica, vascular cerebral, autoinmune, etc. (El manual cita varias de tales enfermedades).
- **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.** Se da un estado de ánimo depresivo o una notable pérdida de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, el clínico decide si hay **intoxicación por** o **abstinencia de** sustancias significativas. Por ejemplo, alcohol, cocaína, anfetaminas... Hay también una serie de fármacos que provocan ansiedad (En el manual se nombran algunos).
- **Trastorno del estado de ánimo depresivo explicado por otros trastornos mentales.** El clínico debe considerar o descartar en este paso otros trastornos mentales que pueden explicar mejor los síntomas (por ejemplo, trastornos asociados normalmente al insomnio o fatiga excesiva).
- **Episodio depresivo mayor.** Presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, casi a diario, con un cambio respecto a la actividad previa: estado de ánimo depresivo (en los niños y adolescentes puede ser ánimo irritable); disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen; insomnio o hipersomnia; agitación o inhibición psicomotoras; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida.
 - Si se cumplen los criterios y no existe una historia de episodios previos depresivos, maníacos o hipomaníacos, se considera: **Trastorno depresivo mayor, episodio único.**¹⁵²
 - Si ha habido más de un episodio depresivo mayor, sin historia de episodios maníacos o hipomaníacos, se considera: **Trastorno depresivo mayor, recidivante** (recurrente).¹⁵³
 - Si se cumplen los criterios y, además, existe una historia de estados de ánimo elevado, expansivo o eufórico, se considera:
 - **Trastorno bipolar I.**¹⁵⁴
 - **Trastorno bipolar II.**¹⁵⁵
- **Trastorno distímico.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años (en niños y adolescentes, 1 año). Los síntomas no son tan graves o incapacitantes como en el trastorno depresivo mayor. Deben darse dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

152 Los criterios son muy rigurosos. Sin embargo el clínico precisa si el trastorno lo considera: 1 Leve. 2 Moderado. 3 Grave sin síntomas psicóticos. 4 Grave con síntomas psicóticos, además de las posibles categorías de “en remisión” o “no especificado”.

153 Lo mismo que en nota anterior.

154 Trastorno caracterizado por uno o más episodios maníacos y más típicamente uno o más episodios depresivos mayores. Asume diferentes formas. Episodio maníaco= período de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana, con síntomas tales como: grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, distractibilidad, aumento o implicación excesiva en determinadas actividades. Familiares y amigos son los primeros en darse cuenta de que la persona se está comportando de forma anormal y hace cosas extrañas.

155 Trastorno caracterizado por episodios depresivos mayores recurrentes seguidos o precedidos por episodios hipomaníacos. Episodio hipomaníaco= período de 4 días (o más) de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, parecido al episodio maníaco en los síntomas (ej., aumento de actividad), pero menos grave (no provoca deterioro significativo). La distinción entre manía e hipomanía se basa en el grado de deterioro. En el episodio hipomaníaco no hay un deterioro acusado de la actividad social o laboral. Aparte del trastorno bipolar I y trastorno bipolar II, existe el “trastorno ciclotímico”, que consiste en la alteración crónica del estado de ánimo, que comprende numerosos períodos de hipomanía y estado de ánimo depresivo. Las fluctuaciones entre estados de ánimo depresivo y elevado son menos graves que en un trastorno bipolar, o de menor duración. El DSM IV contempla también, por supuesto, el “trastorno bipolar no especificado”.

No se diagnostica si la persona ha presentado alguna vez un episodio maníaco o hipomaníaco. (Deberá decidirse si se trata del trastorno bipolar o trastorno ciclotímico).¹⁵⁶

El trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso en la niñez, adolescencia o edad adulta temprana, y un curso crónico. Más frecuente en mujeres que en varones.

- **Duelo.** Categoría que se utiliza cuando el estado de ánimo depresivo está asociado a la muerte de una persona querida y dura menos de dos meses. Como parte de su reacción a la pérdida, el sujeto presenta síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como ‘normal’ aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar síntomas asociados, por ejemplo, el insomnio.
- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.** Se diagnostica cuando los síntomas (de depresión) se dan en respuesta a un estresante identificable (pérdida de trabajo, divorcio) y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Los síntomas emocionales y comportamentales tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante y no persisten más de 6 meses después del cese del estresante. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.¹⁵⁷
- **Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.** Se diagnostica cuando los síntomas (de depresión y ansiedad) se dan en respuesta a un estresante identificable (pérdida de trabajo, divorcio...) y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente. Los síntomas emocionales y comportamentales tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante y no persisten más de 6 meses después del cese de aquél. El malestar es mayor de lo esperable y se produce un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.¹⁵⁸
- **Trastorno depresivo no especificado.** Se incluyen aquí esos casos de personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos definidos anteriormente.

El DSM-IV AP describe otros procesos conocidos como “subumbrales” (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno disfórico premestruar, depresión sospechada o enmascarada), que dan cuenta de la variedad de otras formas que puede asumir la depresión. Sin embargo, si ha existido previamente un episodio de trastorno depresivo mayor, se estima en el manual que los síntomas depresivos subumbrales se explican mejor por un “**trastorno depresivo mayor, en remisión parcial**”. El algoritmo, finalmente, sugiere al clínico, cuando este estima que no se dan las condiciones para diagnosticar ninguno de los trastornos, simplemente señalar la presencia de determinados **síntomas**: tristeza, insomnio, disminución de energía...

Completamos el algoritmo del estado de ánimo depresivo señalando cuál es la “lógica” que subyace a la **secuencia** de pasos, según el DSM IV-AP, y que puede servir de repaso y para formarse una visión de conjunto:

- El **algoritmo del estado de ánimo depresivo** está organizado de manera que, en primer lugar, uno se dirige a los diagnósticos que implican un tratamiento inmediato (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, y trastorno depresivo mayor).
En segundo lugar, uno se dirige a las enfermedades depresivas crónicas (trastorno distímico y trastorno depresivo mayor, crónico).

156 Si se cumplen todos los criterios de episodio depresivo mayor durante, al menos, los dos últimos años, se diagnostica “trastorno depresivo mayor, crónico”, en lugar de trastorno distímico.

157 Si los síntomas persisten más allá de los 6 meses, deben considerarse los demás trastornos del algoritmo.

158 Si los síntomas persisten más allá de los 6 meses, deben considerarse los demás trastornos del algoritmo.

Y, por último, el algoritmo acaba con tres enfermedades que los profesionales de atención primaria suelen ver con frecuencia: duelo (reacción de duelo), trastorno adaptativo y trastorno depresivo no especificado.

La categoría de trastorno depresivo no especificado permite codificar a los pacientes de atención primaria que presentan síndromes de incapacitación funcional que pueden ser tan frecuentes o más que el trastorno depresivo mayor y que no se han descrito en el esquema diagnóstico.

Estos síndromes incluyen en trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recurrente, el trastorno mixto ansioso-depresivo, el trastorno disfórico premenstrual, la depresión sospechada o enmascarada y otras formas no específicas de depresión.

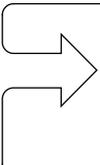
DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

► Temas del capítulo

Percepción de la competencia social y estatus sociométrico.
Problemas académicos y alteraciones socioemocionales.
Ansiedad y depresión en la niñez y adolescencia.
Facilitación del desarrollo socioemocional.

Percepción de la competencia social y estatus sociométrico

Los trastornos de **ansiedad** y del **estado de ánimo** revisten características peculiares cuando son niños y adolescentes los que se ven afectados. Algunos alcances ya se hicieron en el capítulo anterior en la propuesta del DSM. Es interesante destacar que hay desórdenes, como el trastorno bipolar, característico tradicionalmente de la edad adulta, que ha sido estos últimos años diagnosticado también en niños.



La **situación escolar** misma, con todo lo que supone para niños y jóvenes -desafíos académicos y relaciones con compañeros y adultos (profesores, directivos, etc.)- crea un contexto singular, que puede ser muy propicio -y sombrío, en algunos casos- para el desarrollo socioemocional.

La **situación escolar** misma, con todo lo que supone para niños y jóvenes -desafíos académicos y relaciones con compañeros y adultos (profesores, directivos, etc.)- crea un contexto singular, que puede ser muy propicio -y sombrío, en algunos casos- para el desarrollo socioemocional.

El **estatus social** de los alumnos, por ejemplo, factor de gran relevancia a este respecto, ha sido estudiado con interés los últimos años. Cada niño -como ocurre con las personas, en general- es muy sensible a cómo es evaluado por el grupo, si es aceptado o rechazado, si se lo toma en consideración o es ignorado: ello incide decisivamente en la imagen que se va formando de sí mismo. Se trata de la satisfacción o no de una necesidad básica a todo ser humano, como se vio en capítulos anteriores. La evaluación grupal -aceptación, rechazo, indiferencia- entrega una valiosa información al educador para identificar barreras en la participación.

En esta línea, que no es nueva en psicología educacional, Coie y equipo¹⁵⁹ desarrollaron un sistema de identificación y clasificación que incluye los subtipos del niño **popular**, el **rechazado**, el **ignorado**, el **controvertido** y el niño **promedio**. Se describen en **fig. 8.1**.

- **Popular:** Es el niño que, por medio del test de decisión sociométrica, recibe de parte de sus compañeros muchas elecciones positivas y pocas, si alguna, negativas. Es un niño con quien desean estar sus compañeros.
- **Rechazado:** Es el que recibe gran cantidad de elecciones negativas y pocas, si alguna, positivas.
- **Ignorado:** Es el niño que recibe muy pocas elecciones, ya sea positivas o negativas. Olvidado activamente, suele ser "casi invisible" o pasar inadvertido en los ambientes sociales.
- **Controvertido** (o "polémico"): Es el niño que recibe una significativa cantidad de elecciones tanto positivas como negativas. Es un niño percibido al mismo tiempo como positivo y negativo por sus pares.
- **Promedio:** Es el niño que recibe el número promedio tanto de elecciones positivas como negativas, comparado con sus pares.

Fig. 8.1. Subtipos de niños de acuerdo a la percepción de sus pares.

Pavri y Luftig (2000) citan trabajos que demuestran que los estudiantes con alguna discapacidad o con problemas de aprendizaje y rendimiento, con frecuencia se ven más aislados y/o son más rechazados que sus pares sin problemas. Es cierto que dentro de estos últimos también hay niños que caen en las categorías de "ignorado" y "rechazado", pero los alumnos con problemas, como grupo, suelen ser objeto de mayor discriminación.

Estos investigadores se ocuparon de temas tales como la **competencia** y el **estatus social**, los **sentimientos de soledad** y el **aislamiento**, centrándose en alumnos de 6° básico, con el propósito de evaluar también la "cara social" de la inclusión. Compararon niños LD (Learning Disabilities) :con dificultades específicas del aprendizaje o TEA) que pasaban el 100% de la jornada escolar en la sala de clase normal, con sus compañeros de curso sin problemas.¹⁶⁰

Los datos existentes sobre educación inclusiva acerca del funcionamiento social de los estudiantes LD eran, a la fecha del estudio de Pavri y Luftig, contradictorios. Los autores citan trabajos que encontraron un impacto muy positivo de las aulas inclusivas en las relaciones interpersonales y en el autoconcepto de los niños LD: los mismos alumnos informaban de un aumento en sus lazos de amistad y de muy bajos niveles de alienación social. Sin embargo,

159 Coie, S.; Dodge, K. & Coppotelli, H.: "Dimensions and types of social status: across-age perspective". *Developmental Psychology*, 18, 557-570, 1982.

Coie, S. & Dodge, K.: "Continuities and change in children's social status: a five year longitudinal study". *Merrill-Palmer Quarterly*, 29, 261-282, 1983.

Estos y otros trabajos sobre el tema, que pueden interesar a más de un lector, aparecen citados en

Pavri, S. & Luftig, R.: "The social face of inclusive education: are students with learning disabilities really included in the classroom?". *Preventing School Failure*, Fall 2000. / www.ldonline.com/

160 El estudio se llevó a cabo en un distrito escolar del suroeste de Ohio. La política del distrito era educar a todos los estudiantes LD (con "learning disabilities") en la clase regular, con compañeros de su misma edad durante toda la jornada escolar. Los estudiantes recibían apoyo del educador especialista y demás personal especializado en la forma de co-enseñanza o de instrucción en grupos pequeños dentro de la sala de clase regular.

otros autores, basados en sus propios estudios, testimonian que el hecho de ser ubicados en ambientes inclusivos puede acarrear dificultades adicionales a los alumnos LD, quienes evidenciarían deficiencias en su comportamiento social.

Pavri y Luftig utilizaron como variable independiente de su estudio la categoría diagnóstica de LD (TEA, con criterios muy rigurosos), a fin de comparar a los niños con TEA con los niños “normales”. Las variables dependientes fueron el **estatus sociométrico** (niño popular, rechazado, ignorado, polémico), la **competencia social percibida** y la **soledad percibida**.¹⁶¹ Si los niños con trastornos se ven efectivamente más aislados y/o se sienten rechazados por sus pares normales, la pregunta que surge es qué tan intensamente perciben e internalizan tales sentimientos de rechazo. Es decir, cuando son rechazados o ignorados por sus compañeros sin dificultades de aprendizaje, ¿perciben y toman a pecho tal rechazo y cómo los hace sentirse esto en relación a sus futuras posibilidades de iniciar o mantener relaciones sociales apropiadas? Los 15 alumnos LD que participaron en el estudio y los 68 sin dificultades pertenecían a cuatro sextos básicos de tres escuelas elementales del mismo distrito, y el estudio se llevó a cabo aproximadamente dos meses después del comienzo del año escolar, de tal modo que los estudiantes tuvieran tiempo de conocerse entre ellos y familiarizarse con la escuela y el ambiente de la sala de clases.

Los resultados **confirmaron la situación adversa en que se suelen encontrar los niños con problemas**. Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en **soledad percibida**, aunque no en competencia social percibida: sin embargo se vio que **los niños LD eran incluidos con menor probabilidad en el grupo “popular”** que los niños sin problemas, y con mayor probabilidad en el grupo controvertido (polémico). Es decir, los estudiantes con dificultades específicas del aprendizaje de este estudio afirmaron experimentar mayores sentimientos de soledad que sus pares sin problemas. Por otra parte, resultaron ser menos populares y más controvertidos que los niños sin problemas. Sin embargo -un hallazgo consistente con estudios anteriores- pese a ser menos populares y sentirse más solos que sus pares, **no se percibían o no tendían a catalogarse como menos competentes socialmente**.

La soledad es un fenómeno percibido que en algunos casos no tiene asidero real. Aquí queda demostrado, para este grupo de alumnos, que sus sentimientos se basan en datos concretos, ya que se relacionan directamente con su estatus social disminuido: los hechos demuestran que los estudiantes LD eran menos populares que los estudiantes sin problemas y con menor probabilidad de ser elegidos para participar en actividades sociales que sus pares. Aunque reconocen Pavri y Luftig que se requiere mucha más investigación acerca de los comportamientos específicos que originan esa soledad.



“Sería aconsejable que los profesores de aula se preocuparan también de los sentimientos de soledad y depresión de sus alumnos, al tiempo que les enseñan las habilidades sociales requeridas”.

161 Para este propósito utilizaron el Peer Nomination Inventory (de Luftig, 1986) que comprende 15 ítems que exigen a los estudiantes nombrar hasta tres compañeros que cumplen con determinados atributos: por ejemplo, “nombrar tres compañeros de tu clase que tienen mucho sentido del humor”, “nombrar tres compañeros a quienes te gustaría invitar a la casa después del colegio”, “nombrar tres compañeros de tu clase que pelean y discuten un montón”.

Además, la Modified Children’s Loneliness Scale (Luftig, 1986. Adaptación del Children’s Loneliness and Social Dissatisfaction Rating Scale de Asher y otros) destinada a determinar la competencia social percibida, la soledad percibida, estimación del estatus social y facilidad percibida para hacerse de amigos. Se trata de una escala Likert de 5 tramos, con 17 ítems del tipo: “soy bueno para trabajar con otros niños”, “me resulta difícil tener amigos”, “me gusta el colegio”, etc.

Parece ser, en consecuencia, que el solo hecho de ubicar a los alumnos con discapacidades y trastornos en salas de clase inclusivas no es suficiente para garantizar su **inclusión social**, haciéndose necesarias **otras medidas** que faciliten su aceptación por parte de los demás. Esto no desconoce los aspectos positivos de las iniciativas que tienden a la integración e inclusión, pero muestra que junto a los aspectos académicos y curriculares -importantes por cierto- se hacen necesarias medidas específicas destinadas a atender la dimensión socio- emocional.

Problemas académicos y alteraciones socioemocionales

Hagin (1997) ha estudiado a fondo el asunto relativo a los **problemas psicológicos que se presentan como dificultades académicas**. Dice que **con frecuencia las primeras señales de advertencia de los problemas emocionales aparecen ligadas a la escolaridad**. En su trabajo proporciona algunas herramientas para reconocer tales problemas, entender sus causas y estar en condiciones de planificar una intervención efectiva.¹⁶²

En lo que concierne a la **depresión**, explica que en el DSM IV las alteraciones del estado del ánimo se describen de manera similar para adultos, adolescentes y niños, con escasas diferencias (lo que ya hicimos notar). A juicio de la autora, los síntomas de los niños pueden incluir más dolencias somáticas, un alto grado de irritabilidad, mal genio y aislamiento social. En especial, el comportamiento deriva en dificultades y tensiones clínicamente significativas que afectan áreas muy decisivas del funcionamiento social, obligaciones y tareas. Este es justamente el punto que ayuda al clínico a hacer la **distinción diagnóstica** entre el paciente que cumple con los criterios para alguno de los **trastornos del estado de ánimo** y el joven con **trastornos del aprendizaje** cuyos sentimientos de depresión se originan en el trastorno específico mismo:



“La presencia de un trastorno del aprendizaje –especialmente de uno cuyos penetrantes efectos no son bien comprendidos por los padres, ni tampoco se ve adecuadamente atendido en el programa escolar– puede llegar a ser desalentadora. Las consecuencias son auto-devaluación, preocupaciones acerca de la propia capacidad intelectual general, y un estrechamiento de intereses a causa del tiempo dedicado a estar al día con las exigencias académicas regulares”.

Hagin explica que, si bien los niños y jóvenes con TEA pueden manifestar síntomas depresivos en relación a los logros escolares, **suelen al mismo tiempo funcionar bien en otras áreas**, tales como deportes, tecnología computacional, matemática, mecánica y arte. Este hecho es muy

162 Hagin, Rosa A. :“Psychological problems that present as academic difficulties”. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol.6, N.3, 473-487, 1997.

En el artículo la autora dedica la 1ª sección a plantear una serie de principios que están en la base de un diagnóstico comprehensivo, el que contempla 5 componentes principales:

1. Definición del problema.
2. Descripción de las oportunidades educacionales previas.
3. Estimación de los logros educacionales actuales.
4. Estimación o análisis del funcionamiento cognitivo y neuropsicológico.
5. Descripción de los recursos emocionales.

En la 2ª sección discute asuntos relativos al diagnóstico e intervención frente a una serie de alteraciones emocionales: depresión; ansiedad; las asociadas a problemas conductuales y/o atencionales; las que resultan de alteraciones físicas...

En el texto revisaremos sus aportes solamente en relación a la ansiedad y la depresión.

esclarecedor para la intervención que se debe llevar a cabo. El diagnóstico comprensivo es importante en estos casos, no sólo para determinar las habilidades académicas que es preciso enseñar directamente, sino también para descubrir las fortalezas que pueden servir como compensación o como señales que ayudan a **restaurar la fe del niño en su capacidad** para aprender y obtener logros. Por cierto, el apoyo verbal no resulta tan convincente como la evidencia concreta de logros.

En cambio, **si el joven fracasa en reconocer algún éxito y continúa previendo un futuro desesperanzador, el diagnóstico comprensivo debería tener un énfasis diferente**. Sería aconsejable revisar la historia escolar a fin de obtener una estimación de los logros y el estilo de aprendizaje previos, junto a una apreciación de las habilidades académicas actuales. Si los datos no sugieren signos de trastornos de aprendizaje tempranos y las habilidades actuales aparecen adecuadas, **el diagnóstico tendrá que focalizarse en las variables emocionales y en la historia familiar**. Estos hallazgos deberán orientar el plan de intervención (la autora hace al respecto algunas sugerencias), cumpliendo los arreglos académicos un rol secundario. Aclara:



“La estructura anterior no pretende sugerir que los pacientes depresivos no tengan dificultades de aprendizaje, sino más bien que sus dificultades son diferentes a los problemas de decodificación o codificación, de base neuropsicológica, que presentan los estudiantes con trastornos del aprendizaje. Los jóvenes deprimidos con frecuencia tienen problemas para captar el significado de lo que tratan de leer. A menudo se quejan de la intrusión de asociaciones irrelevantes desencadenadas por alguna referencia casual en el texto. Pueden llegar a estar tan preocupados de detalles menores que son incapaces de integrar ideas en el texto”.

Explica la autora que los problemas de estos alumnos se relacionan con sus desordenados procesos de pensamiento, asociados a la depresión, lo que interfiere su memoria y otras facultades críticas.

En lo que concierne a los **trastornos de ansiedad**, Hagin dice que hay jóvenes que, si bien no presentan ninguna de las características educacionales o neuropsicológicas de un **TEA**, su ansiedad inflexible e intolerante los hace incapaces de aprender en el colegio. Un caso lo representa el **rechazo a la escuela**:¹⁶³



“Mientras que hacer la cimarra corresponde a la ausencia a la escuela que ocurre sin el conocimiento de los padres, el rechazo a la escuela se da con su pleno conocimiento y puede reflejar alguno de los aspectos patológicos de la dinámica familiar. Estos niños demuestran aislamiento social, apatía, tristeza y problemas de concentración. Sus temores irracionales acerca de daños a sus familias y las preocupaciones acerca de la muerte o de morir, plantean demandas excesivas a sus padres o cuidadores. Tales conductas pueden también asociarse a trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia o depresión mayor. En consecuencia, los criterios diagnósticos exigen una cuidadosa atención, particularmente con respecto a la historia de la enfermedad actual.

El rechazo escolar puede darse también en unos pocos niños con trastornos del aprendizaje severos, pero no diagnosticados, que encuentran intolerables las exigencias instruccionales de la escuela”.

¹⁶³ La autora dice que la denominación diagnóstica antigua era fobia escolar (school phobia), pero que el término rechazo escolar o rechazo a la escuela (school refusal), aunque más neutro, es más preciso.

Después de examinar las diferentes manifestaciones del rechazo a la escuela, la autora enfatiza que **mientras más se pospone la vuelta al colegio, más difícil se hace reintegrar al niño al programa educativo**. Es necesaria la cooperación de todas las partes para que los procedimientos de **desensibilización gradual** logren tener al estudiante de vuelta en el recinto escolar; primero en la oficina del especialista u orientador; más adelante, integrado en tareas actividades relativamente pasivas y, finalmente, de lleno en el programa escolar. Otro punto que menciona Hagin, con sugerencias para enfrentarlo, es el de la **ansiedad frente a pruebas y exámenes** que presentan algunos alumnos: recomendamos su lectura.

Birmaher y Villar¹⁶⁴ estiman que el 1% de la población infantil en Estados Unidos presenta rechazo al colegio. Si bien este problema puede ser uno de los síntomas de cualquier trastorno de ansiedad -y **en particular de la ansiedad de separación, la fobia social, agorafobia y la fobia simple**- creen que otros trastornos psiquiátricos (problemas de conducta, uso de drogas, depresión, enfermedad bipolar) y médicos, también pueden causarlo. De especial interés para los educadores:



“Los niños con problemas de aprendizaje, problemas del lenguaje, retardo mental subclínico, problemas visuales o auditivos también pueden rechazar ir al colegio pues les es muy difícil aprender y se frustran o avergüenzan de sus capacidades. Puede ocurrir que el niño o el adolescente no quieran ir al colegio por hechos reales como rechazo, abuso (verbal, físico o sexual) o burla por parte de otras personas”.

Ansiedad y depresión en la niñez y adolescencia

Los autores incluyen en su trabajo sobre los **trastornos de ansiedad en niños y adolescentes** una descripción de sus características generales que ilustra bien el punto:

- Son más exagerados de lo que se espera en un niño normal.
- Afectan el funcionamiento del niño (familiar, interpersonal, escolar).
- Incluyen síntomas cognitivos (preocupación excesiva, etc.), somáticos (taquicardia, dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales) y motores (evitar personas, situaciones y objetos fóbicos).
- Aparecen y desaparecen por temporadas.
- Aparecen o empeoran ante el estrés (separaciones, cambio de colegio, cambio de ciudad, enfermedades, conflictos familiares, etc.).
- Es frecuente que varios trastornos de ansiedad coexistan con otros trastornos de ansiedad y estén acompañados de otros trastornos psiquiátricos (en particular de depresión).

Los autores señalan características clínicas, etiología, tratamiento farmacológico y complicaciones de varios de los cuadros descritos anteriormente siguiendo el DSM, junto a su preva-

164 Birmaher, Boris y Villar, Luis: “Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes”. En : Meneghello, J. & Grau, A. (eds.): “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia”. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

Birmaher es profesor de psiquiatría y director del Servicio de Psiquiatría Infantil en la Universidad de Pittsburg, USA. Villar, psiquiatra argentino, es profesor visitante en la misma Universidad. En relación a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil, afirman que son más frecuentes de lo que se pensaba, afectando del 10% al 15% de dicha población. “Son tan prevalentes como los trastornos de conducta y más que los trastornos afectivos”. Aportan datos de prevalencia de cada cuadro particular.

lencia en la población infanto-juvenil. Entre ellos: el **trastorno de ansiedad generalizada**, el **trastorno de ansiedad por separación**, la **fobia social**, el **trastorno de pánico con agorafobia o sin agorafobia**, las **fobias simples**, y el **trastorno por estrés postraumático**. En lo que concierne al tratamiento psicoterapéutico y sus modalidades, Birmaher y Villar estiman que hay muy pocos estudios controlados sobre los efectos de la psicoterapia en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. En adultos, afirman, la **terapia cognitiva combinada con la terapia conductista** “ha demostrado que es el tratamiento psicoterapéutico más efectivo para el manejo de pacientes con ansiedad, en particular en los trastornos de pánico y la fobia social”. Los autores, basados en su experiencia, opinan que estos tratamientos son eficaces también en los niños.

A. Tratamiento conductista.

- Técnicas basadas en la exposición gradual al estímulo fóbico con inhibición de la respuesta fóbica o compulsiva.
- Técnicas basadas en la imitación de conductas adaptativas (modelado).
- Estimulación de conductas que no refuerzan la ansiedad e inhibición de conductas que la refuerzan.

B. Terapia cognitiva.

- Enseñanza de técnicas para manejar o “distraer” los síntomas de ansiedad (por ejemplo, repetición de pensamientos positivos, dedicarse a otras actividades).
- Apreciación realista de la situación.
- Autoinstrucción y ejercicio frecuente de conductas de adaptación.

C. Terapia de relajación.

D. Terapia a los padres u otros familiares (individual o familiar).

- Incluye enseñar a los padres las técnicas conductistas y cognitivas citadas anteriormente.

E. Terapia de apoyo y educación sobre los trastornos de ansiedad.

Fig. 8.2. Intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de trastornos de ansiedad, según Birmaher y Villar (2000).

Tal como lo señalan en la tabla (**fig. 8.2**), original de los autores, en general en estas terapias se utilizan técnicas de **relajación**, **desensibilización** progresiva o sistemática (por ejemplo, a los niños con fobia social se los expone progresivamente a los estímulos sociales que producen la fobia; a los niños con fobia escolar se los expone gradualmente al colegio; a los niños con trastornos de ansiedad por separación se los separa poco a poco de los padres); técnicas de **reestructuración cognitiva** (por ejemplo, en adolescentes con pánico o ansiedad generalizada, se disminuye la tendencia a somatizar y a pensar que lo peor va a suceder; en pacientes con pánico se procura también suprimir el “miedo al miedo”); utilización de técnicas que ayuden al joven a pensar positivamente y a disminuir su tendencia a la excesiva preocupación.

También afirman que las terapias -tanto individuales como en grupos de apoyo- basadas en la exposición gradual e inhibición de las respuestas fóbicas, en el cambio de la forma negativa de ver el futuro, parecen ser útiles para ayudar a niños con trastorno de estrés postraumático.



“La terapia ‘de primeros auxilios’ inmediatamente después del trauma parece prevenir el desarrollo de este trastorno. Estas terapias consisten en facilitar a las personas expuestas (en forma directa o indirecta) al trauma a expresar sus experiencias, sea de manera individual o en grupo (también se pueden usar juegos o dibujos)”.

Birmaher y Villar estiman importante, por último, enseñar a los padres a estimular positivamente en sus hijos conductas y pensamientos que ayuden a disminuir los síntomas de la ansiedad, evitando intensificarlos, sea de manera consciente como inconsciente. Aseguran que es primordial **educar a los pacientes, familiares, maestros y el resto de la población, sobre la existencia, la fenomenología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad**, pues



“Esto facilita la implementación de programas preventivos y el tratamiento temprano de estos trastornos, antes de que el problema se vuelva más serio y cause otras complicaciones como el abuso de drogas, depresión, suicidio y bajo rendimiento académico”.

Sin embargo, no está demás recordar que la ansiedad como tal **no siempre es una respuesta patológica**. Puede ser una respuesta normal y adaptativa ante amenazas con la que el organismo reacciona frente a situaciones de peligro. Esto ya lo hicimos ver anteriormente en este manual. Cía, psiquiatra argentino, en un detallado análisis de los diferentes trastornos de ansiedad en la adolescencia,¹⁶⁵ explica que la respuesta ansiosa puede ser útil. Señala que hay mecanismos biológicos adaptativos que actúan desde el nacimiento para proteger al niño de posibles daños (ruidos intensos, animales, oscuridad, separación de seres queridos). “Esto moviliza una respuesta ansiosa normal ante un posible desamparo”. En otras ocasiones, en cambio, la respuesta ansiosa deja de ser adaptativa y útil, perturbando al individuo “por su desproporción, persistencia o aparición sin motivos aparentes”. Estimando que a lo largo de la vida “cerca del 15% de la población desarrolla algún trastorno de ansiedad”, explica que **“se habla de ansiedad patológica cuando la intensidad, la frecuencia o la duración de las crisis ansiosas son excesivas y producen diversas restricciones en la vida familiar, laboral o social y en la capacidad adaptativa del sujeto al entorno”**. Este autor describe las diferentes formas que puede presentar la ansiedad patológica. Si bien nos resultan ya familiares a partir de lo expuesto en páginas anteriores, vale la pena reproducir los términos del experto, ya que introduce matices que resultan esclarecedores:

“La ansiedad patológica se puede presentar de distintas formas:

- Mediante crisis espontáneas, inesperadas y abruptas, como sucede en el denominado **ataque de pánico**. Cuando estas crisis se repiten y se desarrolla una ansiedad anticipatoria (temor a sufrir nuevas crisis), aparece el **trastorno de pánico**.
- En forma persistente, continua, sin crisis fluctuantes, como ocurre en el **trastorno de ansiedad generalizada**.

¹⁶⁵ Cía, Alfredo Horacio: “Trastornos de ansiedad en la adolescencia”. En: Meneghello, J. & Grau, A. (eds.): “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia”. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

- Ante la exposición del individuo a estímulos temidos, en los diversos tipos de **fobias**, o como consecuencia de una situación traumática excepcional, en el **trastorno por estrés postraumático**, acompañada de otros síntomas.
- En una escalada causada por las obsesiones, que se alivia transitoriamente al ritualizar, en el **trastorno obsesivo compulsivo**.

Para el lector que quiera profundizar sobre los trastornos de ansiedad, recomendamos el manual de Belloch, Sandín y Ramos (1995) al que hicimos referencia en el capítulo anterior. Los autores, todos de habla hispana, son especialistas de alto nivel.¹⁶⁶

En relación a la **depresión**, de alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad, **Remedi** (2000), psiquiatra infantil argentina, en un trabajo que tituló "Cuando termina el mito de la infancia feliz y se descubre la tristeza"¹⁶⁷, estima que la incidencia de la depresión mayor **en la población infanto-juvenil** oscila entre el 1% y 2%, siendo superior en el grupo adolescente. Para la distimia, en cambio, la incidencia es del 10% - 14%. Los trastornos bipolares, por último, corresponden al 0.24% - 1.2%. Un aporte interesante del trabajo de Remedi es que, si bien reconoce en relación a la depresión que "**las evidencias sugieren similitudes diagnósticas entre los diferentes grupos etarios**", cree que hay variaciones evolutivas que es necesario conocer para hacer un diagnóstico apropiado y, por otra parte, que "**la hipótesis de la inmunidad que la infancia prodigaba al niño se ha desterrado**" con nuestros progresos en el conocimiento más sistematizado de la psicología evolutiva.

La autora hace un breve recorrido desde las primeras descripciones de la depresión infantil (los trabajos de Spitz en los 40 sobre la depresión anaclítica y el hospitalismo; las fases descritas por Bowlby en niños con privación materna, que ya examinamos en este texto) hasta los criterios diagnósticos del DSM IV en nuestros días. Hace una comparación muy detallada entre los dos cuadros más significativos, el **trastorno depresivo mayor** y el **trastorno distímico**, enriqueciendo los criterios del DSM expuestos en las páginas anteriores, diferenciando entre rasgos **distintivos**, rasgos **consistentes** y rasgos **variables**, para cada entidad nosológica.

También explica que **muchos de los niños con depresión llegan a la consulta médica por su "conducta"**. De hecho, se los ve como niños:

- Irritables, desafiantes, negativistas, rehúsan hacer la tarea escolar, manifiestan exabruptos emocionales importantes en la escuela y en el hogar.
- Con quejas somáticas inexplicables, cefaleas, dolores abdominales (exagerados en relación con su etiología y la mayoría de las veces sin causa médica justificada).
- Hiperactivos, impulsivos, actúan como si tuvieran un motor en marcha; son francamente disruptivos, agresivos y niegan permanentemente lo que les acontece.

166 Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. "Manual de psicopatología". McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995. En el vol. 2, la parte IV está dedicada al estrés y los trastornos emocionales. Ver, especialmente:

1. Sandín, B. El estrés.
2. Sandín, B. y Chorot, P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad.
3. Sandín, B. y Chorot, P. Síndromes clínicos de la ansiedad.
4. Sandín, B. Teorías sobre los trastornos de ansiedad.
5. Echeburúa, E. y De Corral, P. Trastorno de estrés postraumático.
6. Botella, C. y Robert, C. El trastorno obsesivo-compulsivo.

167 Remedi, Carolina: "Cuando termina el mito de la infancia feliz y se descubre la tristeza". En Meneghella, J. & Grau, A. (eds.): "Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia". Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

Un mérito del manual de Meneghella y Grau es que se trata de un texto latinoamericano, por tanto aparece muy ligado a nuestra realidad.

“Para un lego -explica Remedi- nada de lo anterior parecería vincularse a una depresión infantil. Sin embargo, las dos primeras descripciones pueden corresponder a un episodio depresivo mayor, en tanto que la última a un trastorno bipolar”. Junto con explicar la duración que pueden tener los distintos episodios, el porcentaje esperado de recurrencias y las posibles complicaciones acumulativas para el proceso de desarrollo social, cognitivo, intrapsíquico e incluso somático, que pueden derivar del no tratamiento de las depresiones en los niños, entrega una tabla que resume los síntomas depresivos en las diferentes etapas del desarrollo. La reproducimos por la rica caracterización de tipo diagnóstica que otorga (**fig. 8.3**).

En lo referente al tratamiento, la psiquiatra recomienda el uso de intervenciones de diversa índole: psicoterapia individual, terapia familiar, terapia cognitivo-conductual, asesoramiento e intervención escolar y entrega alguna información acerca de la medicación antidepressiva.

PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES
Tranquilidad.	Inseguridad.	Abatimiento.
Timidez.	Asociabilidad.	Rumiaciones.
Agitación.	Irritabilidad.	Oscilaciones del ánimo.
Agresividad.	Falta de concentración.	Impulsos suicidas.
Renuncia a jugar.	Mal rendimiento.	Humor depresivo.
Humor depresivo.	Humor depresivo.	Trastorno del apetito.
Descarga de llanto.	Aburrimiento.	Cefaleas.
Poco apetito.	Aislamiento.	Quejas somáticas.
Trastorno del sueño.	Descarga de llanto.	
Movimientos estereotipados.	Enuresis.	
Manipuleo genital.	Onicofagia.	
	Pavor nocturno.	
	Quejas somáticas.	

Fig. 8.3. Síntomas depresivos en niños y adolescentes, según Remedi.

Un estudio que se está realizando en el país por un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dirigido por la psicóloga Ximena Godoy¹⁶⁸, determina que **entre el 3% y el 10% de los preescolares** en el país sufre depresión. El trabajo se realizó en una muestra de 1250 preescolares de distintos niveles socio-culturales. Para constatar la presencia del trastorno depresivo, Godoy y equipo aplicaron una serie de encuestas para preescolares y sus padres desarrolladas por la psiquiatra Joan Luby de la Universidad de Washington y directora de una clínica para depresión infantil. Ello unido a la observación directa de los niños mientras se les hacía dibujar o pintar y jugar. Sorprende la diferencia, según nivel socioeconómico, de la incidencia de la depresión en este estudio: En los estratos altos, el trastorno alcanza al **3%** de la población. La investigadora explica que “vemos a niños muy solos, con padres separados, madres trabajadoras sin tiempo libre y con un cambio de ‘nanas’ (niñeras) muy frecuente”. En los estratos más bajos, en cambio, la cifra alcanza al **10%**. Explica que en este

168 La información aparece en el suplemento Vida y Salud de El Mercurio del 6 de enero 2009.

medio “aparecen otros trastornos que predisponen al niño a la depresión, como la violencia intrafamiliar, drogadicción en los hermanos y alcoholismo en los padres”.

La presencia de depresión en alguno de los progenitores, eventos estresantes como enfermedades crónicas, la muerte de algún familiar y haber presenciado un accidente son factores de riesgo para niños de todos los sectores sociales. Los síntomas del trastorno según la edad, de acuerdo a la investigación que dirige Godoy, se muestran en la tabla de la **fig. 8.4**.

PREESCOLARES (3 a 6 años)	ESCOLARES (6 a 12 años)	PREADOLESCENTES y ADOLESCENTES (12 a 18 años)
Quejas de dolor físico. Irritabilidad. Retraso en el desarrollo. Fobia escolar. Tristeza sostenida en el tiempo. Falta de deseo por jugar. Trastornos del sueño (duermen mucho o muy poco).	Quejas de dolor físico. Hiperactividad. Ansiedad y agresividad. Apatía y tristeza. Sensación de aburrimiento. Falta de concentración. Bajo rendimiento escolar. Desadaptación escolar. Trastornos de la alimentación. Trastornos del sueño. Fatiga o pérdida de energía. Anorexia. Conductas obsesivas.	Malhumor y agresividad. Conducta antisocial. Deseos de irse de la casa. Sentimiento de no ser comprendido. Desinterés por el aseo personal. Aislamiento y desgano. Dificultades escolares. Retraimiento social. Rechazo a las relaciones de pareja. Desinterés por cosas que antes le atraían.

Fig. 8.4. Síntomas del trastorno según la edad, de acuerdo a la investigación de Godoy, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (2009).

Como ocurre con la ansiedad, cabe advertir finalmente, que **también los sentimientos de depresión pueden tener una cara adaptativa**. Resumiendo el aporte de varios investigadores, apuntan **Vásquez y Sanz (1995):**¹⁶⁹



“Los sentimientos de abatimiento o de depresión son viejos compañeros de la raza humana y seguramente, en sus formas menos graves, tienen unas funciones filogenéticas adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar energía para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación”.

169 En Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. “Manual de psicopatología”, citado anteriormente, en el vol. 2, ver capítulos:

08. Vázquez, C. y Sanz, J. Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos.
 09. Sanz, J. y Vázquez, C. Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas.
 10. González de Rivera, J. y Monterrey, A. Psicobiología de la depresión.

Los autores explican que, sin embargo, ya sea por su **duración**, por su **frecuencia**, por su **intensidad** o por su **aparente autonomía**, tales sentimientos pueden también llegar a interferir de forma severa la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. Pueden llegar a ser, en definitiva, patológicos.

Recientemente se han hecho en el país otras importantes contribuciones en el área de la salud mental, con una visión actualizada de algunos los temas que hemos estado examinando. En el libro **“Clínica escolar: prevención y atención en redes”** (Ediciones Universidad Católica 2008), Milicic, Mena, López y Justiniano, sus autoras, plantean que:



“La escuela tiene un rol fundamental en la promoción y prevención de la salud mental de sus miembros. Por eso, este libro postula que al comprender las principales dificultades psicológicas en el ámbito escolar, se favorece el desarrollo de estrategias que minimicen el impacto de los problemas emocionales y de rendimiento. Cuadros depresivos, ansiosos, déficit atencional y trastornos de aprendizaje son analizados aquí a la luz de transformar la cultura escolar tradicional en una que acoja y se beneficie de la diversidad y la inclusión. Aunque está dirigido especialmente a psicólogos escolares, psicopedagogos y orientadores, su lectura puede ser muy útil para profesores y apoderados cuyos niños presentan alguna de las dificultades descritas”.

Otra obra, aunque dirigida más específicamente a psiquiatras y psicólogos clínicos, es **“Salud mental: práctica clínica en un centro universitario”** de Sharim, Machuca y Reinoso (Ediciones Universidad Católica 2008). El libro recoge la experiencia del trabajo docente y la atención profesional en el Centro de Salud Mental de la PUC (Pontificia Universidad Católica), que depende del Departamento de Psiquiatría y la Escuela de Psicología. Los autores explican que “a través de la descripción de los problemas de salud más comunes en el Chile de hoy y de sus respectivas propuestas de atención, se analizan los aspectos teóricos y técnicos que favorecen el bienestar de los pacientes y sus familias, así como la atención clínica, la investigación y la docencia”.

Facilitación del desarrollo socioemocional.

En las últimas tres décadas se han hecho sólidas contribuciones en el contexto psicopedagógico para el tratamiento de las **dificultades socioemocionales**. Se han traducido especialmente en **programas**, en base a estrategias, que apuntan al desarrollo **emocional** y de la **autoestima**, al entrenamiento en **habilidades sociales**, a la mejora de la **dinámica familiar**, del **clima escolar** y del **comportamiento pro-social** de los alumnos.¹⁷⁰

¹⁷⁰ Sin necesidad de acudir a los numerosos programas que se han generado en el extranjero, baste nombrar algunos de los contribuciones realizadas en el país, por psicólogas de la Universidad Católica de Chile:

- Neva Milicic, Nadja Antonijevic: Padres e hijos: vivir en familia. Siempre es posible hacerlo mejor. Texto para padres. Buenos Aires. Nuevo Extremo, 1989.
- Neva Milicic: Abriendo ventanas: ejercicios para el desarrollo afectivo. (Sugerido para niños de 5 a 8 años). Santiago, Chile. Edit. Universitaria, 1991.
- Neva Milicic: A ser feliz también se aprende: guía para la educación del niño de dos a seis años. Buenos Aires. Sudamericana, 1991.
- Ana María Aron, Neva Milicic: Vivir con otros. Santiago, Chile. Universitaria, 1993.
- Isabel M. Haessler, Neva Milicic: Confiar en uno mismo: programa de autoestima. Santiago, Chile: Dolmen, 1995.
- Ana María Arón, Neva Milicic: Clima social escolar y desarrollo personal: un programa de mejoramiento. Barcelona: Andrés Bello, 1999.
- Neva Milicic participa como columnista en revistas haciendo importantes contribuciones en la perspectiva de lo que ella denomina “Escuela

De lo revisado en las páginas anteriores se puede ver la estrecha relación que se da entre **desarrollo emocional** y **desarrollo social**. Los programas anteriormente citados contemplan, de hecho, la utilización de estrategias que favorecen y estimulan ambos aspectos. Los **modelos explicativos** acerca de la carencia de habilidades sociales o de la escasa competencia social que caracteriza a algunas personas, no pueden dejar de contemplar **variables de carácter emocional y cognitivo-emocional**, entre sus ingredientes. Una excelente síntesis del área, basada en una completa revisión bibliográfica y en su propia experiencia, la llevaron a cabo **Hidalgo y Abarca** (1992), psicólogas, en un libro en el que proponen un completo programa de entrenamiento en habilidades sociales.¹⁷¹

Junto con aportar datos relativos a la prevalencia del problema en los jóvenes, describen **cuatro modelos explicativos de la falta de habilidades sociales**. Cada modelo propone técnicas de tratamiento específicas, acordes con la naturaleza de la explicación del déficit, las que han sido tenidas en cuenta por ellas para desarrollar su programa. Advierten que “ninguno de estos modelos **por sí solo** es capaz de explicar las diversas y complejas dificultades en las relaciones interpersonales”. Los modelos, que ilustran muy bien los problemas del área, son los siguientes (y que ya citamos en nuestro libro de “Psicología del Lenguaje” en el capítulo dedicado a las “Habilidades sociales en la comunicación”):

- **Modelo de déficit de habilidades sociales:** “dicho déficit se debe a la falta de aprendizaje de los componentes motores verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente. La persona inhábil carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas, porque no las ha aprendido o lo ha hecho inadecuadamente”.
- **Modelo de inhibición por ansiedad:** “la persona tiene las habilidades necesarias en su repertorio, pero están inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada clásicamente a las situaciones sociales”.
- **Modelo de inhibición mediatizada:** la inhibición se ve “mediatizada por diversos modelos cognitivos: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas; expectativas y creencias irracionales; auto-verbalizaciones negativas e inhibitorias; auto-instrucciones inadecuadas; estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación; expectativas respecto a la conducta asertiva”.
- **Modelo de percepción social:** la inhabilidad social obedece a “falta en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no. La persona debe tener un conocimiento no sólo de la respuesta adecuada sino también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse. Es una habilidad de ‘leer el ambiente social’. Esa habilidad se denomina percepción social”.

Otra línea de acción influyente en el área y que ha estado muy de moda estos últimos años se ha inspirado en el concepto de **inteligencia emocional** de **Daniel Goleman**, desarrollado en el libro del mismo nombre, de 1995, y en otros de sus trabajos, como: “La inteligencia emocional en la empresa”.¹⁷² **Santrock** (2001), en la perspectiva de la psicología de la educación, dedica un apartado al tema en el que incluye un **test de autoevaluación para profesores** (con 17 ítems). Se puede obtener, al responderlo, un puntaje global y su interpretación, en relación a la pregunta: “¿Qué tan emocionalmente inteligente soy?”.

para padres” y ha seguido publicando numerosos opúsculos de autoayuda.

171 Carmen Gloria Hidalgo, Nureya Abarca: Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales. (Para adolescentes). Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, 1992.

172 Lawrence Shapiro, por su parte, escribió “La inteligencia emocional en los niños”. J. Vergara, Buenos Aires 1997.

La **inteligencia emocional** (IE) comprende varias facetas:

- **Autoconciencia emocional:** por ejemplo, separar los sentimientos de las acciones; reconocer las propias emociones.
- **Manejo de las emociones:** por ejemplo, controlar el enojo, tolerar la frustración.
- **Lectura de emociones:** ponerse en la perspectiva de otros, escuchar lo que los demás tienen que decir.
- **Manejo de relaciones:** solucionar los problemas que surgen en ellas, compartir y cooperar.

Para Goleman es importante que los estudiantes, y las personas en general, no repriman sus sentimientos, sino que sean conscientes de ellos para manejarlos de forma eficiente. Apunta Santrock:



“Trabajar con los alumnos para ayudarlos a usar su ansiedad de manera inteligente es otro aspecto que ayuda a mejorar su inteligencia emocional. La ansiedad, por ejemplo, resulta útil siempre y cuando no se salga de nuestro control. La preocupación puede servir como un ensayo de situaciones de peligro y motiva a los alumnos para buscar una solución al problema”.

A fin de ilustrar la importancia del tema, Santrock cita el caso de una escuela donde, dentro de sus preocupaciones curriculares, se procura promover la inteligencia emocional. Es interesante revisar esa referencia, ya que entrega excelentes sugerencias para replicar en instituciones de este país, en especial aquellas que toman en serio lo que realmente supone la atención a la diversidad. Entre otras cosas, se dicta un curso centrado en la problemática, el que incluye aspectos como:

- El desarrollo de la autoconciencia: los profesores ayudan a los alumnos a reconocer sentimientos y a construir un vocabulario para ellos. También los ayudan para ver los lazos que existen entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.
- Detectar si los pensamientos o los sentimientos están gobernados por una decisión.
- Aplicación de conocimiento interno acerca de los sentimientos, en decisiones como beber, fumar y tener relaciones sexuales.
- Reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades: verse a uno mismo bajo una luz positiva pero realista.
- Manejo de emociones: los profesores ayudan a sus alumnos a reconocer qué está detrás de un sentimiento, como el dolor que provoca enojo o depresión. Los alumnos también aprenden cómo enfrentar la ansiedad y la tristeza.
- Responsabilidad frente a las decisiones, acciones y compromisos.
- Entender que la empatía, la comprensión de los sentimientos de los demás y el respeto de las diferencias, son la clave para relacionarse en el mundo social.
- Reconocer la importancia de las relaciones: aprender a ser un buen oyente y cuestionador, ser asertivo en lugar de pasivo o agresivo, y aprender a cooperar, resolver conflictos y negociar.

Es preciso destacar que la noción de inteligencia emocional ha encontrado aplicación también en ambientes ajenos a la escolarización formal y la psicoterapia.¹⁷³

¹⁷³ En el mundo de la empresa, en la perspectiva del marketing, se enseña en Seminarios y Talleres cómo el manejo de las emociones y el desarrollo de la inteligencia emocional ayudan a mejorar las relaciones con los clientes, con los compañeros de trabajo, con jefes y subalternos, con los amigos y, por cierto, con la propia familia. Entre los temas que se tratan, aparte del concepto de IE y su desarrollo, están:

Un excelente manual de “actividades para desarrollar la afectividad” fue elaborado hace varios años en el país por Francisca **Molina** y Adriana **Muñoz**¹⁷⁴, educadoras, y lleva como título: “Los niños crecen con afecto”. En él se pretende que los niños tengan la oportunidad de “**expresar y compartir voluntariamente sus sentimientos, experiencias e ideas, para que puedan sentirse queridos, aceptados, valorados y estimados por otros, en un clima de respeto, aceptación y cariño**”. Las autoras afirman que “ningún adulto puede apoyar y comprender a sus hijos, mientras no comprenda sus emociones y sentimientos y la forma como se puede reaccionar frente a ellos”.

Dan una serie de razones que justifican el manual. Entre ellas:

- Todos necesitamos sentirnos aceptados, queridos, valorados, seguros, para establecer una sana convivencia.
- Los adultos debemos orientar a los niños, permitiéndoles expresar y comunicar sus sentimientos en un clima de confianza y amor.
- Si los niños no viven experiencias afectivas constructivas es probable que experimenten conductas de agresividad, temor, frustración, inseguridad, timidez y desvaloración.
- Desarrollar la afectividad en los niños es una misión que requiere de un esfuerzo colectivo por parte de los padres, educadores y otros profesionales.
- Los niños durante la segunda infancia (6 a 12 años), pasan la mayor parte de su tiempo en las escuelas.

El manual está integrado por **seis unidades de trabajo** organizadas en torno a temas centrales, coherentes entre sí, y ordenadas secuencialmente, considerando las experiencias del mundo interno y externo del niño:

- I. **¿Quién soy?** Posee un conjunto de actividades que ayudan a los niños a tomar conciencia de sí mismos, compartir sus experiencias de vida más cercanas, descubrir similitudes y diferencias en su grupo de pares.
- II. **Expresando sentimientos y emociones.** Contiene actividades de dimensiones más profundas. A través de ellas los niños tienen la oportunidad de comunicar sus gustos, preferencias, penas, alegrías, miedos, rabias, sueños y fantasías.
- III. **Jugando y creando.** Considera el juego como eje central en el desarrollo de los niños. Incorpora actividades que le permiten compartir sus experiencias lúdicas e investigar sobre diversos juegos y tradiciones.
- IV. **La escuela a la que voy todos los días.** Pretende que los niños comuniquen sus vivencias, expectativas, sueños y motivaciones. La escuela debe convertirse en un espacio de socialización y crecimiento más gratificante para ellos.
- V. **El lugar donde vivo.** Reúne un conjunto de actividades que permite a los niños conocer el lugar donde habitan, sus organizaciones, vecinos, ciudades, gobierno, aspectos artísticos y culturales, con el propósito de que se identifiquen y valoren su entorno.
- VI. **Los derechos y deberes de los niños.** Orientada a crear conciencia sobre los derechos de los niños, a fin de defenderlos y promoverlos. También considera que los niños asuman responsablemente sus deberes y obligaciones frente a su familia, escuela y comunidad.

Emociones, sentimientos y estados de ánimo; el lenguaje y las emociones; ética y valores en la inteligencia emocional; emociones y lenguaje en la empresa; competencias emocionales en el trabajo; servir al cliente con IE; la IE como ventaja competitiva; emociones durante la atención de clientes; cómo evitar la pérdida de clientes con IE; desarrollo del autocontrol, empatía y habilidades sociales.

174 Francisca Molina, Adriana Muñoz: Los niños crecen con afecto. Credencia, Santiago de Chile, 1989. El manual está destinado al trabajo con niños de 6 a 12 años.

La **metodología de trabajo** es definida por las autoras como activa, participativa, vivencial y reflexiva. Los **recursos metodológicos** contemplan trabajos en círculo, en semicírculo, libros de vida, afiches, coreografía, testimonios, foto lenguaje, dibujos, cartas, mímica, títeres, exposiciones, debates, caja de sentimientos, entrevistas, ejercicios de relajación, boletines informativos, etc. Las **sesiones de trabajo** tienen una estructura bien definida (apertura, desarrollo de la actividad, cierre). Cada **unidad** contempla varios **contenidos**, los que son tratados a través de actividades programadas.

Otra contribución rica y orientadora en el área la ha hecho más recientemente Céspedes, neuropsiquiatra infantil, especialista en neuropsicología del escolar.¹⁷⁵ La autora, con vasta experiencia clínica, aclara que es preciso distinguir entre 'disciplinar y 'educar emocionalmente' y estima que educar a los hijos para la vida es **formar sus emociones, enseñarles a conocerse, enseñar a entender y enfrentar las dificultades, aprender a escuchar**, pero también, es **protegerlos y nutrirlos de afecto, valoración y respeto**. Los padres tienen que cambiar los castigos, la principal solución que tienen a mano, por conversaciones con sus hijos, sin descuidar las normas e imponer límites, pero en un marco de respeto.

175 Céspedes Calderón, Amanda: Cerebro, inteligencia y emoción: neurociencias aplicadas a la educación permanente. Fundación Mirame, 2007.
Céspedes Calderón, Amanda: Niños con pataleta, adolescentes desafiantes: cómo manejar los trastornos de conducta en los hijos. Edit. Vergara, 2007.
Céspedes Calderón, Amanda: Educar las emociones. Educar para la vida. Edit. Vergara, 2008.

DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

► Temas del capítulo

- Necesidades educativas especiales. La normativa chilena.
- Dificultades (problemas) de aprendizaje.
- Tipos de dificultades de aprendizaje y de necesidades educativas especiales.
- Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad.
- Necesidades educativas especiales no asociadas a discapacidad.
- Decretos e instructivos vigentes que norman la educación especial.

Necesidades educativas especiales. La normativa chilena

Las **dificultades de aprendizaje** -así como el tema de las **necesidades educativas especiales**- concentran un conjunto de condiciones que, sin asociarse **necesariamente** a problemas psicológicos o conductuales, suelen escapar a lo “normal” en el contexto pedagógico y también familiar. Los procedimientos metodológicos habituales en un aula convencional, con un enfoque “homogeneizador” pueden resultar insuficientes para atender en forma adecuada a niños y adolescentes que presentan dificultades de aprendizaje y, particularmente, alguna de las condiciones que se suelen englobar bajo la denominación de “necesidad educativa especial”.¹⁷⁶

No todos los niños que presentan dificultades de aprendizaje llegarán a formar parte del conjunto de aquellos diagnosticados con “necesidades educativas especiales”, aunque es necesario hacer presente que estos conceptos o denominaciones no se utilizan en todas partes de la misma manera ni con la misma extensión.

Todo niño, estrictamente hablando, **presenta necesidades especiales y peculiaridades que definen su individualidad**. De ello ya nos ocupamos en capítulos anteriores. El maestro debe estar preparado, por lo tanto, para atender a tales diferencias y contribuir al logro de los fines generales de la educación en todos los educandos. El fin último es el desarrollo integral de cada uno de ellos como persona, en relación con otros, cualquiera sea su condición. Sin embargo, hay niños y jóvenes que precisan algún tipo de **ayudas menos usuales**. Aquellos, por ejemplo, con un trastorno generalizado del desarrollo -como el autismo- o con deficiencia

176 La denominación “necesidades educativas especiales” se comenzó a utilizar en Gran Bretaña a partir del Informe Warnock, que inspiraría más tarde la ley de educación en ese país del año 1981. Dicho informe fue redactado por un comité de expertos por encargo del Parlamento. El informe ha entregado pautas decisivas para las nuevas orientaciones en la educación especial en muchas partes del mundo.

Warnock H.M.: “Special education needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People”. Her Majesty's Stationery Office, London, 1978.

visual o auditiva, los que presentan dislexia, déficit atencional, los que adolecen de un severo déficit cognitivo-intelectual, o los niños y jóvenes con talentos excepcionales, etc. Esto ha llevado a distinguir entre necesidades educativas “comunes” a todos los niños y necesidades educativas “especiales”.

Para definir las, el foco se pone actualmente en el tipo de medidas curriculares o “ayudas” que apuntan a satisfacerlas: hay niños y jóvenes a quienes les son suficientes las medidas y recursos habituales (¡los que no tienen que ser necesariamente idénticos para todos!). Otros, en cambio, requieren, como se apunta más arriba, “ayudas menos usuales”.

“El concepto de necesidades educativas especiales -se explica en la página web del MINEDUC- se centra en identificar las condiciones que afectan el desarrollo personal del estudiante y que justifican la provisión de determinadas ayudas o servicios especiales. Lo importante, desde esta mirada, es generar las condiciones en el contexto escolar y familiar que disminuyan las barreras que los niños, niñas y jóvenes experimentan al momento de participar y alcanzar aprendizajes de calidad”.

Para Sola y López (1999), el concepto de **necesidad educativa especial**



“Está íntimamente relacionado con las ayudas pedagógicas que determinados alumnos requieren para su desarrollo y crecimiento personal.

En este sentido, consideramos alumnos con necesidades educativas especiales no sólo a aquellos que presentan determinadas limitaciones para el aprendizaje, con carácter más o menos estable, sino también a todos aquellos que, de una manera puntual y por diferentes causas, pueden necesitar ayuda para regular o encauzar de una manera normal su proceso de aprendizaje”.

La referencia anterior plantea la ya familiar distinción entre necesidades educativas especiales “permanentes” y “transitorias”, que revisaremos más adelante (y cuya diferenciación no siempre es nítida). Sin embargo, como las “ayudas” en buena parte se traducen en subvenciones y costos especiales, administrativamente las autoridades educacionales responsables deben definir los montos y períodos de asignaciones de recursos. En este sentido, el MINEDUC en Chile considera necesidades educativas “permanentes” las asociadas a discapacidades (déficit intelectual, ceguera, autismo, etc.) e incluye dentro de las “transitorias” (estrictamente hablando, necesidades con subvenciones transitorias) los TEL (Trastornos Específicos del Lenguaje), TEA (Trastornos del Aprendizaje), TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y CI (Cociente Intelectual) Límite. A lo largo del texto definiremos todas estas condiciones.¹⁷⁷

Alumnos con **Necesidades Educativas Especiales** (NEE) deben considerarse, entonces, los que **presentan requerimientos extraordinarios y especializados de apoyo para acceder al currículo escolar y progresar en el aprendizaje y que, de no proporcionárseles, verían limitadas sus**

¹⁷⁷ La política educativa desde el año 1990, se explica en la pág. web MINEDUC, ha otorgado una subvención de Educación Especial a los establecimientos educacionales que atienden a la población escolar con NEE (Necesidades Educativas Especiales) para la provisión de apoyos y recursos especializados que requiere para acceder, progresar y egresar del sistema escolar. Esta política ha permitido un aumento sostenido y gradual de la cobertura de estudiantes con NEE que reciben apoyos especializados, que desde el año 1997 a 2008, ha crecido más de un 2000%. No obstante, a pesar del aumento en la cobertura, aún existe un número importante de niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidades más complejas o severas, que no están escolarizados y por lo tanto, no reciben los recursos ni apoyos pedagógicos que le permitan un desarrollo integral.

Si la subvención inicial estaba destinada a los alumnos con discapacidad, más recientemente el MINEDUC ha estado reglamentando aquella que estará destinada a los alumnos con NEE “transitorias”.

oportunidades de aprendizaje y desarrollo. Si bien en las escuelas puede haber muchos niños que presentan dificultades de aprendizaje, no todos requieren apoyos especializados.

Por lo general, hay que tener presente 3 aspectos en la identificación de un alumno con NEE:

1. Dificultades de aprendizaje mayores que las del resto de sus compañeros.
2. Tales dificultades no dependen sólo del alumno: también del contexto.
3. Dichas dificultades exigen adaptaciones y recursos específicos.

A través de la educación “especial” se han canalizado tradicionalmente las acciones destinadas a atender a los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales. Escuelas especiales, escuelas hospitalarias y centros de capacitación laboral se han hecho cargo de niños y jóvenes con alguna discapacidad u otra condición asociada a necesidades especiales. Aquellos diagnosticados con “trastornos del aprendizaje” o TEA, que asisten a escuelas y colegios regulares, han sido atendidos en “grupos diferenciales” dentro de las mismas instituciones, o en forma particular por profesionales especializados. En el Apéndice, al final del texto, se entrega una breve reseña de la educación especial en Chile. Es el caso de advertir que en los diferentes países latinoamericanos se han llevado a cabo importantes iniciativas para la atención de niños y jóvenes con discapacidad y necesidades especiales. Difícilmente en un manual como éste podríamos dar cuenta de todas ellas.

En el año 1994 se promulgó la **ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad**¹⁷⁸, que ha marcado un hito y una puesta al día en iniciativas que se han tomado ya en países desarrollados, destinadas a fomentar la integración y la participación de las personas con discapacidad en todo ámbito social, incluido el educacional. Esta ley fue decisiva para el rumbo que ha tomado la educación especial y diferencial en adelante. A partir de ese año, en Chile se asume la discapacidad como política de estado, se dictan reglamentos que norman distintos aspectos claves y diversos organismos públicos y privados comienzan a tomar conciencia de obligaciones sobre el punto.

Ese mismo año las Naciones Unidas promulgan las **Normas Uniformes** sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, culminación de una serie de medidas internacionales tomadas en los años anteriores y fruto de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992). En relación a **la igualdad de oportunidades**, en dichas Normas se precisa:



“Por logro de la igualdad de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con discapacidad.

*El principio de la igualdad de los derechos significa que las necesidades de cada persona tienen igual importancia, que esas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades y que todos los recursos han de emplearse de manera de garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de participación”.*¹⁷⁹

178 Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad, N° 19.284, enero 1994. Los dos primeros artículos estipulan:

1. Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer la forma y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad, y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas.
2. La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto.

179 El fundamento político y moral de las Normas Uniformes se encuentra en la Carta Internacional de los Derechos Humanos, que comprende la

La ley chilena de integración dedica **siete artículos** al tema de la **integración educacional**.¹⁸⁰ El artículo **26** es clave para entender lo que se espera de la educación especial al tenor de la nueva legislación:



Educación especial es la modalidad diferenciada de la educación general, caracterizada por constituir un sistema flexible y dinámico que desarrolla su acción preferentemente en el sistema regular de educación, proveyendo servicios y recursos especializados a las personas con y sin discapacidad, según lo califica esta ley, que presenten necesidades educativas especiales.

La ley determina en el artículo siguiente que los establecimientos **públicos y privados** del sistema de educación regular “deberán incorporar **innovaciones y adecuaciones curriculares necesarias** para permitir y facilitar -a las personas que tengan necesidades educacionales especiales- el acceso a los cursos o niveles existentes, brindándoles la enseñanza complementaria que requieran, para asegurar su permanencia y progreso en dicho sistema”. Y se aclara:

- Cuando la naturaleza y/o grado de la discapacidad no haga posible la señalada integración a los cursos ordinarios, la enseñanza especial se impartirá en clases especiales dentro del mismo establecimiento educacional.
- Sólo excepcionalmente, en los casos en que los equipos del MINEDUC lo declaren indispensable, la incorporación se hará en escuelas especiales, por el tiempo que sea necesario.¹⁸¹

Queda de manifiesto el ánimo que inspira a la nueva legislación de promover la **integración al sistema regular** de la mayor parte de los niños y jóvenes con discapacidad y/o que presenten necesidades educativas especiales, dejando las **escuelas especiales** sólo para casos muy calificados. Por consiguiente, ya que contarán con menos alumnos, se redefine el rol que deberán cumplir los especialistas que se desempeñan en tales escuelas. Aparte de atender a quienes no están en condiciones de integrarse al sistema regular,



“proveerán de recursos especializados y prestarán servicios y asesorías a los jardines infantiles, a las escuelas de educación básica y media, a las instituciones de educación superior o de capacitación en las que se aplique o se pretenda aplicar la integración de personas que requieran educación especial”.

Los siete artículos de la ley dedicados al “acceso a la educación” de las personas con discapacidad corresponden a una normativa de carácter muy amplio, siendo reglamentada posteriormente por el MINEDUC (Decreto Supremo N° 01/98: Reglamenta Capítulo II de la Ley de Integración Social de las personas con discapacidad).¹⁸² En el reglamento se estipula

Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer, el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, y una serie de pactos internacionales.

180 Del 26 al 32, en el capítulo II: “Del acceso a la educación”, dentro del título IV: “De la equiparación de oportunidades”.

181 El artículo 28 explica que, sobre la base de los informes emanados de los equipos multiprofesionales del MINEDUC y -según corresponda- de los certificados de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, se determinará:

- La necesidad de las personas con discapacidad de acceder a la educación especial.
- La modalidad y el establecimiento pertinente.
- El tiempo durante el cual deberá impartírsele.

182 MINEDUC División de Educación General: Reglamento de Educación: ley de integración social de las personas con discapacidad. Integración escolar de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales. Santiago, 13 de enero, 1998.

El reglamento consta de 4 partes:

- Disposiciones generales (artículos 1 a 3).

que “el sistema escolar nacional, en su conjunto, deberá brindar alternativas educacionales a aquellos educandos que presenten necesidades educativas especiales pudiendo hacerlo a través de:

- Los establecimientos comunes de enseñanza.
- Establecimientos comunes de enseñanza con proyectos de integración.
- Escuelas especiales.

El proceso de integración escolar, según se explica allí, consiste en educar a niños y niñas, jóvenes y adultos con y sin discapacidad **durante una parte o la totalidad del tiempo** en establecimientos de educación común, **el que comenzará preferentemente en el período preescolar, pudiendo continuar hasta la educación superior**. Un aspecto central en este reglamento dice relación con la posibilidad que se ofrece a los establecimientos comunes -que integren alumnos con discapacidad- de presentar en la Secretaría Regional Ministerial de Educación **Proyectos de Integración Escolar**. De esta manera podrán impetrar el beneficio de la subvención de educación especial que posibilita la contratación de “recursos humanos y materiales adicionales” y el perfeccionamiento de los docentes. Los establecimientos educacionales de una misma comuna o región podrán trabajar coordinadamente en la elaboración y aplicación de un proyecto común.¹⁸³ Un alumno “con necesidades educativas especiales derivada de una discapacidad”, que forme parte de un proyecto de integración escolar, podrá ser atendido -según lo exija su situación particular- entre otras, a **través de alguna(s) de las siguientes opciones** (art. 12):

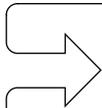
1. Asiste a todas las actividades del curso común y recibe atención de profesionales especialistas docentes o no docentes en el aula de recursos¹⁸⁴ en forma complementaria.
2. Asiste a todas las actividades del curso común, excepto a aquellas áreas o subsectores en que requiera de mayor apoyo, las que deberán ser realizadas en el aula de recursos.
3. Asiste en la misma proporción de tiempo al aula de recursos y al aula común. Puede haber objetivos educacionales comunes para alumnos con y sin discapacidad.
4. Asiste a todas las actividades en el aula de recursos y comparte con los alumnos del establecimiento común en recreos, actos o ceremonias oficiales del establecimiento o de la localidad y actividades extraescolares en general. Esto representa una opción de integración física o funcional.

El reglamento se refiere también al problema relativo a la promoción de curso de los niños con discapacidad e integrados, aclarando cómo debe operarse según las opciones recién mencionadas. Dedicó también una sección, como ya se adelantó, a las escuelas especiales.

-
- Establecimientos comunes con proyectos de integración (art. 4 a 17).
 - Establecimientos de educación especial (art. 18 a 19).
 - Disposiciones relativas a la inserción laboral de los discapacitados (art. 20 a 26).

183 El MINEDUC considera población potencial para la educación especial a los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales “permanentes” o “transitorias” de 2 a 24 años.

184 El aula de recursos es una sala “con espacio suficiente y funcional, que contiene la implementación, accesorios y otros recursos necesarios” para que el establecimiento satisfaga los requerimientos de los alumnos integrados con necesidades educativas especiales.



Muchas iniciativas tendientes a fomentar la integración de personas con alguna discapacidad han sido poco exitosas, ya que se han limitado a instalarlas en las aulas regulares sin los apoyos y adecuaciones necesarias. Se han sentido así discriminadas, sin reales instancias de participación. La nueva filosofía que inspira a la “educación inclusiva”¹⁸⁵ y que supone un cambio de actitudes a todo nivel, en el marco de una cultura diferente, contribuirá a encontrar soluciones más justas en los años que vienen, valorando y haciendo partícipes a **todas** las personas.

El funcionamiento de los “grupos diferenciales” se comenzó a regular por el **decreto 291** de 1999 y el ordinario 5/766 del mismo año. A diferencia de lo que ocurrió con los decretos anteriores (**143** de 1980 y **88** de 1990), que fijaban planes y programas especiales para los niños con “trastornos del aprendizaje”, se determinó que el nuevo programa de apoyo pedagógico se debía regir “por la planificación del curso común, sobre la base de los programas de estudio vigentes”.¹⁸⁶ Dicho decreto señala que el profesor especialista otorgará apoyo pedagógico a los alumnos tanto en el **aula común**, como en el **aula de recursos**. Deberá, además, contribuir a la optimización de la calidad de los aprendizajes “de **todos** los alumnos del establecimiento”, especialmente de aquellos que presentan necesidades educativas especiales y “promover la incorporación activa de la familia de los alumnos y alumnas a la labor que desarrolla el establecimiento educacional en beneficio de sus hijos”. Se destaca, además, la necesidad de “un trabajo colaborativo entre el profesor de curso y profesor especialista”. La normativa enfatiza la cooperación entre ambos profesionales “**quienes asumen y comparten responsabilidades** que benefician a la diversidad de los alumnos”. El **trabajo colaborativo** se define como:



“Un proceso de construcción conjunta de planificación, aplicación, seguimiento y revisión de las actividades de enseñanza-aprendizaje que permiten al alumno con necesidades educativas especiales una mayor integración en la dinámica del aula y una mayor participación del currículo general”.

Para que este trabajo colaborativo se lleve a la práctica y cumpla con su propósito -se aclara- es necesario **modificar aspectos organizativos del establecimiento** que permitan contar con los espacios de participación, reflexión y análisis de los distintos profesionales involucrados en la respuesta educativa ofrecida a los alumnos con necesidades educativas especiales. Ahondando en el punto, se dedica un apartado a las **adaptaciones curriculares** que se hace necesario

¹⁸⁵ En nuestro manual “Cómo aprenden los seres humanos”, el cap.7 “Aprendizaje y participación de todos los alumnos”, incluye varios temas revisados en este capítulo. Se señalan las diferencias entre “integración” e “inclusión”.

¹⁸⁶ Junto a la derogación por parte del MINEDUC del Decreto 88 de 1990, que modificaba y reactualizaba los planes y programas para trastornos específicos de aprendizaje (TEA) promulgados en el Decreto 143 de 1980, con la entrada en vigencia del Decreto 291 a partir del año escolar 2000 -destinado a reglamentar el funcionamiento de los “grupos diferenciales” en los establecimientos educacionales del país- se deja de hacer referencia explícita a los trastornos específicos del aprendizaje TEA (para cuyo “tratamiento” fueron creados). Dentro del nuevo paradigma que debía inspirar a la educación especial (no centrado ya en el “déficit”), junto con reconocer la “importancia fundamental y el aporte técnico” del educador especial, el Decreto 291 focaliza su labor -tanto en el aula de recursos como en el aula regular- en la atención de alumnos y alumnas “con necesidades educativas especiales no asociadas a una discapacidad, que presentan problemas de aprendizaje y/o de adaptación escolar, ya sean de carácter transitorio o permanente”. De esta manera se extiende de manera oficial la acción del educador especial desde el trabajo con los niños con TEA (estadísticamente muy pocos) a todos los niños necesidades educativas especiales no asociadas a una discapacidad’. A raíz de las subvenciones en estudio para los niños con “necesidades educativas transitorias”, que exigen una clara justificación para su aprobación por los organismos pertinentes, se debieron retomar las etiquetas TEA, TEL, TDA.

realizar en los **diversos elementos del currículo oficial** “para adecuarlos a la realidad concreta del alumnado con necesidades educativas especiales. Las adaptaciones curriculares tienen que ver con el **“cómo enseñar-aprender y evaluar”** y el **“qué enseñar-aprender y evaluar”**. Tales adaptaciones -que no tienen un carácter fijo o definitivo, ya que los ajustes varían de acuerdo a las posibilidades del alumno y a las que ofrece el entorno educativo- junto a las modificaciones organizativas necesarias, pretenden garantizar **“la escolarización, el progreso, la promoción y el egreso de los alumnos con necesidades educativas especiales”**.

La normativa vigente, expresada en los documentos antes mencionados -y que debe ser examinada con detalle tanto por los educadores especialistas (y quienes se están formando para serlo), como por los profesores de aula común- precisa, además, las **formas de intervención** (en el aula de recursos y en la sala de clases); la **distribución del tiempo** del educador diferencial y la **cantidad de alumnos** que se espera pueda atender; los **objetivos del apoyo pedagógico** que debe prestar, tanto en el curso común, como en el aula de recursos y, finalmente, una serie de **actividades curriculares no lectivas** que se espera el docente de educación especial y/o diferencial pueda realizar.¹⁸⁷ Hay que procurar -y se insiste en ello- que el alumno con necesidades educativas especiales **“esté la mayor parte del tiempo en su curso, participando del currículo general y de la dinámica habitual de la sala de clases”**.

Una meta más ambiciosa que la integración es la **inclusión**, que supone, como ya lo expresamos, una nueva “filosofía” o manera de ver las cosas. La normativa más reciente comienza a utilizarla como uno de sus propósitos medulares.¹⁸⁸ En agosto de 2005 se promulgó la nueva **Política Nacional de Educación Especial**, que lleva por epígrafe **“Nuestro Compromiso con la Diversidad”** y es considerada una nueva etapa en la reforma educacional que se ha estado llevando a cabo en el país. En su introducción se explica que su elaboración ha sido resultado de un proceso abierto y participativo. Entre los hitos importantes en su gestación estuvo el trabajo de una comisión de expertos que culminó su tarea con la elaboración de un completo informe, titulado “Nueva perspectiva y visión de la Educación Especial”.

La Política Nacional de Educación Especial (PNEE) se expone en un documento que consta de 8 capítulos. En el capítulo dedicado al marco de referencia conceptual se entiende la **Educación Especial** como:



“Una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles, tanto de los establecimientos de educación regular como especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, técnicas, conocimientos especializados y ayudas para atender las necesidades educativas especiales que puedan presentar algunos alumnos de manera temporal o permanente a lo largo de su escolaridad”

187 Entre ellas, promover la incorporación de la familia de los alumnos con necesidades educativas especiales; participar en el equipo técnico-pedagógico del establecimiento; contribuir al diseño, desarrollo y evaluación del Proyecto de Integración Escolar de alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de una discapacidad; elaborar y/o adaptar materiales educativos; participar en acciones de prevención y atención precoz de las necesidades educativas especiales al interior de la comunidad educativa; planificar los horarios de apoyo específico; participar sistemática y permanentemente en acciones de actualización y/o perfeccionamiento; participar en reuniones comunales, provinciales o regionales relativas a su especialidad, etc.

188 El 1er. objetivo específico de la Política Nacional de Educación Especial es “Promover en las distintas instancias del sistema educacional el desarrollo de concepciones, actitudes y prácticas pedagógicas inclusivas y respetuosas de la diversidad y los derechos de las personas que presentan necesidades educativas especiales”.

Se privilegia un **“enfoque eminentemente educativo”**, no clínico, ya que “lo que preocupa son las condiciones que afectan al desarrollo personal de los alumnos y que justifican la provisión de determinadas **ayudas y servicios especiales**”. Ello supone **“atender a las necesidades específicas** que presentan los alumnos como consecuencia de su discapacidad o de cualquier otra barrera de tipo personal que experimenten frente al aprendizaje”.

Las necesidades educativas especiales, según el documento de la PNEE (Política Nacional de Educación Especial), demandan los siguientes tipos de **ayudas**:

- **Recursos humanos adicionales con una formación especializada** que contribuyan a dar respuesta a las necesidades educativas especiales que presentan determinados alumnos: profesores de educación especial y otros profesionales no docentes, intérpretes del lenguaje de señas, etc. Estos recursos humanos han de **complementar la labor de los docentes**.
- **Medios y recursos materiales que faciliten la autonomía en el proceso de aprendizaje y progreso en el currículo:** equipamiento o materiales específicos, eliminación de barreras arquitectónicas, materiales de enseñanza adaptados o especializados, sistemas de comunicación alternativo, aumentativo o complementario al lenguaje oral o escrito, sistema Braille, entre otros.
- **Adaptación del currículo:** en muchos casos se requiere adaptar el currículo mismo para facilitar el progreso del alumno en función de sus posibilidades y dar respuesta a sus necesidades educativas propias y específicas.

En el documento se contraponen el “modelo médico”, que ha caracterizado a la educación especial en su manera de ver la discapacidad, al “modelo social”, que supone una nueva perspectiva: no se considera la discapacidad sólo como un atributo de la persona, sino fruto de un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social.¹⁸⁹ **“La intervención se centra en la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para lograr la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social”.**

El capítulo 4 expone los **principios** que inspiran la PNEE:

1. La educación es un derecho para todos.
2. La diversidad es una fuente de riqueza para el desarrollo y aprendizaje de las comunidades educativas.
3. La educación debe apuntar a la construcción de una sociedad más justa, democrática y solidaria.
4. El mejoramiento de la calidad, equidad y pertinencia de la oferta educativa exige atender a las personas que presentan necesidades educativas especiales.
5. Se debe fomentar la participación activa e informada de la familia, los docentes, los alumnos y la comunidad en las distintas instancias del proceso educativo.

El capítulo 5 presenta los **objetivos** de la PNEE para el quinquenio 2006-2010. La educación especial, modalidad del sistema educativo general, tiene como **rol fundamental** el hacer

189 En el PowerPoint que preparó la Unidad de Educación Especial para presentar la PNEE (2008, pág.web MINEDUC) se precisa a este respecto que “En educación lo importante no es la discapacidad “per se” sino las necesidades educativas especiales. La preocupación se centra en crear las condiciones favorables y minimizar las barreras que limitan el aprendizaje, la actividad y participación de las personas con discapacidad”.

Este concepto es definido de acuerdo a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud: (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Salud. (CIF):

“En la actualidad, la discapacidad se concibe como un fenómeno multidimensional, resultante de la interacción de las personas con el entorno. No se define como un problema de falta de capacidad, sino como limitaciones personales y restricciones contextuales para participar en las actividades consideradas normales para otras personas de su mismo género, edad y condición social”.

efectivos los derechos a una educación de calidad, a la igualdad de oportunidades y a la plena participación de quienes presentan necesidades educativas especiales. Como explicita uno de los objetivos específicos de la nueva política, “se deben generar las condiciones necesarias en los distintos niveles y modalidades del sistema educacional para que las personas que presentan NEE accedan, progresen y egresen con las competencias necesarias para su participación en la sociedad”. Los equipos de profesionales de la educación especial están llamados a impulsar y hacer efectivos estos propósitos.

La “comisión de expertos” nombrada por el MINEDUC señalaba a este respecto en su informe:



“...en el futuro, las escuelas especiales deberán escolarizar sólo a aquellos alumnos que requieren adaptaciones muy significativas del currículo común y la atención de personal especializado de forma intensiva, y cuando se estime que el grado de participación educativa y social que pueden lograr en las escuelas comunes sería mínimo. Este puede ser el caso de los alumnos y alumnas con discapacidades severas o múltiples. El horizonte debería ser crear cursos o unidades dentro de los establecimientos educativos comunes para atender a estos alumnos, con lo que se lograría un sistema educativo unificado pero diversificado en cuanto a las respuestas que ofrece”.

La PNEE, que -como ya se adelantó- privilegia en educación especial un enfoque esencialmente educativo y no clínico, reitera que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos, y que por lo tanto, la sociedad debe generar las condiciones, para garantizar su derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades y a la no discriminación. Desde esta perspectiva, se explica en la pág. web MINEDUC:



“El actual Proyecto de Ley General de Educación, consagra el trato preferencial de los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales, señalando la necesidad de que accedan al currículo nacional, para lo cual establece la flexibilización curricular y la certificación por competencias, para dar respuestas educativas de calidad a esta población escolar”.

En este sentido, a los rasgos claramente identificados que distinguen a las “escuelas eficaces”¹⁹⁰, en lo que concierne a la diversidad y específicamente a las NEE, habría que añadir los siguientes:

- Valoración de la diversidad como un elemento que enriquece el aprendizaje y el desarrollo personal y social.
- Contar con un proyecto educativo que considera la diversidad.
- Desarrollo de un currículo flexible y susceptible de ser adaptado a las diferencias de aprendizaje de los alumnos.
- Utilización de metodologías y estrategias de respuesta a la diversidad en el aula.
- Contar con servicios de apoyo y asesoría.
- Trabajo colaborativo entre pares, docentes y alumnos.
- Integración de la familia al proceso educativo.¹⁹¹

190 En el capítulo 6 “Algunos alcances sobre la enseñanza” de nuestro libro “Cómo aprenden los seres humanos” aparece una completa revisión del tema.

191 Duk C. (coord.); Bermeosolo J.; Chamorro R.; Pinto A.; Zepeda, M. “Criterios, procedimientos, instrumentos y orientaciones para determinar y evaluar las NEE”. Informe Final. Proyecto Facultad de Ciencias de la Educación Universidad Central de Chile para el MINEDUC. 2008.

Finalmente, en lo relativo específicamente a la discapacidad, no se puede dejar de hacer mención a la declaración más reciente de las Naciones Unidas sobre la materia: la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad “ (13 de diciembre de 2006), ratificada por el Estado Chileno el año 2007. Puede encontrarse en su versión completa en la página web del MINEDUC. Por su importancia para los temas incluidos en este apartado, citamos a continuación el Artículo 24 completo, dedicado al tema de la Educación:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un **sistema de educación inclusivo a todos los niveles** así como la **enseñanza a lo largo de la vida**, con miras a:
 - Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana.
 - Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas.
 - Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.
2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:
 - **Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad**, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad.
 - **Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan.**
 - Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales.
 - Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva.
 - Se faciliten **medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.**
3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su **participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad**. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:
 - Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares.
 - Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.
 - Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordo ciegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.
4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los

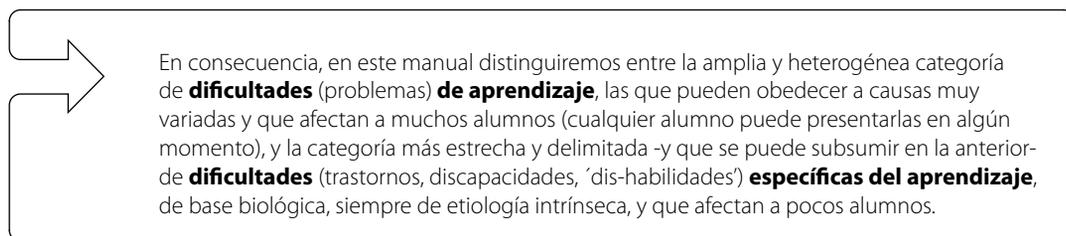
niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que **las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos** y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Dificultades (problemas) de aprendizaje

Existe cierta arbitrariedad y hasta confusión en el uso de denominaciones tales como “problemas” o “dificultades” de aprendizaje, “dificultades específicas” de aprendizaje, “trastornos específicos” de aprendizaje o TEA, “discapacidades” del aprendizaje, etc. Tales etiquetas diagnósticas no se utilizan de manera consistente, por ejemplo, sobre-extendiendo la aplicación del rótulo “trastornos específicos del aprendizaje” (TEA) a niños que presentan efectivamente “problemas en el aprendizaje” en una o más áreas del currículo, muchas veces severas, pero no reúnen los rasgos identificatorios de un TEA. Algunos profesores han llegado a afirmar: “¡La tercera parte de mis alumnos son disléxicos!”

De hecho, son numerosos los niños en el sistema escolar que, por diferentes motivos, evidencian “problemas” o “dificultades” en el aprendizaje de la matemática (lectura, escritura.); pocos, en cambio -como ocurre con los disléxicos- reúnen las características esenciales que permiten identificarlos como niños con “dificultades específicas” o “trastornos específicos” del aprendizaje. En parte la imprecisión obedece a las traducciones al español de las categorías “(specific) learning **disabilities**” y “learning **difficulties**” del inglés. La primera corresponde con más propiedad a nuestros TEA o trastornos específicos del aprendizaje. La segunda es una denominación genérica que hace referencia a cualquier insuficiencia u obstáculo significativo que afecta el aprendizaje.



En consecuencia, en este manual distinguiremos entre la amplia y heterogénea categoría de **dificultades (problemas) de aprendizaje**, las que pueden obedecer a causas muy variadas y que afectan a muchos alumnos (cualquier alumno puede presentarlas en algún momento), y la categoría más estrecha y delimitada -y que se puede subsumir en la anterior- de **dificultades (trastornos, discapacidades, ‘dis-habilidades’) específicas del aprendizaje**, de base biológica, siempre de etiología intrínseca, y que afectan a pocos alumnos.

En este apartado del capítulo nos ocuparemos de la categoría amplia **dificultades de aprendizaje**. En el capítulo que sigue, de las dificultades (trastornos) específicas del aprendizaje o TEA.

La figura **9.1**, referida a un 4° Básico (puede tratarse, de hecho, de cualquier curso), pretende ilustrar la relación entre los conceptos señalados.

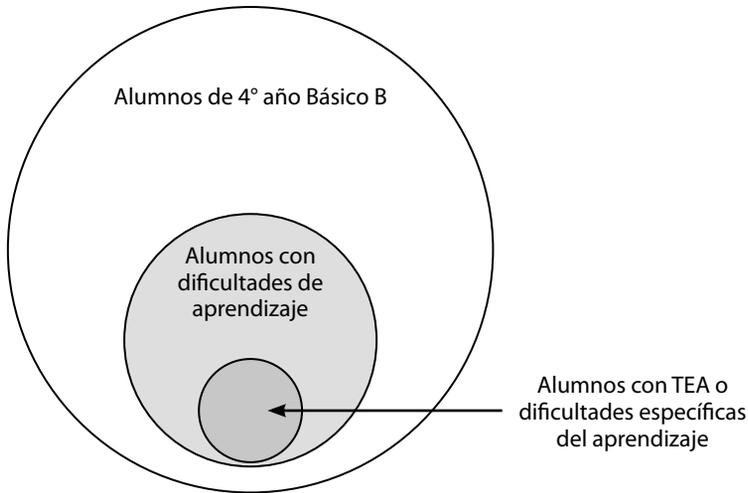


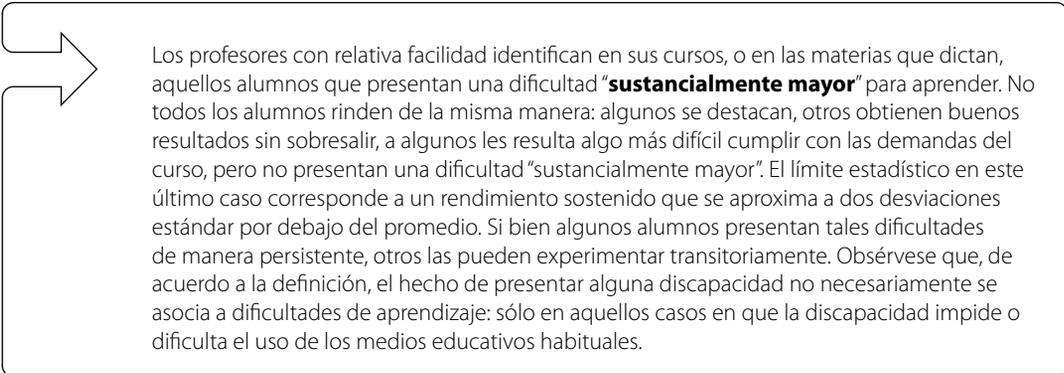
Fig. 9.1. Gráfico que ilustra la situación hipotética de un determinado curso, en que un grupo importante de alumnos presenta **dificultades** (problemas) **de aprendizaje**, y muy pocos presentan **dificultades** (trastornos, discapacidades) **específicas del aprendizaje**.

Para aclarar qué debe entenderse por **dificultad de aprendizaje**, adoptaremos en este manual -en atención a su sencillez y claridad- la definición que se utiliza en la legislación inglesa actual.¹⁹² Se afirma lo siguiente:

Un alumno tiene una **dificultad de aprendizaje** si presenta:

- Una **dificultad sustancialmente mayor para aprender** que la mayoría de los alumnos de la misma edad; o
- Una **discapacidad que le impide o dificulta** el uso de los medios educativos del tipo que usualmente se proporcionan a los alumnos de la misma edad en escuelas del área.

¹⁹² Special Educational Needs: Code & Practice. Department for Education and Skills, Noviembre 2001



Los profesores con relativa facilidad identifican en sus cursos, o en las materias que dictan, aquellos alumnos que presentan una dificultad **“sustancialmente mayor”** para aprender. No todos los alumnos rinden de la misma manera: algunos se destacan, otros obtienen buenos resultados sin sobresalir, a algunos les resulta algo más difícil cumplir con las demandas del curso, pero no presentan una dificultad “sustancialmente mayor”. El límite estadístico en este último caso corresponde a un rendimiento sostenido que se aproxima a dos desviaciones estándar por debajo del promedio. Si bien algunos alumnos presentan tales dificultades de manera persistente, otros las pueden experimentar transitoriamente. Obsérvese que, de acuerdo a la definición, el hecho de presentar alguna discapacidad no necesariamente se asocia a dificultades de aprendizaje: sólo en aquellos casos en que la discapacidad impide o dificulta el uso de los medios educativos habituales.

En lo que concierne al concepto de dificultades de aprendizaje y su relación con el de “necesidades educativas especiales” (NEE), en dicha legislación se precisa lo siguiente:

- Un alumno tiene **NEE** si presenta **dificultades de aprendizaje**¹⁹³ que requieren **la entrega de educación especial**.
- La **entrega de educación especial** es aquella que es **adicional** o de alguna manera **distinta** a la educación generalmente ofrecida a alumnos de la misma edad en las escuelas del área.

De acuerdo a la definición anterior, resulta claro que no todos los alumnos con dificultades de aprendizaje “requieren la entrega de educación especial”, lo que en el sistema inglés, y también en otros países desarrollados, está sometido a un procedimiento riguroso, con disposiciones de carácter legal. (No se puede enviar a los servicios de la educación especial, sin más ni más a cualquier alumno, sin contar, por ejemplo, con el consentimiento de la familia). De los niños con “dificultades del aprendizaje” que no requieren la entrega de educación especial, se ocupa esencialmente el educador de aula regular, pero en un marco que admite gran variabilidad, en que se utiliza educación diferenciada, con participación también de otros especialistas si es el caso.

La figura 9.2, referida al mismo 4° Básico del gráfico anterior, ilustra la relación entre los conceptos señalados. Obsérvese que en otro curso los tamaños relativos de los subconjuntos pueden variar, habiendo más -o menos- niños con dificultades de aprendizaje, y más -o menos niños- que requieren la entrega de educación especial. Dentro de este grupo, se incluyen en el gráfico los alumnos con dificultades específicas de aprendizaje (“TEA”). Como se verá en el capítulo que sigue, el diagnóstico de esta condición exige varios pasos.

193 Se distinguen niveles:

- Moderate Learning Difficulty (MLD).
- Severe Learning Difficulty (SLD).
- Profound and Multiple Learning Difficulty (PMLD).

Como se debe intervenir lo más temprano posible, en algunos casos la “entrega de educación especial” deberá comenzar cuando el niño es muy pequeño.

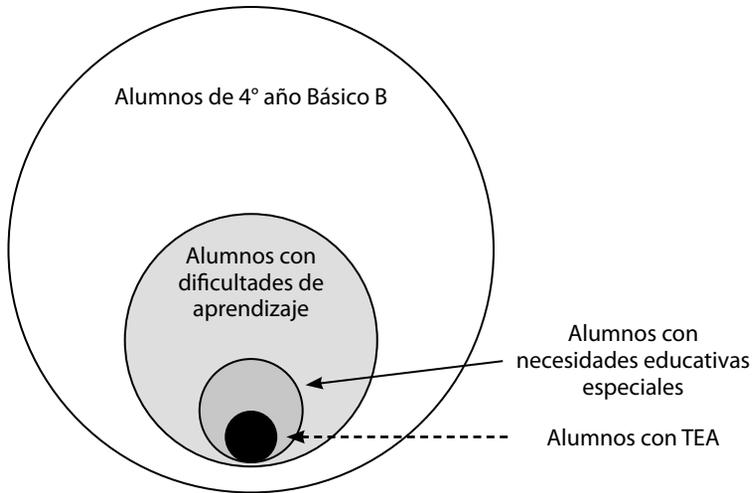


Fig. 9.2. Gráfico que ilustra la situación hipotética de un determinado curso, en que parte importante de sus alumnos presentan **dificultades de aprendizaje**, y algunos de ellos reciben el diagnóstico de niños con **NEE**, ya que requieren la entrega de educación especial. Los alumnos con "TEA", se incluyen dentro de este último subconjunto.

En la manera de abordar las **dificultades del aprendizaje**, se contraponen **2 enfoques** diferentes: el punto de vista **individual, clínico**, y el punto de vista **curricular, pedagógico**, como lo ha hecho ver Ainscow, profesor del Instituto de Educación de la Universidad de Cambridge, U.K.¹⁹⁴ Dice que estas **dos formas** de enfocar las dificultades para aprender se basan en supuestos marcadamente diferentes y hasta antagónicos:

1. De acuerdo al punto de vista del **alumno individual**, las dificultades se definen según las características de los alumnos. Se basa en los siguientes supuestos:
 - Es posible distinguir un grupo de niños con características especiales.
 - Estos niños precisan una enseñanza especial que responda a sus problemas.
 - Es mejor que los niños con problemas similares reciban la enseñanza juntos.
 - Los otros niños son normales y disfrutan de la enseñanza regular.
2. De acuerdo al punto de vista **curricular**, las dificultades se definen según las tareas, las actividades y condiciones reinantes en el aula. Se basa en las nociones siguientes:
 - Cualquier niño puede experimentar dificultades en la escuela.
 - Estas dificultades pueden descubrir caminos para perfeccionar la enseñanza.

194 Ainscow, Mel: Necesidades especiales en el aula. Guía para la formación del profesorado. Ediciones Unesco. Narcea, Madrid, 1995.

La obra se originó en proyectos y talleres patrocinados por la UNESCO para la formación de profesores. "Se basa en el reconocimiento de que los sistemas convencionales de categorización no sirven para representar la diversidad de necesidades especiales y de que las escuelas tendrán que adaptarse para atender a las necesidades de todos los alumnos". El autor, que desarrolló la guía con la colaboración de un equipo docente internacional (de Chile, participó Cynthia Duk, actual Directora de la carrera de Educación Diferencial en la Universidad Central de Chile) cita la Consulta de la Unesco de 1988 que "presenta un sombrío panorama internacional en lo que respecta a la preparación de los maestros: sólo unos pocos de los 58 países consultados indicaron la presencia de temas relativos a la discapacidad en los programas de formación de estudiantes del magisterio".

El libro incluye un marco teórico cuyo tema central es una reconsideración de las necesidades especiales, contrastando el punto de vista individual con el punto de vista curricular. La parte práctica se organiza en módulos y unidades.

Es un manual altamente recomendable tanto para educadores especialistas, como maestros de aula regular.

- Estas mejoras marcan las condiciones del aprendizaje para todos los niños.
- El apoyo puede ayudar a los profesores a desarrollar su tarea.

Más que tratar de “mejorar al niño” (punto de vista individual) se trata de “mejorar la escuela” (punto de vista curricular). Para ello se hace indispensable el perfeccionamiento del personal y el desarrollo de “escuelas eficaces para todos”. Las escuelas son “organizaciones de solución de problemas” y los que se plantean en ellas son oportunidades de aprendizaje. Además, “los maestros deben **reflexionar sobre su propia práctica**, aprender de la experiencia y experimentar con nuevos métodos de trabajo, **junto con** sus alumnos y sus colegas” (Ainscow, 1995). Se fomenta la **tutoría entre compañeros**, con técnicas destinadas a que los niños se presten ayuda mutuamente en clase; la **enseñanza colaborativa**, ya que “está sobradamente demostrado que la colaboración entre profesores mejora su práctica”; las **aulas compartidas**: “la presencia de más de un adulto en el aula aporta una mayor flexibilidad para atender individualmente a los alumnos”¹⁹⁵; la **colaboración de los padres**; la **participación de la comunidad** y otros recursos. Como puede apreciarse, estas ideas están ampliamente aceptadas en la nueva Política Nacional de Educación Especial.

El punto de vista curricular hace gran hincapié en el rol de los docentes como actores centrales en los procesos de diseñar, implementar y evaluar las actividades curriculares, afirmando que los sistemas convencionales de categorización y “etiquetado” disminuyen las expectativas que se tienen de los alumnos.

A esto debe responderse que dentro de denominaciones tan amplias o “no categoriales”, como “necesidades educativas especiales” o “dificultades de aprendizaje”, es preciso delimitar, algunas subcategorías **-con el uso reservado, prudente y confidencial que aconsejan el diagnóstico y la utilización de rótulos-** ya que se hacen indispensables al momento de la toma de decisiones que afectan a los niños y jóvenes, pues orientarán el tipo de ayudas más efectivas para cada caso en particular.

Con respecto a esto, conviene citar los que se afirma en una influyente obra editada por Darling-Hammond y Bransford con la colaboración de numerosos especialistas y patrocinada por The National Academy of Education, USA, y que recoge los elementos esenciales del estado del arte actual sobre las competencias para la profesión:¹⁹⁶

“Para enseñar efectivamente a estudiantes con necesidades especiales, los maestros deben comprender la naturaleza de las diferentes deficiencias, que fluctúan desde dificultades en el aprendizaje leves a moderadas -por ejemplo, dislexia, discalculia, afasia evolutiva, o problemas perceptuales- hasta otras cuestiones tales como retrasos madurativos, retardo mental, deterioros

195 En relación a este punto -que provocó bastante inquietud en muchos educadores diferenciales en Chile- Ainscow aclara que la presencia de más de un adulto en el aula...“también puede entrañar nuevas dificultades, sobre todo cuando no se planifica adecuadamente la colaboración”.

196 Darling-Hammond, Linda & Bransford, John “Preparing teachers for a changing world: what teachers should learn and be able to do”. John Wiley & Sons, The Jossey-Bass Education Series, San Francisco USA, 2005.

La obra (un volumen de más de quinientas páginas) se centra en el conocimiento, clave fundacional para la enseñanza, discutiendo, al mismo tiempo, cómo implementar ese conocimiento en la sala de clase. A juicio de David G. Imig, presidente de la American Association of Colleges for Teacher Education (AACTE), sus capítulos representan lo mejor del pensamiento actual y de lo que se ha escrito sobre la enseñanza, basándose en un marco conceptual de enorme importancia para todo educador.

de la audición, deterioros de la visión, autismo, alteraciones emocionales y de comportamiento, trastornos del habla y del lenguaje, alteraciones físicas (movilidad), trastornos emocionales, trastorno por déficit atencional-hiperactividad (ADHD). Los profesores deben estar conscientes de que ciertas condiciones, tales como parálisis cerebral y autismo se presentan en un espectro y pueden ir desde muy sutiles (difícilmente reconocibles) a muy severas. Para las alteraciones comunes (por ejemplo, para problemas de procesamiento auditivo o visual), los maestros deberían contar, al menos, con un repertorio básico de estrategias y de adaptaciones que permitan a los estudiantes tener acceso de una manera apropiada a la materia que están enseñando”.

“Por otra parte, el profesor debiera tener algún conocimiento acerca de la elegibilidad¹⁹⁷ y los procesos de derivación, y de cómo trabajar con otros profesionales y con los padres en tales procesos. Si bien no es necesario para los profesores novatos conocer en detalle los variados y altamente especializados tests utilizados con propósitos de evaluación en los diferentes tipos de discapacidades, deberían estar en condiciones de hablar con los padres sobre cómo su niño será evaluado, atendida la dificultad en el aprendizaje que el profesor ha reportado. Debieran ser capaces de compartir con los colegas profesionales los hallazgos de la evaluación y los servicios que deberán ofrecerse. Tienen que saber dónde encontrar información adicional –en la investigación, o con los colegas profesionales– sobre diagnósticos específicos, alteraciones, y los servicios disponibles cuando se haga necesario trabajar con un determinado niño y su familia. Debieran estar preparados para trabajar con padres que tienen reacciones variadas sobre las novedades relativas a sus hijos. Por ejemplo, una mamá podría quedar desconcertada y sostener que su niño no presenta ningún problema en el aprendizaje, mientras que otro padre utilizará procedimientos legales para obtener recursos para su niño, de los que no se dispone fácilmente”.

Tipos de dificultades de aprendizaje y de necesidades educativas especiales

El artículo 26 de la ley de integración, citado más atrás, define la **educación especial** como “una modalidad diferenciada de la educación general, caracterizada por constituir un sistema flexible y dinámico que desarrolla su acción preferentemente en el sistema regular de educación, proveyendo servicios y recursos especializados a las personas **con** y **sin** discapacidad que presenten **necesidades educativas especiales**” Por otra parte, en el documento de trabajo del CPEIP (Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Psicopedagógicas) de 1990, año en que se revisaron los planes y programas de las diferentes modalidades de atención de educación especial y diferencial (Peña y Villarroel, 1990)¹⁹⁸, se decía que esta constituye “una especialización diferenciada e interdisciplinaria de la educación común, destinada a aquellos niños que de forma **transitoria** o **permanente** están obstaculizados para seguir el sistema educacional común”.

Se reconoce, en consecuencia, que personas con discapacidad, como personas sin discapacidad, pueden presentar necesidades educativas especiales. Por cierto, personas de ambas condiciones no las presentan. En otras palabras, hay NEE (Necesidades Educativas Especiales) que **se asocian a** (o **derivan de**) discapacidades. **Otras, no.** Por otra parte, algunas de tales necesidades pueden darse en forma **transitoria** y otras de modo **permanente**. Un ejemplo de las pri-

¹⁹⁷ Saber determinar si el niño es elegible para los servicios de educación especial o declaración de alumno con NEE.

¹⁹⁸ CPEIP: Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas del MINEDUC (Ministerio de Educación).

meras las constituyen severas dificultades en el aprendizaje de la lectura que presenta un niño que, sin ser disléxico, carece de las habilidades y conocimientos correspondientes a su nivel o curso, tal vez por continuas inasistencias a clase a causa de alguna enfermedad. Necesidades educativas permanentes puede mostrar un niño o un joven con un trastorno generalizado del desarrollo, que exige, en consecuencia, ayudas menos usuales de manera constante.

El concepto de NEE se utiliza en algunas partes de una manera más laxa que como la definimos anteriormente siguiendo la norma inglesa, por lo tanto llega a ser equivalente a “dificultades de aprendizaje” -tal vez de carácter severo- sin una frontera nítida entre ambas nociones. Sola y López (1999) en una referencia que ya hicimos atrás, relacionan el concepto de NEE con las ayudas pedagógicas que determinados alumnos requieren para su desarrollo y crecimiento personal y explican: “En este sentido, consideramos **alumnos con necesidades educativas especiales** no sólo a aquellos que presentan determinadas limitaciones para el aprendizaje, con carácter más o menos estable, sino también a todos aquellos que, de una manera puntual y por diferentes causas, pueden necesitar ayuda para regular o encauzar de una manera normal su proceso de aprendizaje”. La ayuda en este último caso no es necesariamente equivalente a “la entrega de educación especial”, ya que puede consistir fundamentalmente en medidas que utiliza el mismo educador de aula regular, apoyado por cierto en el “trabajo colaborativo” y con participación menos protagónica del educador especial. Todo esto justifica que en este punto se haga una clasificación conjunta de los diferentes tipos de dificultades de aprendizaje y de las necesidades educativas especiales, ya que forman parte de un mismo continuo: el equipo de profesionales idóneo en cada institución deberá determinar para cada caso particular si se trata de un alumno con NEE a fin de que reciba las ayudas correspondientes.

Anteriormente se afirmó que **todo niño**, en realidad, presenta necesidades educativas especiales. Cada persona es única. Sin embargo, puede resultar práctica la distinción que establecen algunos expertos entre **necesidades educativas comunes** y **necesidades educativas especiales**. Las primeras, compartidas por todos los alumnos, se relacionan con las experiencias y aprendizajes esenciales para el desarrollo personal y socialización. Pueden ser satisfechas a través del currículum escolar regular. Las segundas se ponen de manifiesto en los obstáculos -transitorios o permanentes- que tienen algunos niños y jóvenes para lograr los aprendizajes y el desarrollo personal y social esperables, por lo que requieren ayudas, recursos y medidas pedagógicas especiales o de carácter extraordinario.¹⁹⁹

De acuerdo a todo lo anterior, se pueden clasificar las NEE atendiendo a si **se asocian** o **no** a discapacidad-es (o derivan de ella-s). En ambos casos podrán identificarse tanto **necesidades permanentes** como **transitorias** (ello depende de cada necesidad específica), aunque hay mayor probabilidad de ocurrencia de necesidades permanentes en la primera situación.²⁰⁰

La figura 9.3 ilustra los diferentes tipos de necesidades. Representa la situación hipotética de alumnos de un **2° año D**, y se incluyen los conceptos básicos hasta aquí revisados. Todos los alumnos del curso tienen **necesidades educativas** (comunes), que se satisfacen con experiencias y aprendizajes esenciales para el desarrollo personal y la socialización. Varios niños de este 2° D presentan **dificultades de aprendizaje**. Un grupo pequeño adolece de alguna discapacidad. De

199 Ver, al respecto: M. Luisa Meza y Equipo de Educación Especial: Programa de Educación Especial. División de Educación General. MINEDUC, Santiago de Chile, 2001.

200 Cabe advertir que muchas personas -y también alumnos- presentan necesidades especiales, las que no son específicamente educativas, como las de quienes requieren ciertos acomodos de infraestructura física para poder desplazarse, o recursos y apoyos fuera de lo común para acceder en igualdad de condiciones a todo lo que se ofrece a la comunidad en general.

estos, algunos presentan **NEE asociadas a -o derivadas de- la discapacidad misma**, ya que esta “**impide o dificulta** el uso de los medios educativos del tipo que usualmente se proporcionan a los alumnos de la misma edad en escuelas del área”. Sin embargo, la discapacidad no se asocia siempre a dificultades de aprendizaje, lo que se muestra en el gráfico.

Un grupo importante de alumnos de este curso tiene **necesidades educativas especiales**, pero **no asociadas o derivadas de discapacidad**. Aquí pueden incluirse los niños con TEL, TEA, TDAH, CI límite, ya que “requieren la entrega de educación especial”, al menos de manera transitoria, como está contemplado en la nueva reglamentación MINEDUC. Se les denomina, en este sentido, “necesidades educativas transitorias”.

Recuérdese que hay alumnos que sin tener **dificultades de aprendizaje** (el concepto de “aprendizaje” muchas veces se restringe a lo académico), pueden presentar **barreras en el aprendizaje y la participación**, a causa de factores tan variados como género, etnia, nivel sociocultural, orientación sexual, variedad lingüística, apariencia física, desempeño en deportes, que -como explicamos en la introducción de este manual- bloquean u obstaculizan una participación genuina, y constituyen otras facetas de la diversidad en el aula.

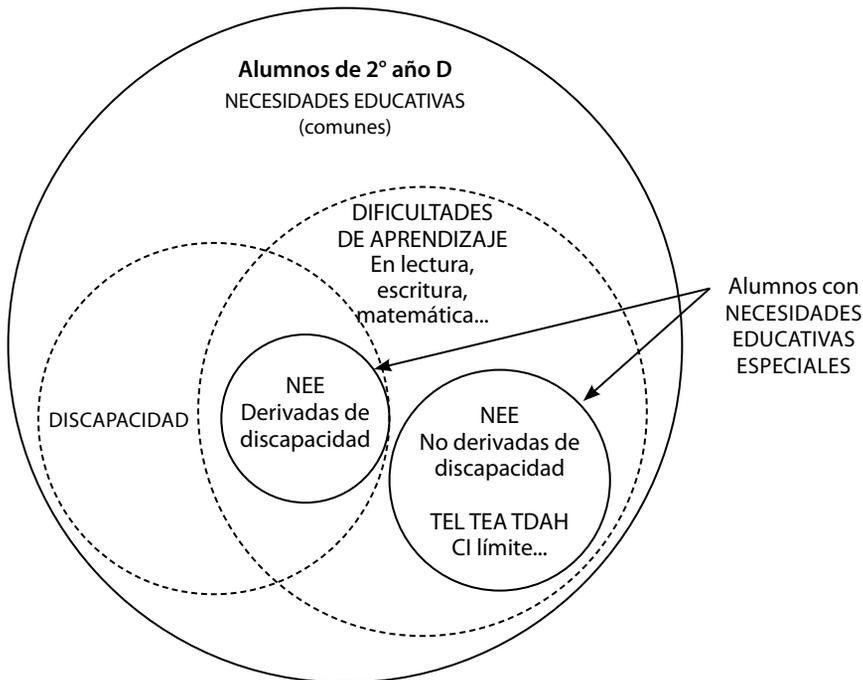


Fig. 9.3. Situación hipotética de alumnos de un 2º año D. Todos los alumnos tienen **necesidades educativas** (comunes). Varios presentan **dificultades de aprendizaje**. Un grupo pequeño presenta **discapacidad**. De estos, algunos presentan **NEE asociadas a discapacidad**. No todo alumno con discapacidad tiene dificultades de aprendizaje. Algunos alumnos con discapacidad pueden tener dificultades de aprendizaje, aunque no derivadas de la discapacidad misma. Un grupo de alumnos tienen **necesidades educativas especiales**, pero **no asociadas o derivadas de discapacidad**. (Aquí pueden incluirse los niños con TEL, TEA, TDAH, CI límite). De todos los alumnos con dificultades del aprendizaje sólo algunos presentan NEE (ya que requieren la entrega de educación especial).

En consecuencia, las **dificultades de aprendizaje** -que cuando requieren la entrega de educación especial se manifiestan como **necesidades educativas especiales**- pueden estar:

1. Asociadas a -o derivadas de- discapacidad, como las contempladas en el reglamento MINEDUC relativo a la ley de integración, atendidas tradicionalmente en escuelas especiales. Es posible que se trate de necesidades educativas especiales “permanentes”. Ejemplos:

- Déficit intelectual.
- Déficit visual y ceguera.
- Déficit auditivo y sordomudez.
- Trastorno o déficit motor.
- Graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación.

2. No asociadas a -o no derivadas de- discapacidad, como los problemas del aprendizaje y/o adaptación escolar que presentan muchos niños y que implican una “dificultad sustancialmente mayor” para aprender o adaptarse “que la mayoría de los alumnos de la misma edad”. Pueden constituir necesidades educativas especiales “transitorias” (o, más bien, de entrega de educación especial subvencionada transitoria).

Obedecen a variadas **etiologías**:

• **Intrínseca:**

- Los “trastornos específicos del aprendizaje” o TEA (learning disabilities): dislexia, disgrafía, discalculia.
- Los “trastornos específicos del lenguaje” o TEL.
- Los problemas de aprendizaje y/o adaptación escolar asociados a déficit atencional sin o con impulsividad.
- Los problemas de aprendizaje y/o adaptación escolar que se relacionan con otras características internas o propias del alumno: CI (Cociente Intelectual) límite, o normal lento, en un contexto exigente sin adecuaciones curriculares; estilo cognitivo impulsivo o muy dependiente de campo; estilo de aprendizaje de enfoque superficial, memorístico; locus de control bajo efectos de “desesperanza aprendida”; alteraciones de personalidad.

• **Extrínseca:**

- Problemas de rendimiento a causa de fallas metodológicas; falta de pre-requisitos en el aprendiz por factores externos y ajenos a él; ambiente estresante o adverso que afecta el desempeño escolar y adaptación de niños normales.

• **Mixta:**

- Problemas de aprendizaje y/o adaptación escolar relacionados con diferencias lingüísticas y culturales; problemas emocionales derivados de interacción ambiente / niños vulnerables y con escasa capacidad de afrontamiento; niños con capacidad intelectual superior o talentos especiales sin iniciativas que den respuesta a sus necesidades.

Fig. 9.4. Tipos de **dificultades o problemas de aprendizaje**, que se manifiestan como **necesidades educativas especiales** si exigen la entrega de educación especial.

Como ya se advirtió, la denominación de “necesidades educativas especiales” no se utiliza en todas partes con la misma extensión. Por ejemplo, en España, la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa del Gobierno de Canarias lo restringe a las condiciones de **discapacidad** (intelectual, motórica, visual y auditiva), **trastorno generalizado del desarrollo TGD** (autismo, Asperger...) y **trastornos graves de conducta TGC** (psicosis, alteraciones emocionales severas, trastornos del comportamiento de tipo disocial). Para tales condiciones se utiliza la “adaptación curricular significativa”. Los demás casos que escapan a lo normal en la sala de clase corresponden a las otras situaciones de “Necesidades Específicas de Apoyo Educativo” NEAE. En ellas está también contemplada la “adaptación curricular”, que se lleva a cabo mediante programas de intervención educativos personalizados, pero no exigen adaptaciones que se apartan de manera significativa de los contenidos y criterios de evaluación del currículo.

Para que el lector enriquezca su perspectiva en estas cuestiones, incluimos (**fig. 9.5**) la clasificación en uso en esa región de España.

NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO (NEAE)	Por necesidades educativas especiales (NEE).	Por discapacidad. Por trastornos graves de conducta (TGC). Por trastorno generalizado del desarrollo (TGD).
	Por dificultades específicas de aprendizaje (DEA).	Dislexia. Disgrafía. Discalculia. Dificultades específicas del desarrollo del habla y lenguaje.
	Por Trastornos por déficit de atención o hiperactividad (TDAH).	
	Por especiales condiciones personales o de historia escolar (ECOPHE).	
	Por incorporación tardía al sistema educativo.	
	Por altas capacidades intelectuales (ALCAIN).	Sobre dotado. Superdotado. Talento. Académico. Artístico. Simple. Complejo o mixto.

Fig. 9.5. Necesidades específicas de apoyo educativo. Clasificación de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa. Gobierno de Canarias. Resolución 30 de enero de 2008.

En el punto que sigue haremos una breve referencia a las necesidades educativas especiales que se relacionan con discapacidad. En algunos casos tales necesidades pueden originarse en la discapacidad misma. No siempre ello resulta evidente, por lo que preferimos hablar de necesidades educativas especiales “asociadas” o “relacionadas” con discapacidad.

Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad

Algunos datos estadísticos pueden ilustrar muy bien la magnitud del desafío que se plantea a la sociedad en general y a los educadores, en particular. De acuerdo al censo de 1992, en Chile había 301.661 personas con discapacidad. Sin embargo, la encuesta Casen, MIDEPLAN, de 1996, ciertamente más fina en sus categorías de recopilación de información, identificó a 616.434 personas (¡el doble!) con dicha condición, distribuidas así:²⁰¹

• Discapacidad visual	27 %
• Discapacidad auditiva	27 %
• Discapacidad física	21 %
• Discapacidad mental	13 %
• Discapacidad vocal	6 %
• Discapacidad psíquica	6 %
	100 %

A juicio de los expertos del Fondo Nacional de la Discapacidad FONADIS, en las dos mediciones se omitieron involuntariamente algunas discapacidades, por lo que prefieren recurrir a estimaciones de la OMS, que calcula que para países en vías de desarrollo, con características similares a las de Chile, entre el **7.9%** y el **10%** de la población presenta algún grado de discapacidad. Para Chile, aproximadamente, **un millón cuatrocientos mil personas...** Sin embargo, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad ENDISC (INE-FONADIS, 2004) encontró que el **12.9%** de los chilenos viven con discapacidad, es decir, ¡**2.068.072** personas! La mayoría de ellas, 1.150.133 personas, presentan discapacidad **leve**: alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, siendo independientes y no requieren apoyo de terceros. El resto, discapacidad **moderada** y **severa**. Al margen de cualquier consideración, lo importante es que la ley de integración -a la luz de tales cifras- cobra una enorme relevancia y sus disposiciones debieran atenderse con mayor celeridad. Algunos efectos, es cierto, ya se han ido poniendo de manifiesto estos años, especialmente en lo que dice relación con la infraestructura, acceso al espacio físico y a los medios de transporte público, facilitándose el desplazamiento, por ejemplo, en silla de ruedas. Asimismo se ha observado una mayor participación de personas con discapacidad en diferentes actividades del quehacer nacional, entre ellas, el deporte y la inserción laboral. Sin embargo, se está aún demasiado lejos de la "plena integración" a que alude el artículo 1° de la ley.²⁰²

Para este punto resultan de importancia las **definiciones** que aparecen en el Decreto Supremo 2525²⁰³ que aprueba el **Reglamento para la Evaluación y Calificación de la Discapacidad** a que se refiere la ley de integración y que norma la acción de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN). La discapacitación es vista en función de lo **educacional, laboral y social**, siendo definida en referencia a la "plena capacidad de satisfacer las exigencias

201 Esta información puede encontrarse en Fonadis: Agenda de la Diversidad. Memoria Institucional 1997-1998.

202 Como botón de muestra, el art. 19 (capítulo I: Del acceso a la cultura, a la información, a las comunicaciones y al espacio físico) plantea que "el Consejo Nacional de Televisión dictará normas para que el sistema nacional de televisión ponga en aplicación mecanismos de comunicación audiovisual que proporcionen información a la población con discapacidad auditiva en los informativos".

La resolución del Consejo Nacional de Televisión (Diario Oficial 9 de julio 1994) -que acompaña a la ley- plantea en su art. 1: "Cada uno de los servicios de radiodifusión televisiva que transmita informativos de producción nacional deberá establecer mecanismos de comunicación audiovisual en, a lo menos, uno de sus programas informativos diarios para que puedan acceder a ellos las personas con discapacidad auditiva". Esto se ha podido observar parcialmente.

203 Publicado en el Diario Oficial del 7 de marzo de 1995.

del medio respecto de un sujeto sin discapacidad de igual edad, sexo, capacitación, condición social, familiar y de igual locación geográfica que el sujeto a evaluar”:

- **Discapacidad educativa** es aquella en que la persona, por sus características particulares, tiene necesidades especiales ante las tareas de aprendizaje, las que demandan adecuaciones curriculares a fin de garantizarle reales posibilidades de educación.
- **Discapacidad laboral** es la incapacidad para procurarse o realizar un trabajo de acuerdo a su sexo, edad, formación y capacitación, que le permita obtener una remuneración equivalente a la que le corresponde a un trabajador no discapacitado en situación análoga.
- **Discapacidad para la integración social** es aquella en la que una persona, por sus deficiencias psíquica o mental, física y/o sensorial, presenta un menoscabo en su capacidad de inserción en las actividades propias de la sociedad humana, de la familia y/o de los grupos organizados de la sociedad, viendo disminuidas así sus posibilidades para realizarse material y espiritualmente, en relación a una persona no discapacitada en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social y familiar y de igual locación geográfica.

En el reglamento se estima que se encuentra disminuida **en un tercio** la capacidad de una persona en lo **educativo, laboral** o de **integración social**²⁰⁴, cuando presenta a lo menos alguna de las siguientes **deficiencias en las áreas psíquico-mental, física y/o sensorial** en las condiciones que se indican:

Deficiencias psíquicas o mentales: las que presentan las personas cuyo rendimiento intelectual es igual o inferior a 70 puntos de cociente intelectual, medido por un test validado por la OMS y administrado individualmente, y/o presenten trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

Deficiencias sensoriales: aquellas deficiencias visuales, auditivas o de la fonación que disminuyen en a lo menos un tercio la capacidad del sujeto para desarrollar actividades propias de una persona no discapacitada, en situación análoga de edad, sexo, formación capacitación, condición social, familiar y localidad geográfica. Las deficiencias visuales y auditivas se ponderarán considerando los remanentes del mejor ojo u oído, corregido el defecto.

Deficiencias físicas: las que producen un menoscabo en, a lo menos, un tercio de la capacidad física para la realización de las actividades propias de una persona no discapacitada, de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y geográfica, análogas a las de la persona con discapacidad.

En las **Normas Uniformes** de las Naciones Unidas se utilizan los conceptos de **discapacidad** y **minusvalía**, pero se observa que su empleo debe tener en cuenta la historia moderna de la discapacidad:



“Durante el decenio de 1970, los representantes de organizaciones de personas con discapacidad y de profesionales en la esfera de la discapacidad se opusieron firmemente a la terminología que se utilizaba a la sazón: las palabras discapacidad y minusvalía se utilizaban a menudo

204 En la ley de integración se precisa en el art. 3:

“Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, viera obstaculizada en, a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”.

de manera poco clara y confusa, lo que era perjudicial para las medidas normativas y la acción política. La terminología reflejaba un enfoque médico y de diagnóstico que hacía caso omiso de las imperfecciones y deficiencias de la sociedad circundante.”²⁰⁵

En consecuencia, se definen de esta manera los dos términos:

- Con la palabra discapacidad se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias y enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.
- Minusvalía es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra “minusvalía” describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esa palabra tiene por finalidad centrar el interés en las deficiencias de diseño del entorno físico y de muchas actividades organizadas por la sociedad, por ejemplo, información, comunicación y educación, que se oponen a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad.

Los criterios que se usan actualmente toman en cuenta **no sólo las carencias individuales, sino también las deficiencias de la sociedad y del entorno**, es decir, los diversos obstáculos a la plena integración.

El **reglamento MINEDUC** que norma el articulado de la ley 19.284, al que ya se hizo referencia, en el punto relativo a las escuelas especiales, enumera las siguientes discapacidades: **deficiencia mental, déficit visual, déficit auditivo, trastorno o déficit motor, graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación, trastornos de la comunicación oral**. Como tales discapacidades se traducen en necesidades especiales, entre ellas las educativas, haremos una muy breve reseña de cada una de ellas.²⁰⁶

La **DEFICIENCIA MENTAL** (déficit intelectual) “es aquella que presentan los alumnos o alumnas cuyo rendimiento intelectual es igual o inferior a 70 puntos de cociente intelectual, medido por un test validado por la OMS. Incluye los rangos de leve o discreta, moderada, y severa o grave”. El reglamento admite que podrá derivarse a un niño a una escuela especial con un cociente intelectual de hasta 75. Ello, sin embargo, deberá ponderarse conjuntamente con el grado de adaptación social que presente el educando.

205 En 1980 la OMS aprobó una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, “con un enfoque más preciso que el que existía anteriormente y, al mismo tiempo, relativista” (Normas Uniformes).

World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease (Génova, 1980).

206 Como referencia, la siguiente tabla informa de la matrícula nacional de escuelas especiales, según el tipo de discapacidad, el año 2000. A medida que se integren más niños al sistema regular, la matrícula en las escuelas especiales tenderá a disminuir.

Tipo de discapacidad	Matrícula
• Auditiva	1.267
• Intelectual	29.114
• Visual	501
• Motora	922
• De la comunicación oral	20.530
• Autismo	274
Total	52.608

El **DSM IV** ahonda en este último aspecto, al incluir **tres criterios** para el diagnóstico del retraso mental:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI (Cociente Intelectual) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
2. **Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual** (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), **en por lo menos dos de las áreas siguientes**: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
3. El inicio es anterior a los 18 años.

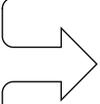
Esta definición, así como la de la **CIE 10**, se basa en la revisión que hizo del concepto en 1992 la **AAMR** (Asociación Americana sobre el Retraso Mental) que supuso un importante cambio de paradigma. Como explican Wicks-Nelson e Israel (1997) en el capítulo que dedican al tema:



*“La definición de retraso mental de la AAMR refleja la historia de la forma en que se ha concebido e identificado esta alteración. Considerada en un principio como un trastorno médico, el diagnóstico del RM se basaba en un reconocimiento físico, así como en una opinión global, mal definida, de la competencia cotidiana. La elaboración de tests de inteligencia general más objetivos, junto con un reconocimiento de la existencia de factores no médicos, tuvo como resultado que se hiciera hincapié en el rendimiento en los tests de inteligencia. Posteriormente, las limitaciones descubiertas en estos tests, así como el abuso de los mismos, hicieron que se prestara más atención al comportamiento adaptativo. Así, pues, los individuos que se hallan dentro del intervalo del retraso mental en los tests de inteligencia, pero que funcionan adecuadamente en casa, en el colegio o en el trabajo no se consideran actualmente retrasados mentales. Asimismo, la existencia de déficit en el comportamiento adaptativo sin que se dé un bajo rendimiento en los tests de inteligencia tampoco garantiza que se diagnostique retraso mental”. “(Esto) tiene que ver con un rechazo más firme del retraso mental como un rasgo definitivo del individuo, y un mayor énfasis en la interacción entre el individuo con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno. Estas ideas están ahora en el núcleo de la forma de concebir el retraso mental”.*²⁰⁷

207 El educador puede encontrar una rica información en relación al déficit intelectual, tanto en manuales especializados, como en enciclopedias dedicadas a la educación especial. De la bibliografía que aparece citada al final de este manual, recomendamos al educador de aula y al especialista, por la visión pedagógica y psicopedagógica actualizada que entrega, inspirada en la reforma educativa española, y con la participación de diferentes expertos:

- Bautista, Rafael (compilador): “Necesidades educativas especiales”. Ediciones Aljibe, Málaga, 2ª ed. 1993. El cap. IX está dedicado a la deficiencia mental y el X a los niños con síndrome Down.
- Lou, María Ángeles y López, Natividad: “Bases psicopedagógicas de la educación especial”. Pirámide, Madrid, 1999. El capítulo 13 está dedicado a la deficiencia mental y los ámbitos de intervención. El 14, a la educación de las personas con síndrome de Down. También resulta de interés el 15, que trata las necesidades educativas del niño superdotado.



Más recientemente, la AAMR ha pasado a denominarse AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES **AAIDD**, dejando de lado la denominación 'retardo mental' por la connotación negativa que se le ha asociado ("Mental retardation, no more" anotan en su página web), y define la condición como "**Discapacidad caracterizada por significativas limitaciones, tanto en el funcionamiento intelectual, como en las conductas de adaptación que se manifiestan en habilidades conceptuales, sociales y prácticas**". Destaca, por cierto, lo que ya hemos mencionado: la discapacidad es función de la relación entre las personas con discapacidad y su entorno.

Más adelante en este manual, en el capítulo "Diferencias cognitivo-intelectuales", ahondaremos en el punto.

El **DÉFICIT VISUAL** aparece descrito en el reglamento MINEDUC como la discapacidad que presentan los alumnos "que por alteración de su senso-percepción visual en diversos grados y por distintas etiologías, tienen limitaciones cuantitativas y cualitativas en la recepción, integración y manejo de la información visual, fundamental para su desarrollo integral armónico y su adaptación al medio ambiente, por lo que requiere de equipos, materiales, procedimientos y técnicas adicionales especializadas para el desarrollo de su potencial". El déficit se presenta en los educandos con un remanente de 0.33 o menos, en su medición central.²⁰⁸

Se prefiere hablar de **déficit visual** y no de ceguera, ya que hay diferentes grados de pérdida de la visión que -pese a no ser equivalentes a ceguera total- resultan altamente discapacitantes. Los expertos incluyen entre los aspectos importantes relacionados con la deficiencia visual, la agudeza visual, el campo visual, el cromatismo, la sensibilidad al contraste, la acomodación, la adaptación-regulación a la luz-oscuridad y la visión binocular. Hay múltiples clasificaciones y causas de la deficiencia visual.

En las "Guías de Apoyo Técnico-Pedagógico: NEE (Necesidades Educativas Especiales) en el nivel de Educación Parvularia", elaboradas el año 2008 por el MINEDUC (ver página web), el lector puede encontrar información sobre el punto, con las respuestas educativas pertinentes. La guía **NEE asociadas a discapacidad visual** incluye los siguientes capítulos:

208 En las obras citadas en la nota anterior el lector puede encontrar una completa información sobre los déficit visual y auditivo:

- Bautista, Rafael (compilador): "Necesidades educativas especiales". Ediciones Aljibe, Málaga, 2ª ed. 1993:
 - Cap. XIV El deficiente visual y la acción educativa. Incluye una descripción de las enfermedades que afectan la retina, el nervio óptico, el cristalino, etc. Se centra posteriormente en los aspectos psicológicos y la acción educativa a través de materiales, instrumentos, técnicas y el currículo escolar, así como actividades de autonomía personal y de la vida diaria.
 - Cap. XV El deficiente auditivo en la escuela. Incluye una completa conceptualización referente a la pérdida auditiva, sus consecuencias, las nuevas tecnologías, la importancia de los padres en la educación de los niños sordos e hipoacúsicos y sugerencias prácticas para facilitar la integración de alumnos sordos en la escuela ordinaria.
- Lou, María Ángeles y López, Natividad: "Bases psicopedagógicas de la educación especial". Pirámide, Madrid, 1999.
 - Cap. 5 La deficiencia auditiva: sordera e hipoacusias. Trae una breve historia de la educación de los sordos; el concepto de deficiencia auditiva según la localización de la lesión, el grado de pérdida y momento de la aparición; la identificación temprana de la deficiencia, y el desarrollo y aprendizaje del niño sordo.
 - Cap. 6 La educación del niño deficiente auditivo. Describe los sistemas de comunicación en la deficiencia auditiva: orales (verbotonal, lectura labial); sistemas complementarios de comunicación oral (bimodal, palabra complementada) y la revalorización del lenguaje de signos. Hace ver la necesidad de adaptaciones de acceso al currículo; analiza la escolarización del niño sordo y las adaptaciones curriculares.
 - Cap. 7 La deficiencia visual: intervención psicopedagógica. Se refiere a las causas de la deficiencia visual, su clasificación, su desarrollo y diagnóstico. El tema más importante tiene que ver con las necesidades educativas especiales de la deficiencia visual y su tratamiento: atención y estimulación precoz-temprana, adaptación del niño a la escuela, adaptaciones curriculares y áreas específicas, programas especiales, recursos de intervención y orientación a los padres.

- Características generales de la discapacidad visual.
- Sugerencias para la detección y derivación oportuna.
- Respuestas educativas para los niños y niñas que presentan NEE asociadas a déficit visual.
- Orientaciones para la organización y planificación del proceso de enseñanza y aprendizaje.

El **DÉFICIT AUDITIVO**, según el reglamento antes mencionado, es la alteración de la senso-percepción auditiva en diversos grados caracterizada porque los alumnos “presentan limitaciones cuantitativas y cualitativas de la recepción, integración y manejo de la información auditiva, fundamental para el desarrollo y la adaptación. Se consideran en esta categoría a aquellas personas que tengan una pérdida auditiva igual o superior a 40 decibeles”.

EL BIAP (Bureau International d’Audiophonologie) da la siguiente clasificación según el grado de pérdida:

- Deficiencia auditiva ligera: la pérdida se sitúa entre los 20 y 40 dB.
- Deficiencia auditiva media: la pérdida se sitúa entre los 40 y 70 dB.
- Deficiencia auditiva severa: la pérdida se sitúa entre los 70 y 90 dB.
- Deficiencia auditiva profunda: se sitúa por encima de los 90 dB.

La pérdida se cuantifica valorando las respuestas sólo en las frecuencias medias, las que son fundamentales para la percepción del habla. Los detalles técnicos relativos a estas cuestiones pueden encontrarse en la bibliografía citada a pie de página.

En las “Guías de Apoyo Técnico-Pedagógico: NEE en el nivel de Educación Parvularia”, elaboradas el año 2008 por el MINEDUC, citadas en el punto anterior, el lector puede encontrar información sobre el punto, con las respuestas educativas pertinentes. La guía **NEE** (Necesidades Educativas Especiales) **asociadas a discapacidad auditiva** incluye los siguientes capítulos:

- Características generales de la discapacidad auditiva.
- Sugerencias para la detección y derivación temprana.
- Respuestas educativas para los niños y niñas que presentan NEE asociadas a déficit auditivo.
- Orientaciones para la organización y planificación del proceso de enseñanza y aprendizaje.

TRASTORNO O DÉFICIT MOTOR, en el reglamento MINEDUC se caracteriza como “deficiencias motrices que se producen como consecuencia de alteraciones en el mecanismo efector o como consecuencia de alteraciones en el sistema nervioso”.

Las causas también pueden ser múltiples: lesiones del sistema nervioso central (a nivel cerebral o medular), del sistema nervioso periférico, lesiones por traumatismos, malformaciones congénitas, trastornos psicomotores. De origen cerebral son la parálisis cerebral, los traumatismos cráneo-encefálicos y tumores. De origen espinal, la poliomielitis anterior aguda, la espina bífida, lesiones medulares degenerativas, traumatismos medulares. De origen óseo articular, malformaciones congénitas, distrofias, reumatismo de la infancia y lesiones óseo-articulares por desviación del raquis. De origen muscular, las miopatías.

Un trastorno motor fundamental, no progresivo, que se manifiesta antes de los dos años, es la **parálisis cerebral**, caracterizada por parálisis, debilidad, rigideces y movimientos anormales. Puede asociarse a retardo mental, convulsiones, alteraciones sensoriales y psicológicas. El término parálisis cerebral representa un conjunto de condiciones muy heterogéneas: neurológicas, psicológicas y educacionales. Desde el punto de vista médico, esta condición se define como un deterioro permanente del movimiento y la postura, resultante de una perturbación cerebral no progresiva, debida a acontecimientos registrados durante el embarazo, el parto, el período neonatal o los primeros años de vida, o bien a factores hereditarios.²⁰⁹ Según las señales neurológicas clínicas, se subdivide en:

- Parálisis cerebral **espástica** (o piramidal-espástica). El grupo más numeroso: hasta aproximadamente un 75% de los casos. Síntomas más importantes: acentuada rigidez e incapacidad para relajar los músculos. El grado de minusvalía varía según estén afectados un brazo o una pierna, las dos extremidades de un lado del cuerpo, las cuatro extremidades, o aproximadamente todo el cuerpo.
- Parálisis cerebral **atetoide** (extrapiramidal o coreo-atetósica). Sobre un 10%. Los principales síntomas neurológicos son los movimientos involuntarios que entorpecen los movimientos voluntarios normales del cuerpo.
- Parálisis cerebral **atáxica** (o cerebelosa). Aproximadamente un 5%. El síndrome dominante se da en la coordinación de los movimientos voluntarios, lo que con frecuencia ocasiona un andar inestable y a un equilibrio corporal defectuoso; a menudo se ve afectada también la coordinación ojo-mano.
- **Mixta** o formas combinadas de parálisis cerebral. Sobre un 10% de los casos.

Entre las disfunciones asociadas, se observan las visuales (estrabismo); perceptivo-visuales y viso-motrices; auditivas (pérdidas de audición); perturbaciones de la comunicación (defectos del habla y disfunción del lenguaje); problemas emocionales y de comportamiento; disfunciones cognoscitivas. Un porcentaje muy importante de niños con parálisis cerebral (más de la mitad) posee inteligencia normal. Atendiendo a la topografía corporal -lo que se aplica a la variedad espástica- se habla de monoplejía (se ve afectada una sola extremidad); paraplejía (las piernas o mitad inferior del cuerpo); tetraplejía o cuadruplejía (las cuatro extremidades); diplejía (más afectadas las piernas que los brazos).²¹⁰

En las “Guías de Apoyo Técnico-Pedagógico: NEE (Necesidades Educativas Especiales) en el nivel de Educación Parvularia”, elaboradas por el MINEDUC, el lector puede encontrar mayor información sobre el punto, con las respuestas educativas pertinentes. La guía **NEE asociadas a discapacidad motora** trae una clasificación más fina de los tipos de parálisis cerebral y un glosario con los términos especializados. Incluye:

- Características generales de la discapacidad motora.
- Sugerencias para la detección y derivación temprana.
- Respuestas educativas para los niños y niñas que presentan NEE asociadas a discapacidad motora.
- Orientaciones para la organización y planificación del proceso de enseñanza y aprendizaje.

209 Rye, H. & Skjrten, M.D.: Guía para la educación de los niños afectados de parálisis cerebral grave. Cuadernos de Educación Especial nº 7. UNESCO, 1990. Se trata de una guía muy útil para educadores.

210 Los dos libros citados anteriormente pueden ser consultados también en relación al trastorno o déficit motor:

- Bautista, Rafael (compilador): “Necesidades educativas especiales”. Ediciones Aljibe, Málaga, 2ª ed. 1993.
Cap. XII Deficientes motóricos 1: espina bífida.
Cap. XIII Deficientes motóricos 2: parálisis cerebral.
- Lou, María Ángeles y López, Natividad: “Bases psicopedagógicas de la educación especial”. Pirámide, Madrid, 1999.
Cap. 12 Discapacidad motora: intervención psicopedagógica.

Tanto en los trastornos motores -como en otras condiciones discapacitantes- las necesidades educativas especiales que generan tienden a ser abordadas ahora desde **planteamientos no discriminatorios, centrándose en el principio de “normalización”**: la posibilidad de que la persona con discapacidad desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible. Como ya se adelantó, no hay que centrarse en el déficit que presenta el alumno, sino en **la respuesta educativa expresada en las ayudas pedagógicas que cada persona requiera** para conseguir los objetivos. A este respecto, apunta Peñafiel (en Lou y López, 1999):

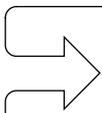


“No se trata de negar la existencia de una patología, dificultad, trastorno, en los alumnos con discapacidad motora, sino que el problema está en las demandas específicas que cada situación personal reclama del sistema educativo para superar las posibles dificultades”. “Se da una gran importancia a los recursos, respecto a los que se precisa un aumento no sólo cuantitativo, sino también cualitativo, es decir, mayor número de profesores pero, además, mayor preparación de estos; supresión de barreras arquitectónicas, pero también eliminación de actitudes individualistas en pro de una labor cooperativa, participativa y de equipo”... “La concepción curricular que desarrolla el nuevo modelo se caracteriza por ser abierta, flexible y adaptable a las necesidades y características de la comunidad educativa en que están inmersos los centros educativos”.-

El reglamento MINEDUC, en lo que concierne a la discapacidad y escuelas especiales, incluye también **graves alteraciones de la capacidad de relación y comunicación**, detallando estos casos:

- Personas con trastorno autista: síndrome que se caracteriza por un trastorno global del desarrollo que se manifiesta casi invariablemente en los 36 primeros meses de edad.
- Personas con graves trastornos y/o déficit psíquicos de la afectividad, del intelecto y/o del comportamiento.
- Personas con disfasias severas: aquellos niños o niñas que presentan una alteración de la comprensión y expresión básica, comprometiendo su conexión con el medio ambiente, sin alteración del contacto afectivo. Esto se manifiesta alrededor de los 24 meses de edad.

Incluye, finalmente, **trastornos de la comunicación oral**. Explica que se trata de “alumnos con trastornos de la comunicación primarios, secundarios o adquiridos, del desarrollo y del habla (sic), los que presentan algunas de las siguientes patologías: **a.** trastorno primario; **b.** trastorno secundario adquirido y del desarrollo; **c.** trastorno del habla: dislalia patológica y espasmodia”. Se afirma que estas patologías “se asocian a graves compromisos en la expresión, comprensión y uso del lenguaje”.



En este manual dedicamos algunas páginas a las **alteraciones del lenguaje, del habla y la comunicación**, así como a **los trastornos generalizados del desarrollo**, por lo cual no ahondaremos ahora en estos puntos, que sólo hemos citado textualmente.

El MINEDUC, en su página web, en el punto relativo a la **generación y fortalecimiento de redes de apoyo para la educación especial** afirma que desde el año 2000 en adelante se han

realizado diversas reuniones y jornadas de trabajo con asociaciones de y para personas con discapacidad, con fundaciones y otras instituciones vinculadas con el tema de la discapacidad. Estos encuentros han tenido como propósito:

- Reflexionar acerca del rol que le cabe a cada uno de los actores respecto de la respuesta a las necesidades educativas especiales.
- Informar y favorecer la participación en las acciones que se han estado llevando a cabo para la formulación e implementación de la Nueva Política de Educación Especial.

También se han llevado a cabo encuentros y jornadas con representantes de universidades a fin de que se inicie un proceso de revisión de sus mallas curriculares y se incorpore a su formación temas relacionados con la atención de la diversidad y de las necesidades educativas especiales en el aula regular. Se trabaja, además, con organismos internacionales. La educación especial, explican las autoridades del Ministerio, “ha avanzado significativamente, sin embargo, **aún existen diversas dificultades que es necesario superar** para conseguir que los alumnos con necesidades educativas especiales alcancen aprendizajes de calidad”.

El MINEDUC pone a disposición en su página diferentes recursos de apoyo al aprendizaje para los docentes que trabajan con alumnos y alumnas integrados. Entre los textos completos a los cuales los educadores y estudiantes de pedagogía pueden acceder están:

Índice de Inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las Escuelas. Texto generado por UNESCO, en el Centro de Estudios para la Educación Inclusiva (CSIE), Bristol, UK, 2000. Conjunto de materiales diseñados para apoyar a las Escuelas en el proceso de avanzar hacia una educación inclusiva. El objetivo por tanto es construir comunidades escolares colaborativas que promuevan en todo el alumnado altos niveles de logro.

Experiencias de Integración Educativa “Cada escuela un mundo un mundo de diversidad”. Texto generado entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (UNESCO / Santiago) y la Fundación HINENI, en donde se sistematizan nueve experiencias de integración en escuelas de educación básicas y jardines infantiles que han asumido el desafío de transformar sus concepciones y prácticas para dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos con discapacidad.

Servicios de Apoyo a la Integración Educativa. Principios y Orientaciones. Texto elaborado por la Fundación HINENI con la colaboración del Fondo Nacional de la Discapacidad FONADIS (2002). Este documento ofrece lineamientos técnicos y orientaciones prácticas para iluminar el camino en la perspectiva de optimizar el uso de los recursos de que dispone el sistema educativo, y hacer más efectiva la intervención de los profesionales que prestan apoyo a los establecimientos educacionales que se encuentran desarrollando proyectos de integración escolar.

Temario Abierto de Educación Inclusiva. Materiales de apoyo para responsables de Políticas Educativas. Conjunto de textos elaborados por la Oficina Regional de Educación de la UNESCO en el año 2004. Ofrece un conjunto de fundamentos y lineamientos para el desarrollo de una educación inclusiva, a partir del análisis del grado de compromiso de las políticas educativas con el principio de la Educación Inclusiva. Además, el documento orienta acerca de cómo este compromiso puede nutrirse y desarrollarse de manera que con el tiempo se convierta en un sistema inclusivo totalmente funcional.

Una mirada exploratoria de las necesidades de educación de la sexualidad, afectividad y género de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Estudio realizado en el año 2006 por la Universidad de Chile y el Ministerio de Educación, a través de la Secretaria Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género y la Unidad de Educación Especial. Su propósito es contribuir a la visibilización de las personas con discapacidad intelectual como personas con derechos y necesidades sexuales y afectivas concretas, con la certeza de que sólo tomando en cuenta tanto sus necesidades personales, como las del contexto social y familiar en que viven y se desarrollan, se pueden generar las condiciones para que ellos puedan ejercer el derecho a una expresión adecuada de su sexualidad y afectividad.

Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Guía para el docente. Elaborada año 2008 por la Unidad de Educación Especial de la División de Educación General del Ministerio de Educación. Su objetivo general es ofrecer a los profesores y profesoras, y también las madres y los padres, un material de apoyo a la reflexión y al quehacer en el tratamiento de la educación sexual de sus estudiantes que presenten necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual, de acuerdo con los nuevos enfoques de la discapacidad, enfatizando la importancia del contexto y de centrarse en las potencialidades de los estudiantes y no sólo en sus déficits.

Palabras + Palabras. Aprendamos a leer. Conjunto de recursos didácticos para favorecer el acceso temprano a la lectura para estudiantes no lectores que presentan NEE. Material elaborado el año 2008 por la Fundación Down-21 y con la colaboración de la Unidad de Educación Especial del Ministerio de Educación. Consta de material organizado en cuadernillos dirigido a niños y niñas, otro a las familias y otro dirigido a los profesores. Se presenta de manera gradual, paulatina y práctica, exponiendo en detalle los pasos a seguir, las secuencias de trabajo y los errores que hay que evitar, para conseguir que los niños, niñas y jóvenes logren los aprendizajes esperados. Para alcanzar este propósito se utiliza un lenguaje claro y simple, sin gran tecnicismo, lo que sin duda, posibilita su aplicación tanto por profesores de educación regular, especial y la familia.

Guías de Apoyo Técnico-Pedagógico: NEE en el nivel de Educación Parvularia. Material elaborado el año 2008 por la Unidad de Educación Especial de la División de Educación General del Ministerio de Educación. Diseñado con el propósito de “facilitar la comprensión de los niños y niñas menores de 6 años que presentan NEE permanentes y transitorias de mayor prevalencia en nuestro país y de entregar sugerencias para el desarrollo de procesos educativos de calidad”. Consta de 8 guías: Introductoria. NEE Auditiva. NEE Visual. NEE Motora. NEE de Atención y Concentración. NEE Intelectual. NEE de Autismo. NEE de Lenguaje y Aprendizaje.

La página del MINEDUC también informa de algunos **cursos** a distancia:

Educación para la atención de la diversidad. Las necesidades de Educación Especial. Curso elaborado por la Escuela de Educación Diferencial de la Facultad de Educación de la Universidad Central de Chile y por el Ministerio de Educación, a través de la Unidad de Educación Especial de la División de Educación General. Cuenta con Manual del Participante y del Tutor.

Curso de Capacitación: Lengua de Señas Chilena y Aprendizaje Escolar. Actividad desarrollada en 2008 por la UMCE (Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación) en conjunto con la Unidad de Educación Especial del MINEDUC. Cuenta con un Manual del Profesor-Alumno y un Manual del Monitor. Se enmarca bajo una concepción socio-antropológica de

la persona sorda, reconociéndola como perteneciente a una comunidad con una diversidad de expresiones culturales propias, donde la lengua de señas se constituye como uno de los valores que los aglutina y les permite construir una identidad individual y social con características particulares.

Bases Curriculares y Atención de la Diversidad: propuestas pedagógicas para el desarrollo de aprendizajes de calidad en niños y niñas en el segundo ciclo de educación parvularia. Curso e-learning elaborado por un equipo de la Facultad de Educación, la Dirección de Informática PUC (Pontificia Universidad Católica) y el MINEDUC destinado a directivos y docentes del sector subvencionado que se desempeñan en escuelas especiales y que atienden niños y niñas en el segundo ciclo del nivel de educación parvularia. Consta de Manual de Tutoría, Manual del Participante Interactivo y CD de respaldo.

Necesidades educativas especiales no asociadas a discapacidad

Para dar término a este capítulo reproducimos nuevamente la figura que se comentó en páginas anteriores. Pretende ilustrar que los alumnos de un curso determinado comparten una serie de necesidades educativas -necesidades “comunes”- que se satisfacen con experiencias esenciales para el desarrollo personal y social. La mayoría de los alumnos no tiene dificultades de aprendizaje; un grupo importante, sí. Estas son académicas (lectura, escritura...) y/o de adaptación (dificultades socio-emocionales).

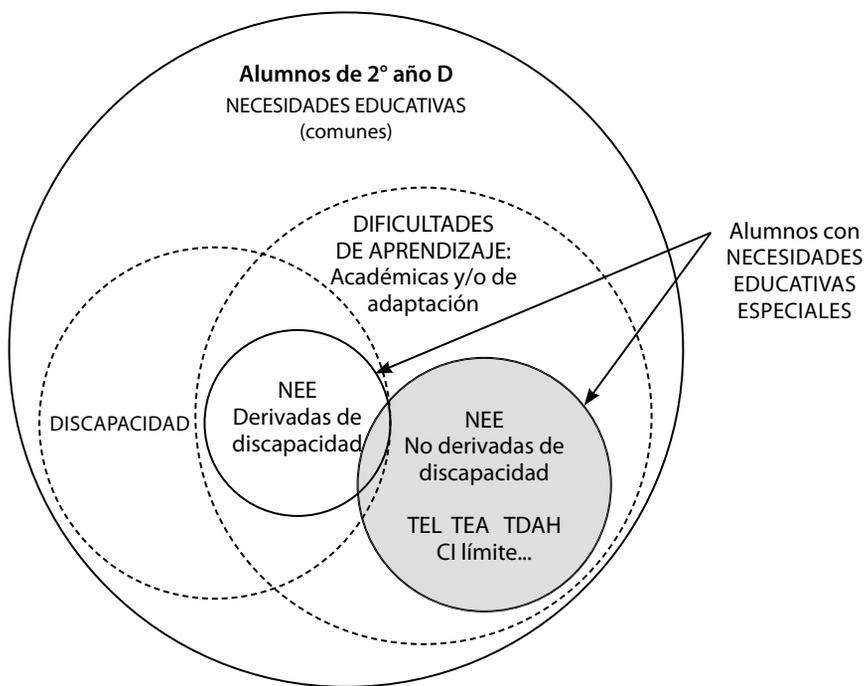


Fig. 9.6. Figura mostrada anteriormente en el texto, destacando ahora al subgrupo de niños con **necesidades educativas especiales, pero no asociadas -o no derivadas- de discapacidad**. Aquí pueden incluirse los niños con TEL, TEA, TDAH, CI límite. Obsérvese que los niños con discapacidad también pueden presentar alguna(s) de estas condiciones, graficado en la intersección de los dos subconjuntos.

El término “aprendizaje”, estrictamente hablando, incluye tanto el plano académico, como el de adaptación personal y social. Como muchas personas lo restringen a los logros académicos o escolares, suelen hablar de “dificultades de **aprendizaje y adaptación**”. En todo caso, las dificultades que normalmente requieren la entrega de educación especial (“la que es **adicional** o de alguna manera **distinta** a la educación generalmente ofrecida a alumnos de la misma edad en las escuelas del área”) corresponden a cuadros de etiología intrínseca como las **dificultades específicas de aprendizaje** (TEA), **dificultades específicas del lenguaje** (TEL), **trastorno por déficit de atención e hiperactividad** (TDAH), **dificultades asociadas a déficit intelectual**, sin subnormalidad (por ejemplo, CI (Cociente Intelectual) límite).

También pueden presentar dificultades los alumnos con **capacidad intelectual superior**, que exigen educación adicional. En todos estos casos, se hace necesario el trabajo colaborativo en que juegan un rol importante el educador especial y otros profesionales junto al educador de aula. Abordaremos todas esas condiciones en capítulos separados. Incluimos en este capítulo una tabla con los decretos e instructivos que norman la Educación Especial.

Integración escolar de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales.

Decreto Supremo N° 01/98: Reglamenta Capítulo II de la Ley N° 19.284/94 de Integración Social de las personas con discapacidad.

Decreto Supremo N° 374/99: Complementa Decreto Supremo de Educación N° 01/1998, autorizando la atención de los escolares hospitalizados.

Instructivo N° 0191 sobre Proyectos de Integración Escolar.

Déficit visual

Decreto Exento N° 89/1990: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad visual.

Decreto Exento N° 637/1994: Modifica Decreto Exento N° 89/1990.

Discapacidad auditiva

Decreto Exento N° 86/1990: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad auditiva.

Discapacidad motora

Decreto Supremo N° 577/1990: Establece normas técnico pedagógicas para la atención de alumnos con discapacidad motora.

Discapacidad por graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación

Decreto Supremo N° 815/1990: Aprueba Planes y Programas de Estudio para personas con autismo, disfasia severa o psicosis.

Discapacidad intelectual

Decreto Exento N° 87/1990: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad intelectual.

Trastornos específicos del lenguaje

Decreto Supremo N° 1300/2002: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con trastornos específicos de lenguaje.

Instructivo N° 0610 sobre atención de alumnos con trastornos específicos del lenguaje.

Grupos diferenciales

Decreto N° 291/1999: Reglamenta el funcionamiento de los grupos diferenciales en los establecimientos educacionales del país.

Decreto que otorga Licencia de Enseñanza Básica

Decreto N° 01398 establece procedimientos para otorgar licencia de Enseñanza Básica y certificado de competencias a los alumnos y alumnas con discapacidad de las escuelas especiales y establecimientos con integración escolar, opción 3 y 4 del Artículo N° 12 del decreto supremo de educación N° 1 de 1998.

Instructivo para la aplicación del Decreto Exento N° 01398.

Decreto N° 0170/2009. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial: NEE de carácter permanente y NEE de carácter transitorio.

Fig. 9.7 MINEDUC. Decretos e instructivos vigentes que norman la Educación Especial.

DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

► Temas del capítulo

Dificultades de aprendizaje y dificultades específicas de aprendizaje (TEA).
Problemas en la delimitación del área: definiciones y aspectos involucrados.
Una definición esclarecedora.
Enfoques en la identificación de las dificultades específicas del aprendizaje.
El enfoque “respuesta a la intervención” en la identificación de las LD (Learning Disabilities).

Dificultades de aprendizaje y dificultades específicas de aprendizaje (TEA)

A partir de la creación de los **grupos diferenciales** en el país, Chile, se hizo necesario identificar a los niños con **dificultades específicas del aprendizaje**²¹¹ o “trastornos específicos del aprendizaje” (“TEA”, como los denominan los educadores especiales) y para los cuales estaban, en principio, diseñados. Sin embargo, desde un comienzo hubo cierta confusión en cuanto a qué niños debían ser atendidos en tales grupos. Por ejemplo, de acuerdo a la definición oficial vigente, debían ser descartados de la categoría TEA los niños con subnormalidad intelectual leve, capacidad límite e, incluso CI (Cociente Intelectual) normal lento, los que se veían privados, por tanto, de atención psicopedagógica y para los cuales en la sala no existía ningún tipo de acomodo curricular. De hecho, debían desertar del sistema escolar o engrosar las filas de las escuelas especiales. Lo mismo ocurría con los niños con problemas emocionales y deficiencias sensoriales o alteraciones físicas.²¹²

La verdad es que los profesores de aula trataban de enviar a los grupos diferenciales a todo niño que presentara algún problema de rendimiento o retraso pedagógico, dificultades de atención y concentración, problemas de lenguaje y, por cierto, problemas conductuales. Como el diagnóstico del educador especialista debía ajustarse a la definición oficial de “TEA” y,

211 En este manual preferimos utilizar la denominación “dificultades específicas del aprendizaje”, ya que los términos “trastornos” o “discapacidades” del aprendizaje tienen una connotación muy severa y negativa. Sin embargo, en Chile el uso constante por parte de psicopedagogos y otros especialistas del término TEA, nos obligan a citarlo.

212 La definición oficial aparece en el anexo del decreto 88 y era importante para determinar qué niños podían ser enviados a grupo diferencial: Trastorno específico del aprendizaje se puede definir como aquellas dificultades significativas para el aprendizaje de la lectura, escritura y/o cálculo, que se presentan en niños con capacidad intelectual normal, en los que no se observan alteraciones severas de carácter neurológico, sensoriales, físicas, emocionales y sociales; que habiendo cursado a lo menos un año de escolaridad básica regular, dichas dificultades no han podido ser superadas con métodos comunes de enseñanza. El trastorno específico del aprendizaje es un trastorno propio del niño, originado, presumiblemente, por alteraciones en el desarrollo o maduración de su SNC. Se utiliza el término específico para referirse al hecho de que las alteraciones no afectan su capacidad global para aprender, sino que a determinados aspectos del aprendizaje.

además, los cupos eran limitados, gran cantidad de niños quedaba permanentemente en “lista de espera”, antesala segura del fracaso y la deserción escolar. La enseñanza y metodologías en la sala de clase, por otra parte, eran esencialmente “homogeneizadoras”, sin acomodos especiales o instrucción diferenciada.

Adelantamos en el capítulo anterior que junto a la derogación por parte del MINEDUC del Decreto 88 de 1990 al entrar en vigencia del **Decreto 291** el año escolar 2000 -destinado a reglamentar el funcionamiento de los grupos diferenciales en los establecimientos educacionales del país- la nueva normativa focalizó la labor del educador especial y diferencial -tanto en el aula de recursos como en el aula regular- en la atención de alumnos y alumnas “**con necesidades educativas especiales no asociadas a una discapacidad, que presentan problemas de aprendizaje y/o de adaptación escolar, ya sean de carácter transitorio o permanente**”. Así se extendió acertadamente la acción de este educador desde el trabajo con los niños con TEA (estadísticamente muy pocos) a todos los ‘niños necesidades educativas especiales no asociadas a una discapacidad’.

La denominación **trastornos del aprendizaje** (traducción que se adoptó inicialmente de “learning disabilities”) se comenzó a utilizar la década de los `60 en Estados Unidos a proposición de **Samuel Kirk**, figura muy significativa en el área de la educación especial. Como categoría conceptual, pretendía englobar una serie de denominaciones en uso en diferentes estados que aludían a niños que -sin presentar retardo mental ni otras condiciones discapacitantes ya consideradas en la legislación para la asignación de recursos destinados a su tratamiento en el ámbito de la educación especial- **experimentaban serias dificultades o problemas en su progreso académico**. La iniciativa fue consecuencia de una reunión de padres, educadores y especialistas, pertenecientes a numerosas asociaciones, pero muy pequeñas y sin influencia como para conseguir fondos y una legislación apropiada favorable a sus niños, dándose origen a una organización única, la “Association for Children with Learning Disabilities” conocida hoy como la “Learning Disabilities Association of America” (**LDA** <http://www.ldanatl.org/>) Curiosamente, la definición de Kirk consideraba como posibles causas de los TEA tanto disfunciones cerebrales, como **trastornos emocionales y de la conducta**.²¹³

Entre las categorías subsumidas por el nuevo concepto -explicitadas posteriormente en los `70 en la legislación oficial- estaban las de dislexia (o ceguera verbal congénita), afasia del desarrollo o disfasia, hándicap perceptual, lesión o daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima o neurológica, etc., pertenecientes más bien al campo de la medicina o de la patología del lenguaje.²¹⁴ **La nueva denominación, en cambio, quiso tener un sello netamente pedagógico,**

213 La definición de Kirk, de 1962, es la siguiente:

“Un trastorno del aprendizaje se refiere a un retardo, alteración o retraso evolutivo en uno o más de los procesos del habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otras materias escolares, resultante de una deficiencia psicológica causada por una posible disfunción cerebral y/o perturbaciones emocionales o de la conducta. No es el resultado de retardo mental, privación sensorial o factores culturales e instruccionales”.

Kirk, S.: “Educating exceptional children”. Houghton Mifflin, Boston, 1962.

214 La definición oficial en USA (U.S. Public Law 94-142, reactualizada en la legislación I.D.E.A. Individuals with Disabilities Education Act, U.S. Public Law 101-476 de 1990), es la que sigue:

El término “trastorno específico del aprendizaje” significa una alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o en el uso del lenguaje hablado o escrito, que puede manifestarse en una imperfecta habilidad para escuchar, hablar, leer, escribir, representar ortográficamente, o efectuar cálculos matemáticos”.

El término incluye condiciones tales como hándicaps perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, y afasia evolutiva.

El término no incluye niños que presentan problemas en el aprendizaje que son primariamente el resultado de deficiencias visuales, auditivas o motoras, o retraso mental, o perturbaciones emocionales o de desventajas ambientales, culturales o económicas.

evitando “marcar” a los niños con etiquetas de naturaleza etiológica, pretendiendo identificar, al mismo tiempo, lo más claramente posible a aquellos que requerían atención especializada de carácter psicopedagógico y multiprofesional, garantizando la asignación de recursos estatales a tal efecto.

Las relaciones del nuevo concepto con las nociones de daño cerebral mínimo, disfunción neurológica y otras sub-categorías, importantes para la delimitación del campo de los trastornos del aprendizaje, son de sobra conocidas en nuestro medio, ya que hay trabajos en español publicados hace varios años que dan cuenta de ellas.

Pese a la buena acogida que tuvo el término desde sus comienzos y a su rápida expansión, el área de las dificultades específicas del aprendizaje -en inglés, **specific learning disabilities** (SLD) y, más frecuentemente learning disabilities (LD)- no ha dejado de presentar problemas en su delimitación, existiendo aun cuestiones en las que no se ha logrado total consenso. Incluso, algunos han pretendido eliminar el constructo haciéndolo sinónimo de ‘retraso evolutivo’ o, simplemente, de ‘bajo rendimiento’ (Dombrowski et al. 2004). Es cierto que se ha cometido el error de diagnosticar como disléxicos (es decir, con una SLD en el procesamiento de la lengua escrita) a niños que presentan efectivamente problemas en el aprendizaje de la lectura, de variada naturaleza y etiología, pero que no reúnen síntomas básicos que caracterizan una dislexia. Shaywitz (2003) ha llegado a afirmar que “el diagnóstico de la dislexia es tan preciso y fundamentado científicamente casi como cualquier diagnóstico en medicina” (citado en Mather and Gregg, 2006).

La **fig. 10.1**, que se mostró en el capítulo anterior, ilustra las relaciones entre los conceptos que hemos estado analizando.

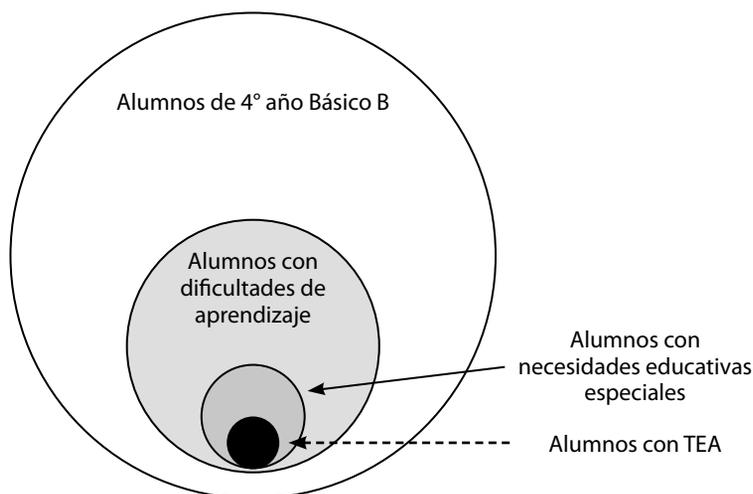


Fig. 10.1. Gráfico que ilustra la situación hipotética de un determinado curso, en que parte importante de sus alumnos presenta **dificultades de aprendizaje**, y algunos de ellos reciben el diagnóstico de niños con **NEE**, ya que requieren la entrega de educación especial. Los alumnos con TEA, se incluyen dentro de este último subconjunto.

Los alumnos con TEA (dificultades específicas del aprendizaje) deben considerarse alumnos con NEE (necesidades educativas especiales) ya que **presentan requerimientos extraordinarios y especializados de apoyo para acceder al currículo escolar y progresar en el aprendizaje y que, de no proporcionárseles, verían limitadas sus oportunidades de aprendizaje y desarrollo.** Es lo que ocurre con los disléxicos. Si bien en las escuelas puede haber muchos niños que presentan dificultades de aprendizaje, por ejemplo de la lectura, no todos requieren apoyos especializados, aunque es preciso señalar que las metodologías del aula tienen que ser variadas y estimulantes, atendiendo de manera efectiva la diversidad. Determinar que un niño efectivamente presenta **dificultades específicas del aprendizaje** (TEA) es un proceso que exige determinadas condiciones, como se verá más adelante.

La **fig. 10.2**, basada en la **fig. 10.1**, se concentra sólo en el subconjunto de niños que presenta dificultades (o problemas) de aprendizaje, haciendo notar que las **dificultades específicas de aprendizaje** (TEA), junto con manifestarse como NEE, son, por definición, de **etiología intrínseca** al sujeto, lo que no ocurre necesariamente con otros problemas o dificultades de aprendizaje. Las definiciones vigentes aluden a causas biológicas: una posible “disfunción” en el SNC que afecta el procesamiento de determinadas tareas, lo que se ha visto ampliamente avalado en la investigación.

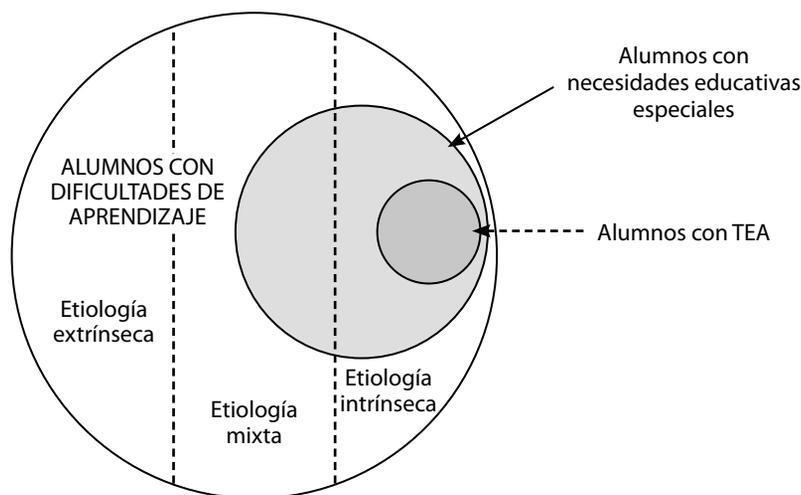
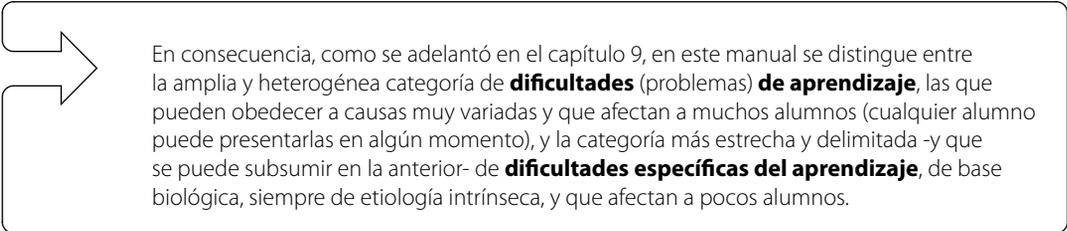


Fig. 10.2. Gráfico que ilustra que las **dificultades específicas de aprendizaje** (TEA) son, por definición, de etiología intrínseca. Se le caracteriza como un ‘trastorno propio del niño’, que obedece a algún tipo de disfunción neurológica. Las NEE obedecen predominantemente a una etiología intrínseca; en algunos casos, presumiblemente mixta.

En el capítulo anterior ya se hizo mención a las causas de las dificultades de aprendizaje y de hecho se consideran en la clasificación que se muestra en la **fig. 9.4**. Dentro de las causas **intrínsecas** está lo que se ha conceptualizado como disfunción neurológica o “disfunción del SNC”. Se atribuyen así los TEA a **factores biológicos** que inciden en un procesamiento de la información defectuoso en una o más áreas específicas del desempeño académico. En algunas definiciones, en vez de referirse a disfunción neurológica, se prefiere hablar de “alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos” que subyacen al desempeño insuficiente.

No siempre resulta fácil delimitar claramente causas intrínsecas o extrínsecas. De hecho, pueden potenciarse unas con otras. En muchos casos, se habla así de **etiología mixta**, cuando con algún grado de certeza las dificultades pueden atribuirse a la conjugación de factores externos e internos: por ejemplo, el rendimiento escolar obstaculizado por una variedad de lengua específica de un sector social menos privilegiado. Al no manejar el niño la norma lingüística estándar -que es clave para la promoción y el éxito personal y social, y que es la que utiliza el profesor y aparece en los textos de estudio- “se queda atrás”. Puede que su manera de comunicarse sea muy rica objetivamente, dentro de su contexto, con los códigos de su propia cultura, pero es **diferente** de la utilizada en el medio escolar. En este entorno, el niño puede sentirse criticado y hasta humillado. Una metodología inadecuada en la enseñanza de la matemática, puede llevar a los niños a desarrollar sentimientos de fracaso, inseguridad en sus reales posibilidades y desmotivación: se potencian entre sí, de este modo, causas extrínsecas e intrínsecas. Es el caso de advertir que en el debate acerca de por qué algunos niños presentan serias dificultades en el aprendizaje y posterior dominio de la lectura, algunos expertos se han inclinado decisivamente por las explicaciones extrínsecas; otros, por las intrínsecas



En consecuencia, como se adelantó en el capítulo 9, en este manual se distingue entre la amplia y heterogénea categoría de **dificultades** (problemas) **de aprendizaje**, las que pueden obedecer a causas muy variadas y que afectan a muchos alumnos (cualquier alumno puede presentarlas en algún momento), y la categoría más estrecha y delimitada -y que se puede subsumir en la anterior- de **dificultades específicas del aprendizaje**, de base biológica, siempre de etiología intrínseca, y que afectan a pocos alumnos.

En consecuencia, como se adelantó en el capítulo 9, en este manual se distingue entre la amplia y heterogénea categoría de **dificultades** (problemas) **de aprendizaje**, las que pueden obedecer a causas muy variadas y que afectan a muchos alumnos (cualquier alumno puede presentarlas en algún momento), y la categoría más estrecha y delimitada -y que se puede subsumir en la anterior- de **dificultades específicas del aprendizaje**, de base biológica, siempre de etiología intrínseca, y que afectan a pocos alumnos.

En nuestro medio, algunos educadores especiales suelen contraponer los problemas “específicos” del aprendizaje a “problemas generales” de aprendizaje, como categorías únicas, lo que se deriva de la misma definición oficial (de los decretos 143 y 88) que precisa en su párrafo final: “Se utiliza el término **específico** para referirse al hecho de que las alteraciones no afectan su **capacidad global para aprender**, sino que a determinados aspectos del aprendizaje”. Esto llevó a la suposición de que los niños que fracasaban en la escuela **o** tenían trastornos “específicos” **o** presentaban problemas “generales” de aprendizaje, en los que se veía afectada su capacidad global para aprender. Ya en los `70, en USA Dunn se había referido a los “trastornos generales del aprendizaje” -según relatan Hallahan y Kauffman en su influyente “Introduction to learning disabilities: a psycho-behavioral approach”- y que contrastaba con los “trastornos específicos del aprendizaje”. Explican, sin embargo, estos autores que, “teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones acerca de la gran variedad de trastornos del aprendizaje, incluso en estudiantes llamados ‘retrasados mentales leves’, opinamos que esta denominación corresponde a relativamente pocos niños”. En otras palabras, la mayoría de los niños “con

una dificultad sustancialmente mayor para aprender” presenta “dificultades de aprendizaje”, de diferente etiología y duración. Muy pocos, “dificultades específicas” (TEA) y posiblemente **algunos**, “problemas generales” de aprendizaje, en los que se vería afectada la “capacidad general de aprender”. Un niño que fracasa en matemática solamente, y que no reúne las condiciones para un diagnóstico de TEA (discalculia), presenta una “dificultad de aprendizaje de la matemática” (tal vez por razones ajenas a él). No se podría decir, en este caso, como ocurre en nuestro medio, que se trata de un niño con “problemas generales” de aprendizaje... La **fig. 10.3** representa las situaciones descritas en el párrafo.

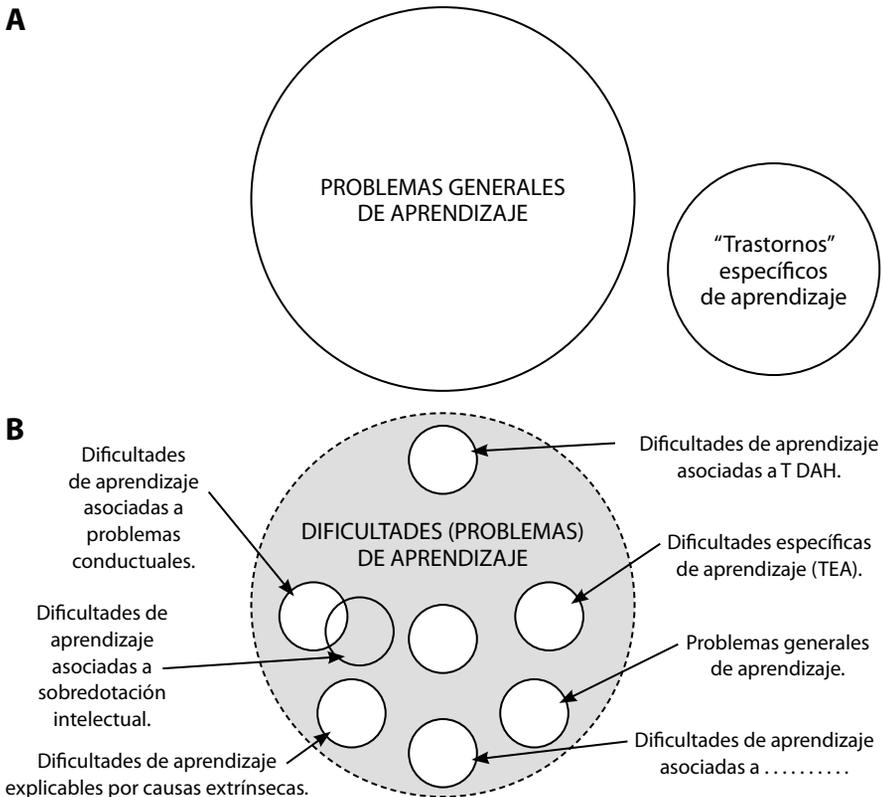


Fig. 10.3 Dos maneras (A y B) de ver las relaciones entre **dificultades de aprendizaje** (y de adaptación) y **dificultades específicas de aprendizaje** (TEA).

Todo esto **no resta importancia a la crítica** de que puedan ser objeto denominaciones tales como “trastornos” o “discapacidades” del aprendizaje (y también, ahora, “necesidades educativas especiales”) que, de alguna pueden “marcar” negativamente a los niños o afectan su autoestima **si no se utilizan de la manera reservada que aconsejan la prudencia y ética profesional.**

Numerosos educadores en el área prefieren hablar de **learning differences**, más que de “learning disabilities”, ya que -afirman- se trata de niños que **aprenden**, pero lo hacen **de manera diferente**.²¹⁵

Sin embargo, la legislación oficial exige determinadas etiquetas diagnósticas para poder acceder a los servicios y ayudas determinados por ley.

Problemas en la delimitación del área: definiciones y aspectos involucrados

Mather y Gregg (2006) dicen que “a lo largo de los años, los profesionales de diferentes disciplinas implicadas con el campo de las **dificultades específicas del aprendizaje** han debatido y luchado por llegar a acuerdo sobre una apropiada definición conceptual y los consiguientes criterios diagnósticos operacionales para tales condiciones”. Los autores mencionan diferentes teorías y marcos de trabajo propuestos para ayudar a los profesionales a utilizar la información derivada de los procedimientos de evaluación, a fin de llevar a cabo un tratamiento efectivo. Teorías tales como la **perceptivo-motriz, psiconeurológica, psicolingüística, neuropsicológica, fonológica- ortográfica** -para cada una de las cuales citan a destacados representantes- “han contribuido a una mejor comprensión de las dimensiones cognitivas y lingüísticas que constituyen la esencia de las **learning disabilities**”.²¹⁶

En el conocido análisis efectuado por Hammill en los `90 de una serie de definiciones de (LD) learning disabilities (TEA) -partiendo por la de Kirk de 1962, el creador de la noción- en que las compara en nueve aspectos conceptualmente relevantes que permiten discriminar entre ellas, sólo 4 aparecen, a su juicio, como “profesionalmente viables”, siendo las más citadas en los tratados sobre la materia: la definición oficial o **federal** (P.L. 94-142); la del **ICLD** (Interagency Committee on Learning Disabilities); la del **NJCLD** (National Joint Committee on Learning Disabilities) y la de la **LDA** (Learning Disabilities Association of America).²¹⁷

Las iniciativas en favor de los niños con dicha condición en USA se tradujeron en los años `70 en la inserción de una disposición especial dentro de la legislación relativa a los niños

215 Schwab Learning, 2001. Educator’s Guide to Learning Differences. Helping kids with learning differences be succesful in learning and life. [www.Schwablearning.org].

216 Parte importante de lo que se expone en este capítulo corresponde a una revisión efectuada por el autor y publicada en la Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva: Bermeosolo, J. Dificultades específicas del aprendizaje: una revisión conceptual. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva. Facultad de Educación. Universidad Central de Chile, Vol.1, N° 1, 67-85, 2007.

217 Learning Disabilities Association of America LDA, citada anteriormente. La definición que propone es ésta (en Hammill, 1990): “Specific learning disabilities is a chronic condition of presumed neurological origin which selectively interferes with the development, integration, and / or demonstration of verbal and / or nonverbal abilities. Specific learning disabilities exists as a distinct handicapping condition and varies in its manifestations and in degree of severity. Throughout life, the condition can affect selfesteem, education, vocation, socialization, and/or daily living activities”.

con discapacidades en general (Public Law 94-142), determinando la asignación de recursos dentro del sistema estatal para su diagnóstico y tratamiento. Ello obligó a la redacción de una definición oficial, la que fue propuesta por la U.S. Office of Education, que se hacía necesaria para determinar la “elegibilidad” de los sujetos que se verían beneficiados en el sistema, y que es conocida también como la definición “federal”. La normativa que se aprobó más tarde (IDEA 1990 Individuals with Disabilities Education Act, y más recientemente, IDEA 2004 ó IDEIA, Individuals with Disabilities Education Improvement Act), nuevas versiones de la legislación de los `70, se rigen por ella.

El primer párrafo de dicha definición (que se mostró al comienzo del capítulo en una nota) enumera las **áreas** más significativas dentro del currículo escolar que pueden verse afectadas: **escuchar, hablar, leer, escribir, representar ortográficamente, o efectuar cálculos matemáticos**. En una revisión posterior se añadió **pensar**. El segundo enumera las condiciones diagnósticas que, vigentes en diferentes estados, se incluyen bajo la denominación de SLD: **hándicaps perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima**²¹⁸, **dislexia, y afasia evolutiva**. Pese a los desacuerdos entre los especialistas en lo relativo a la “cláusula de exclusión” (el tercer párrafo), ya que una LD (learning disabilities) puede ocurrir simultáneamente, estrictamente hablando, con algunas de esas condiciones (**deficiencias visuales, auditivas, motoras, retraso mental, perturbaciones emocionales, desventajas ambientales, culturales o económicas**), en la legislación IDEA 2004 (o IDEIA) se reitera su importancia, a fin de evitar diagnósticos equivocados o sobre-diagnósticos apresurados. Se precisa, por ejemplo, que la **carencia de apropiada instrucción en lectura** “no puede concluir en un diagnóstico de LD”. Tampoco se reúnen los requisitos de elegibilidad para LD (y el tratamiento consiguiente en educación especial) si el factor determinante es **diversidad en el background racial, cultural o lingüístico del estudiante**. El “descarte” de esas condiciones limitantes del progreso académico, **a través de medidas curriculares de calidad e intensivas, desde temprano**, marcan la manera como actualmente se están diagnosticando las learning disabilities. Queda claro que esas condiciones limitantes deben ser enfrentadas **en el aula regular**. Tales factores pueden ocasionar ‘dificultades en el aprendizaje’, pero las ‘dificultades específicas del aprendizaje’ no obedecen a ellas.

La definición del **NJCLD** (National Joint Committee on Learning Disabilities) logró gran consenso entre los especialistas, ya que, entre otros méritos, subsana algunas de las críticas que se le han hecho a la definición oficial.



“Learning disabilities” es un término genérico que alude a un heterogéneo grupo de alteraciones que se manifiestan en significativas dificultades en la adquisición y el uso de la escucha, el habla, la lectura, la escritura, el razonamiento, o las habilidades matemáticas.

Tales alteraciones son intrínsecas al individuo, se presume obedecen a disfunción del SNC, y pueden darse a lo largo de toda la vida.

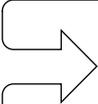
218 En el capítulo dedicado al TDAH, más adelante, retomaremos estas nociones. La inserción aquí del término Disfunción Cerebral Mínima -desde el DSM III en 1980 “trastorno por déficit atencional” -por ser la característica más notable del síndrome- ha llevado a la confusión de entender dicha condición como “trastorno del aprendizaje”, cuando en realidad corresponde a un cuadro diferente, que sí puede ocurrir concomitantemente con él. (Así lo aclara la definición del ICLD). La misma definición original de DCM de Clements en 1966 se prestaba para que los educadores la interpretaran como sinónimo de TEA.

Anteriormente, en 1962, en un congreso de neuropediatras en Oxford ya se había propuesto cambiar la denominación “lesión o daño cerebral mínimo” por “disfunción cerebral mínima”. El trastorno por déficit atencional fue objeto posteriormente de algunas modificaciones en su conceptualización, tanto en el DSM III R de 1987, como en el DSM IV, vigente desde 1994.

Los problemas en conductas auto-regulatorias, percepción social e interacción social, pueden darse junto con trastornos del aprendizaje, pero no constituyen de por sí un trastorno del aprendizaje.

Si bien los trastornos del aprendizaje pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones limitantes (por ejemplo, alteraciones sensoriales, retardo mental, perturbación emocional severa) o con influencias extrínsecas (tales como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inapropiada), no son el resultado de dichas condiciones o influencias.

Esta definición, entre otras cosas, estuvo destinada a reforzar la idea de que las LD (learning disabilities) pueden darse a toda edad (no se habla aquí de “niños” con trastornos del aprendizaje); al eliminar la controvertida frase de “los procesos psicológicos básicos” (ver definición federal) que mediarían entre la disfunción del SNC y las áreas específicas afectadas, que provocó muchas trabas en su operacionalización (y que, sin embargo, con los progresos en psicología cognitiva actualmente ha cobrado mayor sentido), y a aclarar que la “cláusula de exclusión” no debe ignorar la posible coexistencia de las dificultades específicas del aprendizaje con otras condiciones limitantes. Una persona puede presentar una LD (TEA) y, **al mismo tiempo**, alguna de las condiciones expresadas en las cláusulas de exclusión.



En las definiciones que estamos examinando, el primer párrafo hace referencia a las áreas involucradas, con especial mención al lenguaje **oral** y **escrito**, y las modalidades en que se presentan. Es interesante destacar que los déficit en lengua oral, por lo general bajo la etiqueta de “**TEL**” (trastornos específicos del desarrollo del lenguaje) son tratados preferentemente en Chile por fonoaudiólogos y profesores especialistas en audición y lenguaje, en tanto que los educadores especialistas en TEA abordan psicopedagógicamente las dificultades de la lectura, escritura y matemática.

Una definición esclarecedora

Coincide con la definición anterior (de hecho, se basó en ella) la de otra importante agrupación de instituciones -en especial del área de la salud- el **ICLD** (Interagency Committee on Learning Disabilities), aunque la modificó en algunos aspectos. Es una definición que nos parece muy completa y esclarecedora, ya que alude también a las “dificultades de aprendizaje” y variables que las ocasionan. Por cierto, no es una definición operacional y debe complementarse con los pasos que se dan actualmente para el diagnóstico de una LD (learning disabilities) y que se explican al final de este capítulo.



“Learning disabilities” (TEA) es un término genérico que alude a un heterogéneo grupo de alteraciones que se manifiestan en significativas dificultades en la adquisición y el uso de la escucha, el habla, la lectura, la escritura, el razonamiento, las habilidades matemáticas, o habilidades sociales.

Tales alteraciones son intrínsecas al individuo y se presume obedecen a disfunción del SNC.

Si bien las dificultades específicas del aprendizaje pueden ocurrir simultáneamente con otras condiciones limitantes (ej., alteraciones sensoriales, retardo mental, perturbación social o emocional), con influencias socio-ambientales (tales como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inapropiada, factores psicógenos), y especialmente trastorno por déficit atencional, todos los cuales pueden causar dificultades de aprendizaje, una dificultad específica del aprendizaje no es el resultado de dichas condiciones o influencias.

En la revisión de 1987, en la Conferencia Nacional celebrada en Maryland, el **ICLD** (Interagency Committee on Learning Disabilities) incluye entre los trastornos del aprendizaje las dificultades significativas en la adquisición y el uso de las **habilidades sociales**.²¹⁹ Obsérvese que el **NJCLD** (National Joint Committee on Learning Disabilities) señala explícitamente al respecto: “Los problemas en conductas autorregulatorias, percepción social, e interacción social, pueden darse junto con trastornos del aprendizaje, pero **no constituyen** de por sí **un trastorno del aprendizaje**”. Hay desacuerdo, entonces, entre los especialistas en torno a si incluir o no dentro de los TEA los déficit en habilidades sociales. Sin embargo, hay investigaciones que avalan su inclusión.²²⁰

En el último párrafo, que alude a **condiciones limitantes** que **pueden ocurrir** simultáneamente con los trastornos del aprendizaje, el **ICLD** incluye el **trastorno por déficit atencional** y explicita que todas estas condiciones (es decir, las alteraciones sensoriales, el retardo mental, las perturbaciones sociales y emocionales, instrucción insuficiente), pueden causar **dificultades de aprendizaje**. Aclara, sin embargo, que las **learning disabilities** (LD) no son el resultado de tales condiciones.

Las relaciones entre trastorno por déficit atencional y las dificultades específicas del aprendizaje las examinaremos en el capítulo dedicado a las dificultades en el autocontrol y control de la atención.

El “Journal of Learning Disabilities” dedicó un número especial a la **coocurrencia de LD (learning disabilities) con otras condiciones** que, de por sí, pueden causar problemas en el aprendizaje. Rosenberg²²¹ explicaba que: “el área de las dificultades específicas del aprendizaje se ve frecuentemente asediada por profundos debates y desacuerdos acerca de las definiciones, criterios diagnósticos, prácticas evaluativas, y/o procedimientos de intervención”. Los mayores esfuerzos han estado dirigidos a distinguir los trastornos del aprendizaje de otros trastornos

219 Kavanagh, J.F. & Truss, T. J.: Learning disabilities : Proceedings on the national conference. Pennsylvania. Maple Press, York, 1988.

220 Voeller, K.K.S.: Right hemisphere deficit syndrome in children. En S. Chess y T. Hertzog (comps.): Annual progress in child psychiatry and child development, 381-393, Brunner & Mazel, N.York, 1987.

Weintraub, S. & Mesulam, M.: Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components. Arch. Neurol, 40, 463-469, 1983.

221 Rosenberg, G. Learning disabilities occurring concomitantly with other disability and exceptional conditions: introduction to the special series. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 242-244, 1997.

Varios trabajos publicados en ese número de la revista examinan la coocurrencia de LD con otras condiciones:

Rock, E.; Fessler, M. & Church, R.: The comorbidity of learning disabilities and emotional / behavioral disorders: a conceptual model. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 245-263, 1997.

Schoenbrodt, L.; Kumin, L. & Sloan, J.: Learning disabilities existing concomitantly with communication disorders. J. of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 264-281, 1997.

Erin, J. & Koenig, A. : The student with a visual disability and a learning disability. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 309-320, 1997 .

Ortiz, A.: Learning disabilities occurring concomitantly with linguistic differences. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 321-332, 1997 .

Brody, L. & Mills, C.: Gifted children with learning disabilities: a review of the issues. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 282-296, 1997.

Polloway, E.; Patton, J.; Smith, T. & Buck, G.: Mental retardation and learning disabilities: conceptual and applied issues. Journal of Learning Disabilities. Vol.30, N 3, 297-308, 1997.

o condiciones adversas, con lo que los programas de tratamiento no se han focalizado **a los estudiantes que, en gran número, presentan problemas concomitantes**. “Tales esfuerzos de exclusión corren el riesgo de promover una visión parcial o unidimensional de la compleja interacción de factores que influyen en el desempeño académico y social de los alumnos”. A causa de todos estos antecedentes, el lector podrá advertir que en este momento la etiqueta diagnóstica LD (Learning Disabilities) se utiliza en algunos lugares de una manera más amplia e inclusiva que SLD (Specific Learning Disabilities).

Enfoques en la identificación de las dificultades específicas del aprendizaje

Para entender mejor la manera como ahora se están enfocando la identificación y el diagnóstico de las dificultades específicas del aprendizaje, resulta de interés recordar que hace algo más de una década, la International Reading Association **IRA**, una de las instituciones que formaba parte del **NJCLD** (National Joint Committee on Learning Disabilities) discrepó abiertamente con la definición aprobada -que ya comentamos- manifestando serias reservas sobre **qué es un trastorno del aprendizaje**.²²² Algunas de las preocupaciones y críticas expresadas por la IRA, decisivas para entender la manera en que posteriormente se han ido abordado las dificultades específicas, fueron las siguientes:

- Demasiados niños están siendo catalogados como “niños con trastornos del aprendizaje” a causa de la vaguedad de la definición y, por ello, no están recibiendo el tipo de instrucción que requieren para superar sus dificultades. En este momento en USA, la cifra alcanza a los 2.400.000 niños, número que duplica el de hace diez años. 80 a 85% de ellos presentan como característica primaria serios problemas en lectura. La definición existente debería enfatizar lo relativo a **prevención**, ya que **la mayoría de los problemas en lectura se solucionarían si los niños recibieran un apoyo instruccional temprano e intensivo**.
- En cuanto a la afirmación de que “tales alteraciones son intrínsecas al individuo, y presumiblemente obedecen a disfunción del SNC”, la presunción es injustificada y potencialmente destructiva. Sin negar que ello pueda raramente ocurrir, asumir que el problema obedece a un sistema nervioso defectuoso, claramente implica cierto pesimismo en la capacidad de la persona para superar su dificultad. Si no hay una ‘clara evidencia’ de la alteración del SNC, **habría que presumir que la persona tiene un SN que funciona bien y, en consecuencia, ser optimistas en sus posibilidades de superación**.
- Como **educadores**, afirman los integrantes de la IRA (International Reading Association), “preferimos presumir que donde haya **dificultades en el aprendizaje**, ello obedece a que aun no hemos identificado las técnicas instruccionales o el montaje necesario para favorecer un aprendizaje exitoso”.
- Además, es objetable la clara implicación en la definición de que las “diferencias culturales” constituyen una fuerza extrínseca, paralela a la “instrucción insuficiente o inapropiada”, que influyen negativamente en el aprendizaje, aunque tales diferencias culturales no sean vistas como una causa de los trastornos del aprendizaje. En contraste, **es preferible ver positivamente la diversidad cultural y lingüística. “El mundo es más rico e interesante a causa de la diversidad”**. Aparte de la responsabilidad de profesores y escuelas de respetar la diversidad cultural y lingüística, **se puede capitalizar esta como un recurso y fortaleza para el aprendizaje** y no verla como un obstáculo.

222 Pikulski, J.: IRA Board questions definition of learning disabilities. Reading Today, Vol. 14, N 1, August / September, 1996.

- El NJCLD no ha logrado realmente operacionalizar la definición, en especial en lo relativo a la disfunción del SNC, respecto a lo cual que se debiera contar con criterios y procedimientos claros para avalar la presunción. **La definición debiera ser de corte netamente educacional**, que es “nuestro campo profesional”, lo que no quita que algún día la neurología esté en condiciones de distinguir entre “trastornos” y “dificultades” de aprendizaje. En síntesis, la mejor manera de simplificar la definición, sería algo así:



“El término “learning disability” se refiere a significativas dificultades en la adquisición y el uso de la escucha, el habla, la lectura, escritura, etc., las que persisten a pesar de instrucción apropiada y extensa (incluyendo instrucción uno-a-uno) en el área de la dificultad, siendo desconocida la causa”.

La legislación más reciente, **IDEA'04**, acoge prácticamente todas las críticas anteriores, haciendo **modificaciones sustanciales en la determinación de elegibilidad para SLD (Specific Learning Disability)**.²²³ Hasta ese momento, el criterio más utilizado para verificar si un niño presentaba dificultades específicas de aprendizaje y requería tratamiento especializado era demostrando (con la aplicación de procedimientos psicométricos y el uso de determinadas fórmulas) que se observaba en él una **discrepancia severa** entre su habilidad intelectual general y los logros, ya sea en expresión oral, comprensión del lenguaje, expresión escrita, habilidades lectoras básicas, cálculo matemático o razonamiento matemático. A este enfoque se le conoce como el **“modelo de discrepancia”** (“the discrepancy model” o aptitude-achievement discrepancy”).

Las LD (Learning Disabilities) son vistas como un bajo desempeño que resulta **inesperado** en alguna de esas áreas. El approach (acercamiento) más típico para la identificación implica la búsqueda de variabilidad intra individual como marcador para la “inesperabilidad”, junto a la exclusión de otras causas de bajo rendimiento que “se espera” pueden producirlo: las señaladas en la cláusula de exclusión (Fletcher, Morris y Lyon).²²⁴

Este enfoque se rige por la “cláusula de exclusión” y no da pie para la eventual coocurrencia de LD (Learning Disabilities) con otras condiciones limitantes. Un niño, por otra parte, en que no se observa dicha discrepancia, no reúne las condiciones de elegibilidad para LD. Como explica Joshi (2003), “los lectores deficientes cuyo puntaje en lectura y CI están a la par, son identificados como sujetos que no presentan LD”.²²⁵ Este enfoque ha demostrado una serie de insuficiencias y ha sido objeto reparos. Explican Francis, Fletcher y otros (2005) que los procedimientos para la identificación de niños que presentarían LD, basados solamente en puntajes de tests -sin relación con criterios comportamentales específicos- llevan a decisiones inválidas.²²⁶ Lo mismo ocurre con el approach que identifica LD con bajo rendimiento. Citan a este respecto los datos del Connecticut Longitudinal Study, en el que 39% de los niños

223 Nos hemos centrado en lo que ha estado ocurriendo en USA, por la influencia que han ejercido la investigación y prácticas de ese país -en el área de las dificultades específicas del aprendizaje- tanto en Europa como América.

224 Fletcher J.; Morris, R. & Lyon, G.R. Classification and definition of learning disabilities: an integrative perspective. En L. Swanson, K. Harris & S. Graham (Eds.) Handbook of Learning Disabilities. 2003
Ver también:

Aaron P.G. The impending demise of the discrepancy formula. Review of Educational Research, 67, 461-502, 1997.

225 Joshi, R.M. Misconceptions about the assessment and diagnosis of reading disability. Reading Psychology 24, Issue 3-4, 247-266, October 2003

226 Francis D., Fletcher J., Stuebing K., Lyon G., Shaywitz B. & Shaywitz S. Psychometric approaches to the identification of L.D.: IQ and achievement scores are not sufficient. J. of Learning Disabilities, 38 (2), 98-108, 2005.

Fletcher J., Denton C. & Francis, D. Validity of alternative approaches for the identification of L.D.: operationalizing unexpected underachievement. J. of Learning Disabilities, 36 (6), 545-552, 2005.

identificados con LD en tercer grado, de acuerdo a este criterio, cambiaron de ubicación con la medición llevada a cabo en 5° grado.²²⁷

Para determinar actualmente si un niño presenta una **dificultad específica de aprendizaje**, las agencias educacionales locales (LEA) en USA, sin obligar a establecer la ‘discrepancia’ (de hecho, hay niños con TEA que no la evidencian) recomiendan utilizar el procedimiento denominado **Response To Intervention (RTI) (Respuesta a la Intervención)**, asumido en IDEIA 2004. La noción como tal no es nueva en educación, ya que ha estado siempre a la base del proceso enseñanza-aprendizaje y ha sido un componente esencial de la calidad de la educación: en otras palabras, **la instrucción (es decir, las estrategias, la metodología, las intervenciones, el currículo) ¿llevan a un incremento en el aprendizaje y a un adecuado progreso?**²²⁸ Aquellos niños de los que se **sospecha** podrían presentar una dificultad específica, **si responden a una intervención de calidad**, basada en hallazgos científicamente probados, antes de ser enviados a educación especial, **dejarán de ser considerados como alumnos en riesgo de presentar LD**. Aquí se aplica la definición de la IRA que citamos anteriormente: “El término LD se refiere a significativas dificultades en la adquisición y el uso de la escucha, el habla, la lectura, escritura, etc., **las que persisten a pesar de instrucción apropiada y extensa (incluyendo instrucción uno-a-uno) en el área de la dificultad**, siendo desconocida la causa”.

El enfoque “respuesta a la intervención” en la identificación de las LD (Learning Disabilities)

Este nuevo enfoque, de reciente implementación, se ha expresado en los diferentes estados en variados “modelos”, con muchas dudas aun sobre cómo conciliar IDEA 2004 con las prácticas vigentes. Todo parece indicar que la ejecución exitosa de RTI (response to intervention) será un proceso largo. Ello supone, entre otros cometidos, preparación del personal, asistencia técnica, proyectos de demostración de modelos, diseminación de la información, cambios de actitudes, etc.²²⁹

227 Un estudio realizado en Canadá (Klassen, 2003) examina las definiciones de LD utilizadas en las investigaciones publicadas en cuatro importantes revistas especializadas en el período 1989-2000, destacando los cambios o tendencias en definiciones y teorías. Además, analiza las definiciones vigentes utilizadas por los diez ministerios de educación provinciales y los cambios propuestos, contrastándolos con los cambios en la investigación empírica. Se encontró escaso consenso en la definición de LD en 36 artículos publicados basados en investigaciones, haciéndose muy difícil la comparación de los hallazgos. Ocho artículos entregaban una crítica teórica del constructo y siete de ellos criticaban el rol del CI en las definiciones. En las provincias están en uso diversas definiciones operacionales: en ocho de las diez se utiliza alguna forma del método ‘tradicional’ de discrepancia CI / logro.

Un giro en las prácticas de identificación se aprecia en la “Review of Special Education”, en British Columbia, gracias a la influencia de autores como Siegel y Stanovich: dentro de esta aproximación, se estima como suficiente para identificar estudiantes con dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura, un desempeño significativamente bajo en el reconocimiento de palabras, en decodificación de pseudopalabras y en comprensión de lectura. Estos son criterios comportamentales o rasgos definitorios que pueden ocurrir tanto en sujetos en que se da la discrepancia aptitud / logro, como en aquellos en que no se da.

Klassen, R. The changing landscape of learning disabilities in Canada: definitions and practice from 1989-2000. *School Psychology International*, 23, 2, 199-219, 2003

Siegel L. IQ is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 8, 469-478, 1989.

Stanovich K. Discrepancy definitions of reading disability: has intelligence led us astray?. *Reading Research Quarterly*, 26, 1-29, 1991.

228 NJCLD: Responsiveness to intervention and learning disabilities. A report prepared by the National Joint Committee on Learning Disabilities representing twelve national and international organizations. August 2005.

229 La nueva legislación fue aprobada el 3 de diciembre de 2004, haciéndose efectiva a partir del 1 de julio 2005. Las regulaciones finales fueron publicadas el 14 de agosto de 2006.

Explica Lou Danielson, Director de Investigación para la Práctica, U.S. Office of Special Education Programs, que hay que desarrollar maneras

Se trata de una estrategia de **pre-identificación**, que evita el diagnóstico prematuro de LD.²³⁰ El rápido crecimiento de las minorías y la gran cantidad de ELL (English Language Learners) llevó a una identificación desproporcionada de niños para la educación especial, catalogados como alumnos con LD.

Un elemento clave de un enfoque RTI es **realizar la primera intervención apenas los estudiantes experimentan las primeras dificultades académicas**, con el propósito de mejorar el logro de **todos** los alumnos, incluido el de aquellos que podrían presentar una LD (Learning Disability).

El nuevo procedimiento consiste en determinar **si el niño responde** a una intervención científica, basada en la investigación²³¹, como parte de los procesos evaluativos.

Aparte de los servicios preventivos y remediales que este enfoque puede proporcionar a los estudiantes en riesgo, resulta prometedor por su contribución con datos para una mejor identificación de las dificultades específicas de aprendizaje. De este modo, un alumno que evidencia (1) **un rendimiento significativamente bajo** y (2) **una insuficiente RTI** (response to intervention) puede ser considerado en riesgo de presentar LD (learning disabilities) y, en consecuencia, posible candidato a la educación especial y servicios relacionados. El **supuesto** detrás de este paradigma -al que denominan algunos "de doble discrepancia" (Fuchs, Fuchs & Speece, 2002)²³² es que, **cuando se le proporciona instrucción de calidad y servicios remediales a un estudiante sin LD, este demostrará un progreso satisfactorio.**²³³

El meollo del enfoque RTI consiste en proporcionar **la instrucción más efectiva**, promoviendo **la intervención más temprana posible** a los alumnos que están comenzando a experimentar dificultades en el aprendizaje de la lectura. Se da por sentado que **esto evitará que algunos estudiantes sean identificados prematuramente como sujetos con LD (TEA)**, al iniciarse la intervención no bien empiezan a causar preocupación. El modelo no está concebido para

alternativas para identificar a los sujetos con SLD, aparte de la evaluación de logros, historia y observación del niño:

"La respuesta a una intervención de calidad es el método más prometedor de identificación alternativa, ya que puede tanto promover prácticas más efectivas en la escuelas, como cerrar la brecha existente entre identificación y tratamiento. Cualquier esfuerzo por potenciar la respuesta a la intervención debería estar basado en modelos de solución de problemas, en los que se utiliza el monitoreo del progreso para calibrar la intensidad de la intervención, según la respuesta del estudiante. Los modelos de solución de problemas han probado ser efectivos en los ambientes escolares y en investigación".

Danielson, L. Response to intervention. Presentación en PowerPoint. (U. Central de Chile 2006) Antecedentes en <http://idea.ed.gov>

230 IRA / G. Washington Univ. Memorandum: Response to intervention in the Individuals with Disabilities Education Act 2004. December 2004.

231 Esto quiere decir que supone "la aplicación de procedimientos rigurosos, sistemáticos y objetivos para obtener un conocimiento relevante confiable y válido para las actividades y programas educacionales", como se aclara en el Memorandum del Estado de Tennessee de mayo de 2005. Además, debe incluir un tipo de investigación que, entre otros aspectos:

- Utiliza métodos sistemáticos, empíricos, que orientan la observación y la experimentación.
- Implica un riguroso análisis de los datos, que sean pertinentes para probar las hipótesis planteadas y que justifiquen las conclusiones generales obtenidas.
- Se basa en mediciones o métodos de observación que garanticen datos confiables y válidos entre observadores y evaluadores, a lo largo de múltiples mediciones y observaciones, y a lo largo de estudios del mismo o de diferentes investigadores.
- Garantiza que los trabajos experimentales son presentados con suficiente detalle y claridad para que puedan ser replicados o, por lo menos, que permitan basarse sistemáticamente en sus hallazgos.

232 Fuchs L., Fuchs D. & Speece, D. Treatment validity as a unifying construct for identifying learning disabilities. Learning Disability Quarterly, 25, 33-45, 2002.

233 NJCLD Responsiveness to intervention and learning disabilities. A report prepared by the National Joint Committee on Learning Disabilities representing twelve national and international organizations. August 2005.

utilizarse como tratamiento de casos aislados: debe implicar **a todo el sistema, a toda la escuela comprensivamente**. La nueva legislación precisa:



*“... casi 30 años de investigación y de experiencias han demostrado que la educación de niños con dificultades resulta mucho más efectiva cuando se proporcionan incentivos para metodologías que abarcan a toda la escuela”.*²³⁴

El **Special Education Research Center** -en Chile no existe un equivalente- es el encargado de supervisar la aplicación de las exigencias de la legislación IDEA 04, de garantizar la mejora de los servicios, incluyendo el empeño en optimizar los logros académicos y funcionales, y los resultados educativos de todos los estudiantes con ‘disabilities’. Ello incluye:

- El examen de las necesidades especiales a nivel pre-escolar.
- La identificación de servicios relacionados, con una base científica, y de intervenciones que promuevan la participación y el progreso en el currículo de la educación general y en todos los escenarios de la educación general.
- Examinar en qué medida ocurren tanto sobre-identificación, como sub-identificación de niños con ‘disabilities’.
- La mejora de las habilidades lectoras y de alfabetización de los niños con ‘disabilities’.

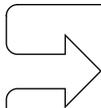
Las reformas que suponen la aplicación de un modelo RTI (response to intervention) también dependen de **profesores altamente calificados** (High Qualified Teachers). La legislación trae numerosas referencias al desarrollo profesional de los profesores, tanto educadores **especiales**, como **regulares**. Se enfatiza la formación en intervención temprana (tanto en ‘preservice’, como en ‘inservice’ training), y la **colaboración entre ambos maestros**. La formación y la retención de HQ Teachers (profesores altamente calificados) es un desafío adicional para el modelo RTI (response to intervention). En términos de las prácticas evaluativas, una prueba diagnóstica aplicada por el profesor o el especialista con propósitos instruccionales no puede considerarse una evaluación para elegibilidad para educación especial. Una evaluación con este propósito exige una **variedad de herramientas evaluativas y de estrategias** para recopilar información relevante **funcional, evolutiva y académica**, incluyendo la **información proporcionada por el apoderado, quien debe participar** en la decisión acerca de si el niño presenta alguna ‘disability’.

Para asegurarse en contra de diagnósticos equivocados o una sobre-representación de minorías o de población ELL (English Language Learners), la recopilación de información para el diagnóstico y los materiales evaluativos para examinar al niño deben ser elegidos y administrados de manera que **no resulten discriminatorios desde una perspectiva racial o cultural**. Deben ser administrados de manera profesional por **personal competente** y se debería utilizar el lenguaje y el modo que con mayor probabilidad entreguen una información precisa sobre lo que el niño sabe y puede hacer académica, evolutiva y funcionalmente.²³⁵

234 IRA / G.Washington Univ. Memorandum: Response to intervention in the Individuals with Disabilities Education Act 2004. December 2004.

La legislación autoriza hasta un 15% de los fondos de IDEA para que sean destinados a proporcionar servicios a los estudiantes antes de ser identificados con una LD (Learning Disability).

235 IRA / G.Washington Univ. Memorandum: Response to intervention in the Individuals with Disabilities Education Act 2004. December 2004.



Es interesante destacar que la legislación IDEA 04 contempla disposiciones en la Parte C para la atención de niños pequeños con 'disabilidades', desde el nacimiento a los 2 años, con referencia al apoyo a las familias y los servicios de intervención temprana. La Parte B está dedicada a la educación especial y servicios relacionados para niños y jóvenes desde los 3 a los 21 años.

La **aplicación de RTI** (response to intervention). típicamente es vista en el contexto de un modelo **multi-escalonado** o un marco de trabajo que define un **continuo de programas y servicios** para los estudiantes con dificultades académicas. Aunque no existe una aproximación o modelo que tenga una aceptación universal, las posibles variaciones pueden conceptualizarse como elaboraciones o modificaciones del siguiente modelo de tres niveles o escalones:²³⁶

1. **ESCALÓN 1:** A todos los estudiantes **en la educación general** se les proporciona un apoyo instruccional y comportamental de alta calidad:
 - El personal del establecimiento lleva a cabo una selección universal ("tamizaje") de las habilidades en lecto-escritura, habilidades académicas y conducta.
 - Los profesores implementan una variedad de estrategias de aprendizaje con fundamento en la investigación.
 - Se utilizan una evaluación continua basada curricularmente y un monitoreo constante del progreso, a fin de orientar una instrucción de alta calidad.
 - Los alumnos reciben instrucción diferenciada basada en los datos obtenidos en las evaluaciones permanentes.
2. **ESCALÓN 2:** A los estudiantes cuyo rendimiento y ritmo de progreso van por detrás de sus pares en su clase, escuela o distrito, se les aplican **medidas preventivas o trabajo remedial más especializado, en el marco de la educación general:**
 - Se aplican mediciones basadas curricularmente para identificar **qué estudiantes continúan necesitando apoyo, y en qué tipos de habilidades específicas.**
 - Se utiliza un procedimiento de solución de problemas colaborativo para diseñar e implementar apoyo instruccional a los estudiantes -que puede consistir en un protocolo estándar²³⁷ - o estrategias e intervenciones más individualizadas.
 - Los estudiantes identificados reciben una **instrucción más intensa**, científica, basada en la investigación, **ajustada a sus necesidades individuales.**²³⁸

236 NJCLD Responsiveness to intervention and learning disabilities. A report prepared by the National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) representing twelve national and international organizations. August 2005.

237 Protocolo estándar es un enfoque, denominado así por Fuchs et al. (2003), en el cual los alumnos con dificultades similares (por ejemplo, problemas de fluidez lectora) reciben una intervención de base científica que ha sido estandarizada y que ha demostrado ser efectiva con quienes presentan ese tipo de dificultad.

Fuchs D.; Mock D.; Morgan P. & Young C. Responsiveness-to-intervention: definitions, evidence and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities: Research and Practice*, 18 (3), 157-171, 2003.

238 A modo de ejemplo (Danielson L. Response to intervention). Intervención en Escalón 2 para lectura: Grupos pequeños de 3 o 4 alumnos, cuatro veces a la semana, fuera de la clase.

Cada sesión de 45 minutos, dirigida por el instructor:

- 10 minutos de reconocimiento visual de palabras,
- 5 minutos de ejercicio de sonidos de letras,
- 15 minutos de práctica en decodificación,
- 15 minutos de práctica en fluidez de lectura.

Las lecciones están transcritas para el instructor, con cada paso detallado y el punteo para cada actividad.

- Se **monitorea** frecuentemente el progreso de los alumnos, a fin de determinar la efectividad de la intervención y las modificaciones requeridas.
 - Se lleva a cabo una **evaluación sistemática** para determinar la fidelidad o integridad con que la instrucción e intervenciones están siendo implementadas.
 - Los **padres** son **informados e incluidos en la planificación y el monitoreo del progreso de sus hijos** en las intervenciones especializadas del Escalón 2.
 - Los **educadores generales** reciben apoyo (entrenamiento, consultoría, servicios directos a los estudiantes) -de acuerdo a sus necesidades- de otros educadores **calificados** en implementar las intervenciones y en el monitoreo del progreso de los alumnos.
3. **ESCALÓN 3:** Un equipo multidisciplinario lleva a cabo una evaluación comprehensiva para determinar la **elegibilidad para la educación especial** y servicios relacionados:
- Los **padres** son informados de sus derechos a un debido procedimiento y se obtiene el consentimiento para la evaluación comprehensiva necesaria a fin de determinar si el estudiante tiene una 'disability' y es elegible para la educación especial y servicios relacionados.
 - La evaluación utiliza **múltiples fuentes de recopilación de información**, que puede incluir datos de mediciones estandarizadas y referidas a norma, observaciones realizadas por los padres, estudiantes y profesores, así como los antecedentes obtenidos en los 'escalones' 1 y 2.
 - **Se proporciona instrucción especializada, intensiva y sistemática**, y se recogen datos adicionales de RTI (response to intervention), de acuerdo a las necesidades, en consonancia con las normativas y el cronograma de la educación especial.
 - Se aplican las medidas de protección relativas a la evaluación y determinaciones de elegibilidad, según los requerimientos de la normativa de IDEA 2004.²³⁹

El completo informe preparado por el (National Joint Committee on Learning Disabilities) NJCLD (agosto 2005), que lleva por título **Responsiveness to intervention and learning disabilities**, del cual hemos citado algunos elementos, dedica apartados especiales a la participación de los padres, a las decisiones básicas relativas a la implementación -así como inquietudes y preocupaciones-, a los recursos, a las investigaciones que avalan el nuevo enfoque, y, finalmente, a los **nuevos roles y competencias de los profesionales de la educación**.²⁴⁰

El enfoque presenta unas claras **ventajas**, que también se describen en detalle en el documento. Aquí las resumimos:

1. **Identificación más temprana y confiable** de los estudiantes, por medio de un approach (acercamiento) de **solución de problemas**, más que por una fórmula de discrepancia habilidad / rendimiento. Cuando se utiliza una fórmula psicométrica para establecer el criterio de discrepancia, resulta difícil identificar a los niños con LD (learning disabilities) hasta, por lo menos, el tercer grado.

239 La normativa actual inglesa también contempla un sistema escalonado -fuertemente basado en una intervención de calidad en el aula regular- para la identificación y evaluación de alumnos con NEE. (Special Educational Needs: Code & Practice. Department for Education and Skills, Nov. 2001).

Contempla 4 niveles:

1. School Action.
2. School Action Plus.
3. Evaluación obligatoria.
4. Declaración de NEE.

Una información abreviada se puede encontrar en la presentación en PowerPoint del experto Seamus Hagarty, U. Central de Chile, diciembre de 2006.

240 La presentación Response to intervention de Lou Danielson, Director of Research to Practice, U.S. Office of Special Education Programs (Antecedentes en <http://idea.ed.gov>) es muy explícita en lo relativo a la organización y número de horas dedicadas a cada paso de los diferentes escalones.

2. **Reducción en el número de estudiantes referidos a la educación especial** y servicios relacionados.
3. **Reducción en la sobre-identificación de estudiantes de minorías.**
4. Entrega de datos más relevantes **de la instrucción** que con los métodos tradicionales de identificación, lo que orientará mejor al equipo a desarrollar el IEP (Individualized Education Program) si es el caso, con un determinado niño.

La IRA (International Reading Association), reconociendo los indudables méritos de la nueva legislación IDEA 2004, hacer ver una serie de inquietudes que no aparecen claramente respondidas y que obligarán a una puesta en marcha no exenta de dificultades.²⁴¹

En síntesis, según la legislación vigente, se determina que **un niño tiene una SLD** (TEA)²⁴², si:

1. No progresa adecuadamente en relación a su edad o no alcanza los estándares aprobados en el Estado para su curso o nivel en una de las siguientes áreas, **si se le han proporcionado las experiencias de aprendizaje y la instrucción apropiada** para su edad o de acuerdo a los estándares aprobados en el Estado para su curso o nivel:
 - Expresión oral.
 - Comprensión oral.
 - Expresión escrita.
 - Destrezas básicas lectoras.
 - Habilidades de fluidez lectora.
 - Comprensión lectora.
 - Cálculo matemático.
 - Solución de problemas matemáticos.
2. Cuando se usa un procedimiento basado en la **respuesta del niño a una intervención científica, basada en la investigación;** o **el niño evidencia un patrón de fortalezas y debilidades en ejecución, logro, o ambos**, en relación a su edad, a los estándares aprobados por el Estado para su curso o nivel, a su desarrollo intelectual, **que son estimados por el equipo competente** como relevantes para la identificación de una SLD (Specific Learning Disability), utilizando las evaluaciones apropiadas, y que:
 3. No son primariamente resultado de:
 - Una discapacidad visual, auditiva o motora.
 - Retardo mental.
 - Trastorno emocional.
 - Factores culturales.
 - Desventaja ambiental o económica,
 - Limitado dominio del inglés.

Esta nueva legislación está incidiendo directamente en lo que ocurre en el **aula regular** en la que se está promoviendo la “**instrucción diferenciada**” para atender adecuadamente a la **diversidad**. En lo que concierne al rol del profesor, la LDA (Learning Disabilities Association

241 IRA / G.Washington Univ. Memorandum: Response to intervention in the Individuals with Disabilities Education Act 2004. December 2004.

242 <http://idea.ed.gov/>

of America), en su boletín oficial, hacer ver que los educadores especiales raramente tenían la oportunidad de enseñar a grandes grupos de estudiantes y, por su parte, el educador de aula regular, preparado para enseñar las materias de clase a todo un curso, raramente tenía oportunidad para la enseñanza individualizada.

Como resultado de la legislación actual, “a los **educadores regulares** se les está pidiendo ahora **diseñar materiales y actividades que puedan satisfacer las necesidades de todos los estudiantes desde un comienzo**, más que hacer modificaciones frente a hechos consumados. La instrucción diferenciada está siendo el modelo que ayudará a los educadores a cambiar la manera en que enseñan”.²⁴³

La **instrucción diferenciada**, que incluye grupos de discusión, pequeños grupos de trabajo colaborativo, contratos individuales, círculos literarios, proyectos de equipos tecnológicos, etc., debe entregar a **todos los alumnos** desafíos e incentivos para aplicarse de nuevas maneras en forma motivada, dándoles la oportunidad de comprometerse en las actividades de la clase, haciéndolos más solidarios y menos competitivos. Además,



“ayuda a prevenir el bajo rendimiento entre los estudiantes, ofreciéndoles más alternativas en la manera en que procesan la información y en los tipos de actividades y materiales que pueden utilizar a fin de demostrar lo que comprenden”.

Este tipo de instrucción satisface las necesidades individuales de aprendizaje y acomoda la docencia a las habilidades y experiencias de cada alumno de la clase. **Los estudiantes tienen que poder elegir cómo involucrarse en las actividades de la clase para tener éxito. Tienen que encantarse e interesarse en los tópicos discutidos para participar y obtener logros académicos.** Por otra parte, al conectarse las actividades curriculares de la clase con lo que sucede fuera de ella, el aprendizaje se hace significativo. La Learning Disabilities Association of America **LDA** aclara, finalmente, qué tienen que saber los **padres** o apoderados al respecto:



“Ya que los padres conocen a sus niños mejor que nadie, es muy conveniente que charlen con los profesores acerca de los contenidos curriculares, expectativas académicas, y las fortalezas, problemas, intereses y experiencias escolares anteriores de sus hijos. Los padres tienen que conocer el tipo de clase a la que asisten. Pueden colaborar visitando la sala de sus hijos, discutiendo con ellos en la casa las actividades que se llevan a cabo, revisando las tareas y ayudándolos a generar ideas que reflejen su cultura, sus intereses y experiencias”.

Como puede apreciarse de todo lo expuesto, el aula regular es el escenario preferencial de la educación especial, en el marco de la educación general, y las medidas más importantes deben tomarse en ella a través del trabajo colaborativo. En contraste con el modelo “homogeneizador” y uniforme de enseñanza, se propone en el aula regular la instrucción

243 LDA Education Committee: Differentiated Instruction. LDA Newsbriefs 2006. Entre las fuentes citadas:

Lewis S. & Bates K. How to implement differentiated instruction? Journal of Staff Development, 26 (4), 26-31, 2005.

Smutny J. Differentiated instruction. Phi Delta Kappa Fastbacks 506, 7-47, 2003.

Van Garderen D. & Whittaker C. Planning differentiated, multicultural instruction for secondary inclusive classrooms. Teaching Exceptional Children, 38 (3), 12-20, 2006.

diferenciada, que ofrece oportunidades variadas a todos los alumnos, acordes con sus estilos y motivaciones. Muchos de los alumnos que presentan “dificultades de aprendizaje” responden bien. Los que no responden, son objeto de una nueva “andada” didáctica, más enriquecida y personalizada. Los niños del grupo minoritario, finalmente, que no responden conforme a lo esperado, pasan a ser los candidatos a una nueva evaluación y la declaración de alumno con NEE (Necesidades Educativas Especiales), si corresponde el diagnóstico de “dificultad específica de aprendizaje” o TEA.

La pirámide de la **fig. 10.4** trata de graficar el alcance del apoyo que se brinda a los estudiantes en el sistema inglés, al que se hizo mención anteriormente. En un sistema escalonado como el que se describió para el enfoque RTI (response to intervention).

La primera intervención, denominada **School Action** (a nivel pre-escolar: Early Years Action), está **dirigida y conducida en la misma escuela** con especial énfasis con los niños que no demuestran el progreso esperado. Opera si el alumno hace escasos progresos y presenta dificultades en lectoescritura y matemática; presenta continuos problemas emocionales y conductuales; presenta dificultades sensoriales o físicas que dificultan su avance; tiene problemas de comunicación que dificultan su avance. Se espera beneficie a aproximadamente un 80% de la clase.

La segunda intervención, denominada **School Action Plus** (a nivel pre-escolar: Early Years Action Plus) es más intensa y se concentra en los niños que aun no responden (aproximadamente, un 15%), con **la participación de servicios de apoyo externo**. Implica tales servicios cuando el alumno sigue haciendo escasos progresos durante un período prolongado; se ubica en un nivel significativamente inferior al esperado; presenta dificultades emocionales o conductuales que interfieren sustancialmente con el propio aprendizaje y con el de otros estudiantes; presenta necesidades físicas o sensoriales que requieren apoyo especializado; tiene permanentes dificultades de comunicación e interacción. Se trabaja con estos estudiantes “en riesgo” en grupos especializados. El 5% restante es sometido a una nueva evaluación, obligatoria, tras la cual se hace la “declaración de NEE”. para los **programas de atención individualizada** en el marco de la educación espacial y servicios relacionados. Una característica peculiar del sistema inglés es la participación de Special Educational Needs Coordinators (SENCO). El **coordinador de necesidades educativas especiales**, es un miembro del personal del establecimiento que actúa como punto de referencia clave para todos los asuntos relativos a las NEE (Necesidades Educativas Especiales).

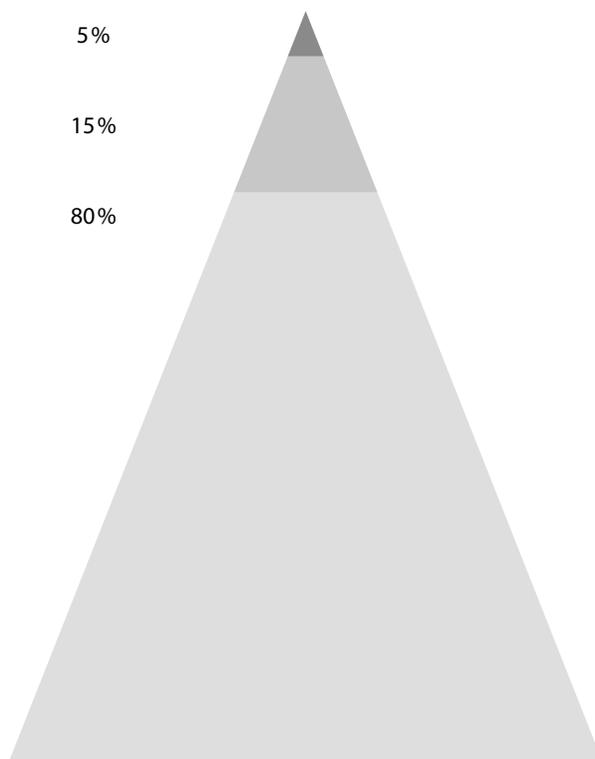


Fig. 10.4. El continuo del apoyo escalonado que involucra a toda la escuela y el porcentaje aproximado de alumnos en que se focaliza la atención en sistema inglés.

Para planear y ayudar al niño con NEE es necesario el trabajo de muchas personas. La legislación IDEA en USA especifica claramente quiénes deben integrar un **equipo de educación especial**: los padres de familia siempre son miembros de cualquier equipo que tome decisiones sobre el niño y pueden invitar a otras personas a ir con ellos a las reuniones. Los maestros y otros profesionales que conocen o han evaluado al niño también forman parte del equipo (por lo menos un maestro de educación regular y un maestro de educación especial). Cada equipo tiene que contar con un miembro que conozca los servicios y recursos disponibles en el distrito escolar. A base de la discusión del equipo y la información de la evaluación, se determinará si corresponde que el niño reciba educación especial y los servicios relacionados. Si así fuera, el equipo usará los resultados de la evaluación para desarrollar un Programa de Educación Individualizado (IEP, en Inglés). Si el niño tiene más de 14 años, también deberá formar parte del equipo.²⁴⁴

Todos estos antecedentes pueden resultar orientadores para lo que ocurre en el país en el área de la educación especial. El equipo de educación especial MINEDUC está implementando medidas que acogen e integran a nuestra realidad varias de estas iniciativas.

244 "Guía para los padres de familia sobre los servicios de educación especial". Publicación conjunta de la Federación para Niños con Necesidades Especiales y el Departamento de Educación de Massachusetts, USA.

NEE y las pruebas SIMCE de medición nacional de logros en el aprendizaje

“El SIMCE es el Sistema Nacional de Evaluación de resultados de aprendizaje del Ministerio de Educación de Chile. Su propósito principal es contribuir al mejoramiento de la calidad y equidad de la educación, informando sobre el desempeño de los estudiantes en diferentes subsectores del currículum nacional, y relacionándolos con el contexto escolar y social en el que ellos aprenden. **Las pruebas SIMCE evalúan el logro de los Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios (OF-CMO) del Marco Curricular vigente en diferentes subsectores de aprendizaje, a través de una medición que se aplica a nivel nacional, una vez al año, a los estudiantes que cursan un determinado nivel educacional.** Hasta el año 2005, la aplicación de las pruebas se alternó entre 4° Básico, 8° Básico y 2° Medio. A partir del año 2006, se evalúa todos los años a 4° Básico y se alternan 8° Básico y 2° Medio. Además de las pruebas asociadas al currículum, el SIMCE también recoge información sobre docentes, estudiantes y padres y apoderados a través de cuestionarios de contexto. Esta información se utiliza para contextualizar y analizar los resultados de los estudiantes en las pruebas SIMCE”. (En pág. web MINEDUC).

Una inquietud que suelen manifestar docentes y directivos de establecimientos educacionales se relaciona en r con las consecuencias que pueden traerles el hecho de integrar niños con necesidades educativas especiales a sus salas de clase: por una parte, el MINEDUC estimula y recomienda la integración de tales niños en el marco del “compromiso con la diversidad”, sin embargo es obvio que muchos de ellos están muy lejos de rendir al nivel de sus compañeros “normales”. Por otra parte, el mismo Ministerio exige logros académicos y es bien sabido que se dan a conocer y publicitan ampliamente los “ranking” de colegios y liceos según tales logros. En otras palabras, los establecimientos que integran niños con NEE (Necesidades Educativas Especiales),, en especial, asociadas a discapacidad, se verían seriamente perjudicados.

Consultada por el autor de estas páginas la Coordinadora de Educación Especial, Prof. Paulina Godoy Lenz, sobre esta inquietud, amablemente hizo llegar la siguiente respuesta, que solicitó a la Unidad de Currículum y Evaluación:

Un alumno tiene **calidad de integrado** si presenta una evidente discapacidad física o mental, como por ejemplo, limitaciones sensoriales (sordera, ceguera, etc.) o motrices (afecciones por parálisis cerebral, tics motores, apraxia, etc.), trastornos de la comunicación oral (afasia, disfasia, etc.). A continuación se presentan algunos ejemplos de diagnósticos:

- **Se consideran integrados** aquellos estudiantes que presentan discapacidades tales como: ceguera, sordera, retraso mental, trastornos de la comunicación como afasia y disfasia, autismo, trastorno de Asperger, trastornos de tics motores o vocales crónicos, trastorno de la Tourette, parálisis cerebral (hemiplejia, tetraplejia). **Estos alumnos rinden la prueba SIMCE, pero no son tomados en cuenta a la hora de los resultados.**
- **No se consideran integrados** los alumnos que presentan trastornos de aprendizaje, tales como dislexia, disgrafía, discalculia, ni trastornos por déficit de atención, como síndrome de déficit atencional (con o sin hiperactividad), comportamiento perturbador. Tampoco son considerados como integrados, alumnos que presentan trastornos de ansiedad ni del estado de ánimo (estrés, angustia, depresión, baja autoestima, etc.), ni aquellos alumnos que presentan epilepsia.

- El **procedimiento solicitado por el SIMCE** para informar que se cuenta con alumnos integrados es el siguiente: El Director del establecimiento debe contar en su poder con la certificación correspondiente, emitida por un profesional calificado (neurólogo, psiquiatra, psicólogo o psicopedagogo), quien acredita la condición del alumno como integrado. Una copia de dicha información es retirada por los examinadores SIMCE cuando realizan la visita previa al establecimiento.
- SIMCE está actualizando esta información para el año 2009, lo que será informado oportunamente.

LAS DISLEXIAS Y OTRAS DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

► Temas del capítulo

Dislexias y dificultades de aprendizaje de la lengua escrita.

La dislexia o las dislexias.

Una definición práctica.

Tipos de dislexia.

Trastornos de la lectura y escritura en el DSM IV-TR y la CIE 10.

Otras “learning disabilities” o dificultades específicas del aprendizaje.

Disgrafía.

Disortografía.

Discalculia.

Dislexias y dificultades de aprendizaje de la lengua escrita

Los **problemas en el aprendizaje de la lengua escrita** son, sin duda, los más frecuentes en la escolaridad inicial. Para algunos niños y adolescentes, las dificultades para lograr una moderada competencia lectora persisten a lo largo de todos sus años de estudio. En algunas personas, toda la vida. El acceso a la lengua escrita representa en la vida de un niño un cambio de envergadura: inicia una nueva relación con la lengua y, a través de ella, con las personas, con el mundo y la cultura. El **éxito o fracaso en dicha tarea son decisivos** para su ajuste posterior, para el crecimiento personal, y para la calidad de la interacción con los demás (hoy en día, también vía e-mail, “chateo” y la “navegación” a través de la red virtual). Determina en buena parte lo que el niño estará en condiciones de aportar y recibir más tarde como persona adulta en una sociedad plenamente alfabetizada. De ahí la importancia de la lectura y de la escritura en los sistemas educacionales de todos los países del mundo. En Chile, materia obligada dentro del debate nacional sobre educación. El tema de la alfabetización es crucial para el desarrollo social, económico y, por cierto, psicológico.

Sin embargo, es sabido que varias de las complejas habilidades que explican su dominio deben ser **aprendidas** -a veces con esfuerzo- y en consecuencia, **enseñadas**, ya que no existe en el cerebro humano una especialización para procesar la lengua escrita semejante a la que existe para la lengua oral.²⁴⁵

²⁴⁵ A este respecto, Ellis (1985), en su revisión crítica de 10 influyentes obras sobre la dislexia, afirmaba que, “dada la tardía introducción de la escritura en la evolución, no hay manera de que la dotación genética del neonato del ‘homo sapiens’ pueda incluir un ‘mecanismo de adquisición del lenguaje’ (similar al L.A.D. de Chomsky) que contenga proto-módulos diseñados específicamente para procesar los signos alfabéticos”.

Muchas habilidades se reparten en la población de acuerdo a la curva normal: las relacionadas con la lectura -como las habilidades psicolingüísticas y cognitivas subyacentes- siguen una distribución parecida, aunque algo sesgada. En todo caso, hay niños, en un extremo, a quienes las cosas les resultan muy fáciles. A otros, en el extremo opuesto, demasiado difíciles.

De acuerdo a datos aportados por Shaw (1999), se estima que en USA un 5% de los niños aprenden a leer por su cuenta, antes de entrar a la escuela, “como por arte de magia”; un 35% aprende a leer con toda facilidad, cualquiera sea la metodología de la enseñanza de la lectura que se utilice. Para el **60%** restante, **aprender a leer es un desafío importante**. Dentro de este 60% hay un subgrupo de niños para los cuales aprender a leer es tan difícil que suelen ser clasificados como “niños con problemas para la lectura”. Se habla de un **15%** a un **20%** del grupo total. Se trata de los niños que presentan **dificultades para aprender a procesar la lengua escrita**.

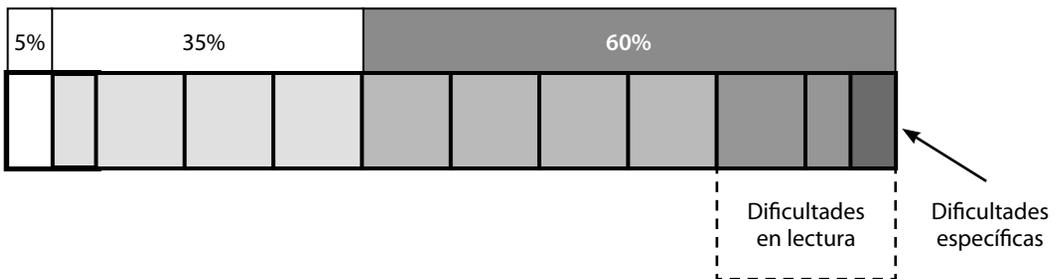


Fig. 11.1. Representación gráfica de los datos aportados por Shaw. Para un 60 % de los niños aprender a leer constituye un desafío importante. La tercera parte de este grupo (15 % a 20 % del total) puede mostrar “dificultades de aprendizaje”. Entre un 3% y un 5%, “dificultades específicas”

El concepto **dificultades para la lectura** (o **dificultades de lectura**) es genérico, admite grados o niveles, y engloba todos los obstáculos y trabas (internos y/o externos) que hacen difícil a muchos niños el aprendizaje y uso fluido de tan compleja habilidad. **Dislexia** (o dislexias), por otra parte, alude a un subgrupo especial de **dificultades específicas para la lectura**, muy significativas, de origen intrínseco (posible disfunción neurológica a la base, ya que se trata de una “learning disability” o TEA) y que afecta a un grupo más bien pequeño de niños y personas: 3% a 5%. La **fig. 11.1** representa gráficamente estos datos.

Las dislexias se incluyen dentro de las dificultades de la lectura, pero no todas las dificultades de la lectura (incluso, algunas muy severas) constituyen una dislexia.

Ellis, A.W.: The cognitive neuropsychology of developmental (and acquired) dyslexia: a critical survey. *Cognitive Neuropsychology*, 2 (2), 169-205, 1985.

Lo anterior no está en contradicción con la idea de que, una vez que se han automatizado las destrezas descifradoras subyacentes a la comprensión lectora -como ocurre en los lectores diestros- el reconocimiento de palabras impresas pasa a ser un fenómeno automático de tipo modular. No se trata aquí de algo innato, sino adquirido y normalmente tras un período de instrucción explícita.

Viene al caso la distinción establecida en el capítulo anterior entre “problemas (dificultades) en el aprendizaje” y “dificultades específicas” (learning disabilities). El uso inadecuado (o abuso) de los conceptos ha llevado a una importante confusión en el área. De hecho, se ha identificado el concepto de dislexia con toda dificultad en el aprendizaje de la lectura, lo que lleva a estimaciones asombrosas acerca de la cantidad de “niños disléxicos” en un curso o escuela. No todo lector deficiente tiene dislexia: hay muchos factores (aparte de eventuales disfunciones cerebrales) que inciden en el aprendizaje y comprensión lectora: **motivación, intereses, destrezas verbales, estilo cognitivo, locus de control, experiencias y aprendizajes previos, estado emocional, norma lingüística, indemnidad o alteración sensorial, CI (Cociente Intelectual)**, etc. Esto se aplica también a otras dificultades del aprendizaje -piénsese en el cálculo, la expresión escrita, el desarrollo de la coordinación, las habilidades sociales- y sus correspondientes y posibles trastornos específicos.

La distinción entre **dislexias** y otras **dificultades severas para la lectura** puede resultar difícil de establecer, por lo cual muchos investigadores incluyen bajo denominaciones del tipo “retardados lectores severos” o “lectores deficientes” a todos los niños -disléxicos o no- que presentan un rendimiento lector muy por debajo de lo esperado para su edad o curso o nivel intelectual. Sin embargo, estas denominaciones, incluida por cierto la de dislexia, son criticadas por quienes asumen el **punto de vista extrínseco y curricular**, ya que atribuyen las dificultades para aprender a lo que ocurre con **la enseñanza, la escuela y el currículo**. Shaw²⁴⁶ se refiere con propiedad a este punto. Explica que **2 enfoques** fundamentales han dominado las discusiones acerca de por qué algunos niños presentan serias dificultades en el aprendizaje y posterior dominio de la lectura. Suelen considerarse antagónicos e irreconciliables y se les conoce como el enfoque **intrínseco** y el enfoque **extrínseco**.

- En el **enfoque intrínseco**, sus proponentes creen que factores **internos** al niño (como trastornos del aprendizaje) interfieren con sus habilidades de adquisición de la lectura. Aportan pruebas científicas que demuestran la existencia fehaciente de las “learning disabilities”, las que tienen una base neurológica u orgánica.
- Para quienes adoptan el **enfoque extrínseco**, factores **externos** al niño (instrucción deficiente, ambiente pobre en el hogar) son los que realmente interfieren con las habilidades para el aprendizaje y uso de la lectura. Conceptos tales como “dislexia” y “learning disabilities” están demás y sólo aportan una visión fatalista de las dificultades.

Cada perspectiva ha generado su propia y peculiar línea de investigación, proponiendo, al mismo tiempo, métodos muy diferentes cada una para encarar los problemas de lectura. Así es como los representantes extremos del enfoque extrínseco (y esto ha ocurrido también en Chile),

246 Shaw, Robert A.: “¿Es todavía útil el concepto de dislexia? Presentación en la Facultad de Educación, PUC, agosto 1999.

Robert A. Shaw, psicólogo educacional, Vicedecano de la Brown University, Providence, Rhode Island, USA., dictó un ciclo de conferencias en el Campus San Joaquín PUC sobre las “Dificultades del aprendizaje y discapacidades en adolescentes y estudiantes en la enseñanza superior”. Fue varios años director del Institute for Secondary Education, programa de colaboración entre la Brown University y los colegios del estado de Rhode Island. Dirige los servicios de asesoría a los estudiantes de Universidad Brown y el apoyo coordinado para estudiantes con trastornos del aprendizaje y ADHD, para los cuales hay un cupo en todas las carreras, pese a tratarse de una universidad muy selectiva. Este tipo de servicios ha pasado a ser un modelo para diferentes colleges y universidades en USA preocupados por el tema de la inclusión educacional.

Los mismos estudiantes han contribuido en la elaboración de un folleto de unas 20 páginas -que reparten a los académicos de las diferentes carreras y a los alumnos nuevos con problemas- donde se refieren en detalle a los síntomas clásicos de las learning disabilities y el ADHD, así como a la manera en que se deben enfrentar las dificultades, a cómo defender los propios derechos y utilizar adecuadamente las políticas administrativas:

Learning disabilities and alternate learning styles. A student perspective. The Office of the Dean of the College, Brown University. 1993. (Inicialmente el folleto había sido publicado bajo el nombre Dyslexics at Brown. 1984).

aparte de negar la existencia de las dislexias y desdeñar variables de naturaleza intrínseca, han propuesto que “todo pasa por una mejora de las metodologías” y una buena capacitación de los profesores.

Nos referiremos ahora con más detalle a la dislexia y a las dificultades para la lectura en general. Veremos algunos argumentos que justifican hablar de dislexia(s), asumiendo, al mismo tiempo, una postura balanceada entre los dos extremos. Hay razones sólidas tanto a favor del enfoque intrínseco, como del extrínseco, los que no tienen que ser necesariamente irreconciliables. La identificación de las dificultades específicas del aprendizaje a través del procedimiento RTI (Response To Intervention) descrito en el capítulo anterior, da cuenta de una propuesta que da razón a las dos perspectivas.

La dislexia o las dislexias

La **dislexia** fue identificada ya a fines del Siglo IXX. **P. Morgan**, médico, relataba en 1896 en el *British Medical Journal* el caso de un niño que presentaba síntomas muy parecidos a los de pacientes adultos con “ceguera verbal adquirida”, descritos el año anterior en el mismo boletín por el oftalmólogo escocés James Hinshelwood. Morgan insinuaba la posibilidad de que dicha **ceguera verbal** (dificultad para reconocer o “ver” las palabras escritas) pudiera ser **congénita**. Tanto él como Hinshelwood creían que tales problemas se asociaban a anomalías en áreas del cerebro relacionadas con la lectura. Ese mismo año, la Royal Statistical Society premiaba a James Kerr por un ensayo sobre higiene escolar que incluía novedosas referencias a la **ceguera verbal en niños** (Farnham-Diggory, 1980). Sin embargo, fue el mismo Hinshelwood quien realizó los estudios más sistemáticos sobre la materia -con una teoría neurológica en la base- y que culminaron en 1917 con la publicación de su clásica obra “**Congenital word-blindness**”.

Algunos años más tarde, el neurólogo norteamericano **Samuel Orton** desarrollaba su teoría sobre la dislexia, a la que se refirió como “alexia evolutiva” y “estrefosimbolia” (del griego: símbolos retorcidos), basada en la noción de equilibrio hemisférico. Este investigador había comenzado en los años ‘20 a estudiar en el estado de Iowa a niños con serias dificultades para aprender a leer, observando en ellos frecuentes inversiones de letras. Concluyó que su torpeza para la lectura se debía al fracaso del cerebro para establecer la dominancia hemisférica para la lengua.²⁴⁷ Sus colaboradoras Anna Gillingham y Bessie Stillman diseñaban, ya a comienzos de la década del ‘30, un completo programa de tratamiento que se ajustaba tanto a las ideas de Orton, como a la teoría del aprendizaje asociacionista de la época. El **método de lectura**

247 Farnham-Diggory (1980) detalla que Orton describió 6 tipos de “conductas de incapacidad” que, según él, representaban fracaso en la dominancia del hemisferio izquierdo:

- alexia evolutiva o del desarrollo: dificultad poco usual para aprender a leer, siendo normales otras condiciones.
- agrafia evolutiva: dificultad para escribir, que puede acompañar (no necesariamente) a la incapacidad lectora.
- sordera verbal evolutiva: dificultad en reconocer la palabra hablada; retraso y distorsión del habla, pero audición normal.
- afasia motora evolutiva: desarrollo lento y distorsionado del habla, pero buena comprensión de la palabra hablada. (No hay sordera verbal).
- verdadera tartamudez infantil: espasmos de la musculatura del habla, con bloqueo verbal o con repeticiones mecánicas.
- apraxia evolutiva: torpeza motriz anormal, con retraso en el aprender a caminar, correr, abotonarse, amarrarse los cordones de los zapatos, ponerse la ropa

Las interpretaciones neurológicas de Orton han sido posteriormente revisadas o invalidadas, pero los síndromes arriba nombrados, tal vez con otras denominaciones, son de indudable actualidad.

“Orton-Gillingham”, basado en fónicos, altamente estructurado y multisensorial, todavía es el fundamento de programas de enseñanza para disléxicos en USA (Shaw, 1999).

Aaron (1982) destacó que ya los primeros investigadores sobre la dislexia habían notado, de pasada, la **preponderancia del trastorno en niños en relación a las niñas**; la **presencia de factores genéticos** y la **posible asociación del cuadro con déficit de índole verbal**. Esto último no deja de llamar la atención, ya que las deficiencias del disléxico fueron atribuidas por mucho tiempo a problemas de índole fundamentalmente **perceptivo-visual**, de **organización viso-espacial** o de **integración sensorial**, cobrando fuerza las “hipótesis verbales” solamente a partir de los setenta. En otras palabras, se achacaba la confusión de letras que presentaba el niño (**p** con **b** ó **d**; **e** con **a**, etc.) a la gran similitud de tales grafemas que, si bien diferenciables a causa de su orientación espacial, ello no resultaba fácil a un sujeto con “problemas de orientación espacial”. No se atribuía el problema a deficiencias de “conciencia lingüística” o, específicamente, “fonológica” (como se precisó en los ochenta). De hecho, los manuales para la rehabilitación y enseñanza de los disléxicos y la práctica de los educadores diferenciales se basaban en una gran cantidad de ejercicios de discriminación perceptual, integración sensorial, etc. Todo esto encuentra su explicación en la manera como se fue configurando históricamente el área de los trastornos del aprendizaje y de la disfunción cerebral mínima (hoy, TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) a partir de las nociones de daño cerebral y daño cerebral mínimo -en condiciones de inteligencia normal- pero con los severos problemas perceptuales (por ejemplo, en discriminación figura-fondo, en la focalización de la atención, etc.) que caracterizaban a quienes adolecían de tales condiciones.²⁴⁸

Quienes han demostrado que los problemas de los disléxicos se deben fundamentalmente a deficiencias de índole lingüística o, más exactamente, **metalingüística** (especialmente, **metafonológica**), atribuyen sus dificultades a una escasa habilidad para segmentar las palabras en sus fonemas constituyentes -tomando conciencia de ellos- y para analizar adecuadamente la corriente del habla, requisito indispensable para poder acceder al código escrito.²⁴⁹

Con el gran impulso que cobraron en psicología los modelos de “procesamiento de la información”, llegando a constituir la expresión más vigorosa del cognitivismo moderno desde las últimas décadas del Siglo XX, la literatura especializada informó sobre la presencia de otros déficit en los niños con trastornos del aprendizaje, en diferentes aspectos y/o etapas del procesamiento de la información: memoria sensorial y de corto plazo, capacidad de acceso a la memoria semántica, en tareas de coordinación de la información, etc. Farnham-Diggory (1980) aportó una valiosa revisión del nuevo paradigma a la dislexia. Otros trabajos pioneros en el área son los de Cermak (1983) y el artículo clásico de Stanovich (1985). En los disléxicos se habían observado en tales estudios **perturbaciones cognitivas**, aparte de sus dificultades para la lectura y la ortografía. Entre otras: problemas en la conceptualización del tiempo y el espacio;

248 En esta línea fueron importantes los trabajos del psicólogo evolutivo gestáltico Heinz Werner y del neuropsiquiatra Alfred Strauss. Más adelante, en el capítulo dedicado al TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) volveremos sobre el punto.

249 Recuérdese que nuestro sistema de escritura es de tipo fonográfico (representa directamente la secuencia oral) y no logográfico o ideográfico (los que representan con un símbolo o dibujo convencional palabras enteras o conceptos). Además es alfabético (representa los fonemas asignándoles una letra) y no silábico (en que cada sílaba completa se representa con un signo). Ello obliga necesariamente a “tomar conciencia” de los fonemas, los que, aparte de los vocálicos /a/ /e/ /i/ /o/ /u/, no tienen “existencia real” independiente. Los vocálicos pueden constituir cada uno de ellos una sílaba o una palabra.

Los fonemas consonánticos (/s/ /k/ /p/ etc.) sólo se realizan en español en la sílaba, acompañando a la vocal. El niño tendrá que darse cuenta, por tanto, de que las sílabas (y, a la vez, palabras, en estos ejemplos) sol, tan, y sin, que se pronuncian con “un solo golpe de voz” cada una, deben escribirse con tres letras (y no con una).

confusión derecha-izquierda; dificultades en la interpretación de la orientación aportada por la brújula; problemas para aprender a ver la hora siguiendo la indicación de las agujas del reloj; difícil dominio de denominaciones de secuencias temporales (meses del año; días de la semana), y complicaciones para aprender de manera fluida secuencias convencionales tales como las letras del alfabeto y las tablas de multiplicar (Seymour, 1986).²⁵⁰ En todos estos estudios y en los que citaremos más adelante, se asume un enfoque **intrínseco** acerca de la etiología y naturaleza de los problemas de tipo disléxico. De acuerdo a esta perspectiva, se podría afirmar que los cerebros de quienes tienen dislexia procesan información, por ejemplo de tipo fonológica, de manera diferente que los cerebros de los sujetos no disléxicos.

La **definición** de **dislexia** ha sido objeto de importantes discusiones. Como lo hace ver Seymour, ello nace del deseo de algunos investigadores de usar el término para referirse **exclusivamente a aquellos niños o sujetos** cuya alteración en relación a la lectura y escritura es altamente **específica** y, a la vez, sorprendente, a la luz de sus otras habilidades y de circunstancias favorables. Términos equivalentes que se encuentran en la literatura especializada son “retardo lector específico”, “discapacidad lectora específica”, “fracaso lector no esperado”, “alexia del desarrollo” (La alexia es la pérdida de las habilidades lectoras resultante de un daño cerebral en una persona capaz de leer previamente). Otros estudiosos ven las cosas de manera diferente y piensan que este grupo tan especial de niños **no puede distinguirse de manera confiable** del grupo general de todos aquellos con dificultades para aprender a leer y escribir. La clásica definición de Critchley (1970) de “dislexia específica evolutiva” en los ‘70 se atiene a la primera postura:



Trastorno que se manifiesta en dificultades para aprender a leer, pese a una instrucción convencional, adecuado nivel intelectual y oportunidades socio-culturales.

Depende de problemas cognitivos fundamentales, que son frecuentemente de origen constitucional.²⁵¹

Seymour analiza las dos partes de esta definición, que se generó en un congreso de neurólogos en 1968. La primera corresponde a una típica definición “por exclusión” de “learning disabilities”. En la segunda parte se afirma que el trastorno obedecería a **problemas cognitivos básicos** de carácter posiblemente **constitucional**, estimando el autor que ello podría originarse en la programación genética del desarrollo temprano del cerebro. Pero concluye, a este respecto, (descartando la cláusula de exclusión):



“Ya que no se puede esperar que influencias genéticas de esta naturaleza respeten los límites de una inteligencia deficitaria, de circunstancias sociales adversas o de una pobre escolaridad, está implícito que los problemas disléxicos pueden coocurrir con cualquier nivel intelectual, estatus social o cumplimiento de exigencias de escolaridad”.

El autor considera que la definición por exclusión de la primera parte no constituye más que un reconocimiento de que el diagnóstico de una dislexia **puede hacerse con mayor seguridad**

²⁵⁰ Seymour, Philip H.K.: “Cognitive analysis of dyslexia”. International Library of Psychology. Routledge & Kegan Paul, London and New York, 1986.

²⁵¹ Aaron (1982) da una definición del mismo tipo:

Incapacidad en niños de inteligencia normal para adquirir las habilidades lectoras adecuadas a su edad. Se da a pesar de los esfuerzos habituales, tanto de parte del profesor, como del aprendiz.

si la discapacidad severa para la lectura ocurre en ausencia de otras influencias negativas, tales como un pobre nivel intelectual, privación socioeconómica, falta de escolaridad. En otras palabras, resulta más fácil diagnosticar “dislexia” en niños aventajados intelectual, social y educacionalmente que en niños que no lo son. En sus estudios Seymour utiliza el concepto de dislexia en un **sentido genérico**, simplemente como etiqueta de la **perturbación que afecta el logro de las habilidades básicas de la lectura y la ortografía**. De hecho, define la dislexia como “dificultad para aprender a leer”. Para efectos de este manual, la dislexia constituye un subgrupo de tales dificultades. Atendida la heterogeneidad del cuadro (algunos prefieren más bien hablar de “las dislexias”), no siempre resulta fácil distinguirla de otros retrasos lectores, si bien hay algunos rasgos comportamentales que entregan fundadas sospechas de su eventual presencia. El enfoque RTI (Response To Intervention), en todo caso, entrega herramientas para un diagnóstico más seguro.

Bravo²⁵², conocido investigador chileno en el área, en su obra más reciente (1997) dedicada a las dislexias, utiliza como criterios para establecer tal distinción la **persistencia de la condición** (el elemento central en el enfoque RTI (Response To Intervention), aunque no en el contexto de la educación regular) y el **déficit en las pruebas de procesamiento fonológico**:



“...los niños que persistieron en el retardo lector, después de recibir ayuda psicopedagógica y teniendo un rendimiento intelectual normal, pueden ser considerados disléxicos, tanto por la persistencia de sus dificultades para leer, como por el déficit en las pruebas de procesamiento fonológico, oral y escrito.”²⁵³ Este grupo estuvo formado por el 5.8% del total de la muestra”.

Según Bravo, la dislexia es un “desorden específico en la recepción, comprensión y/o en la expresión de la comunicación escrita, que se manifiesta en **dificultades reiteradas y persistentes** para aprender a leer. Se caracteriza por un rendimiento inferior al esperado para la edad mental, el nivel socioeconómico y el grado escolar, sea en los procesos de decodificación, de comprensión lectora y en su expresión escrita”. Rosenthal, Boder y Callaway²⁵⁴ estimaron que **entre 1/3 y 1/4** de los niños con “discapacidad o incompetencia lectora” constituyen el **subgrupo** de los niños con **discapacidad lectora específica o dislexia**, de base neurofisiológica. (Lo que confirma los datos entregados por Shaw al comienzo de este capítulo). El conjunto de **niños con discapacidad o incompetencia lectora** (que presentan una discrepancia significativa entre el nivel lector efectivo y el esperado en relación a su edad mental) en USA abarca desde

252 Luis Bravo Valdivieso, psicólogo egresado de la primera generación de profesionales de la Escuela de Psicología de la PUC, titulado en 1961, doctorado en Psicología por la Universidad de Lovaina, Bélgica, en 1968.

Trabajó diez años como psicólogo infantil en el Calvo Mackenna, experiencia que enriqueció su labor docente y de investigación en la Universidad Católica, donde es profesor titular. Fue fundador del Departamento de Educación Especial. En 1999 se le distinguió con la calidad académica de profesor emérito. Continúa activamente realizando docencia e investigación en la Escuela de Psicología, con publicaciones sobre alfabetización temprana.

Figura destacada en el tema de las dislexias no sólo nacional, sino también internacionalmente, con una impresionante cantidad de publicaciones. Se ha ocupado también de los problemas derivados de la deserción y el fracaso escolar, los trastornos del aprendizaje y psicopatología infantil. Entre sus libros más destacados: “Trastornos del aprendizaje y de la conducta escolar. Psicopatología de la disfunción cerebral infantil” (Edit. A. Bello, 1973; 3ª edición, 1980); “Teorías de las dislexias” (Editorial Universitaria, 1981); “Dislexias y retraso lector” (Edit. Santillana, Madrid, 1985); “Psicología de las dificultades del aprendizaje escolar” (Editorial Universitaria, 1990); “Lenguaje y dislexias: enfoque cognitivo del retardo lector” (Ediciones U. Católica de Chile, 1995).

253 Bravo fija operacionalmente como criterio para determinar los grupos sobre los cuales investigar las dislexias, que tengan un rendimiento inferior al percentil 30 en lectura. Considera, posteriormente, como disléxicos, sólo a los niños que se mantienen en esos rangos inferiores por un período superior a un año, luego de recibir algún tipo de ayuda pedagógica especial.

254 Rosenthal, J.; Boder, E. & Callaway, E.: “Typology of developmental dyslexia: evidence for its construct validity”. En R. N. Malatesha & P. G. Aaron: Reading disorders. Academic Press. 1982.

un **10 % hasta un 20 a 30%** de los escolares, según estudios que citan, los que utilizan criterios muy variados para llegar a tales estimaciones. Se incluyen, entre otros, los lectores deficientes por falta de motivación, los que han tenido falta de oportunidades educacionales o socio-culturales, etc. Para Rosenthal y equipo, la dislexia es reflejo de un patrón de organización neurológica alterada. Se trata claramente de una condición endógena, biológica y tal vez genética.

En “**Lenguaje y dislexias: enfoque cognitivo del retardo lector**”, Bravo trata en detalle muchas cuestiones de que no nos ocuparemos acá, por lo que remitimos al lector a su obra. Entre otras cosas, hace un recorrido histórico de las investigaciones sobre las dislexias, concentrándose en las décadas ‘50 a ‘60; 60 a ‘70; y ‘80 hasta nuestros días. Capítulos centrales son los dedicados a los estudios neuro-psicológicos de las dislexias; las relaciones entre lenguaje, aprendizaje de la lectura y dislexias; las estrategias de tratamiento y sus efectos. Todo ello avalado en las investigaciones que ha estado realizando desde mediados de los ‘60, cuando integró el equipo de especialistas del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Calvo Mackenna. La identificación de subgrupos o categorías de disléxicos, tarea también realizada por Bravo en Chile, explica porqué muchos investigadores prefieren hablar más bien de **las dislexias** que de **la dislexia**. Más adelante nos referiremos a los tipos de dislexia.

Una definición práctica

En atención a las variadas y numerosas definiciones de dislexia, que no siempre resultan prácticas para efectos del diagnóstico y la reeducación, y considerando que algunas de ellas aluden a la población en cuestión, otras a variables explicativas, otras a los síntomas observados, etc., en 1997 el Comité de Dislexia del Consejo para la Salud de los Países Bajos²⁵⁵ desarrolló una **definición operacional** que debía cumplir una serie de condiciones:

- Ser **descriptiva**, sin elementos explicativos.
- Ser suficientemente **específica**, para identificar la dislexia dentro del conjunto de los problemas de la lectura y de la representación escrita.
- Ser suficientemente **general**, como para dar lugar a los variados modelos explicativos científicos y sus respectivos desarrollos.
- **Operacionalizableoperable**, para los propósitos de investigación.
- **Directiva**, para la toma de decisiones relativa a la intervención; y, finalmente,
- **Aplicable** a los varios grupos implicados.

La definición operacional a que se llegó dice así:

Hay dislexia, cuando la automatización de la identificación de palabras (lectura) y / o su representación escrita (ortografía) no se desarrolla o se hace de manera muy incompleta o con gran dificultad.

255 Gersons-Wolfensberger, D. & Ruijsenaars, W.: “Definition and treatment of dyslexia: a report by the Committee on Dyslexia of the Health Council of the Netherlands”. J. of Learning Disabilities, Vol. 30, N 2, 209 - 213, 1997.

Automatización se refiere al logro de un proceso que se caracteriza por un alto nivel de velocidad y precisión, y que se lleva a cabo de manera inconsciente, con poca demanda de los procesos atencionales y que es difícil de suprimir, ignorar o dejarse influenciar. En la dislexia, **claramente no se logra esta automatización y fluidez**, evidenciándose un retraso en lectura y escritura -severo y persistente- y que no responde a los procedimientos metodológicos habituales y a muchos esfuerzos remediales. En esta definición **no se fijan criterios de exclusión**, ya que niños o personas con problemas sensoriales y otros déficit o condiciones especiales, también pueden ser disléxicos. Sin embargo, se estima que **una proporción muy pequeña** de los niños con problemas de lectura y escritura caen en la categoría, ya que **las dificultades en la automatización de tales habilidades deben ser severas y persistentes**. Es conocido el caso de adolescentes que presentaron problemas severos de lectura en la escolaridad inicial y que estuvieron en tratamiento psicopedagógico. Sin embargo, continúan leyendo “a tropezones”: logran decodificar, pero lo hacen con escasa fluidez, por lo que presentan problemas importantes de comprensión, los que deben **compensar con gran esfuerzo**.

Nótese que la definición anterior (o mejor, delimitación) no pretende agotar todo lo que cubre la dislexia. **Simplemente se afirma que podemos estar seguros que estamos en presencia de dislexia** si se da una torpeza muy seria en el proceso de automatización de determinadas habilidades. En este caso, las relacionadas con la lectura y la escritura.

Aunque difícil de predecir la dislexia, entre los **factores de riesgo** identificables se citan:

- Una gran dificultad en el desarrollo de habilidades fonológicas.
- Problemas con la automatización de asociaciones arbitrarias.
- Una historia familiar de severos problemas en lectura.

La definición se adscribe a un **enfoque intrínseco** reconociendo en la dislexia causas o, al menos, correlatos de naturaleza biológica. Citamos, a continuación algunos (de los numerosos) estudios y parte del debate sobre estas cuestiones, a fin de que el lector se forme una opinión de lo complejo del tema.

Un grupo de investigadores británicos de la Universidad de Sheffield²⁵⁶, **ha desafiado la hipótesis de que la dislexia sea esencialmente un problema de base lingüística**, como se comenzó a decir a partir del desarrollo de las “hipótesis verbales” (sin descartar con esto sus implicancias lingüísticas, en especial a nivel fonológico), y consideran que se trata de la manifestación de un **déficit más generalizado en la adquisición y automatización de habilidades**. Esto concuerda plenamente con la definición recién comentada. Las deficiencias a nivel de procesamiento fonológico serían, en parte, una consecuencia importante de dicho déficit más generalizado.

Las dificultades en el **aprendizaje memorístico** (alfabeto, tablas de multiplicar) y **de asociaciones arbitrarias** encontradas en los disléxicos, con un importante **fracaso en su automatización**, pese a reiteradas ejercitaciones (y sesiones de rehabilitación), y en el contexto muy frecuente de una muy buena capacidad intelectual, los llevó a investigar habilidades muy simples, algunas de ellas motrices. Encontraron, por ejemplo, que si bien los disléxicos se desempeñaban tan bien como los niños normales de su edad en pruebas de

²⁵⁶ Fawcett, A. & Nicolson, R.: “Speed of processing, motor skill, automaticity and dyslexia”. En Fawcett, A. & Nicolson, R. (eds.) “Dyslexia in children. Multidisciplinary perspectives” Harvester Wheatsheaf, G.Britain, 1994.

equilibrio en condiciones normales, lo hacían significativamente peor cuando se les hacía ocuparse de una **tarea concurrente** mientras se equilibraban, o tenían que ejecutar las pruebas de equilibrio con la vista vendada. En condiciones normales enfrentaban bien su tarea, lo que, de acuerdo a la interpretación de los investigadores, obedecía a un **esfuerzo especial de compensación consciente**. En tareas de aprendizaje de habilidades utilizando un teclado y **con exigencias de velocidad de respuesta**, los sujetos disléxicos mostraban una notable torpeza inicial y sus dificultades persistían, incluso después de varias horas de práctica.

Los educadores especialistas dan cuenta de los serios tropiezos de los disléxicos en decodificación y lectura oral, en la que pueden lograr, sin embargo, un nivel de comprensión bastante aceptable gracias a un significativo esfuerzo de “compensación consciente”, en términos de los investigadores de Sheffield o de “trabajo más duro”. Shaw, citado anteriormente, se ha referido a la dislexia como “un monstruo que consume tiempo”.

Esta **torpeza en la automatización y fluidez**, que supone un tropiezo en una de las características esenciales de toda habilidad, fue estudiada también con mucha rigurosidad por un equipo holandés, comparando niños disléxicos y controles normales de la misma edad, y niños del mismo nivel lector, pero de menor edad cronológica, en la **automatización de lectura de palabras y pseudopalabras** y, además, por medio de un intenso programa de entrenamiento de **fluidez en lectura** (utilizando audífonos y computadores).²⁵⁷ Junto a una mayor dificultad de parte de los disléxicos en reconocer palabras presentadas con un período muy breve de exposición, dieron muestras también de serios tropiezos, en relación a los grupos lectores normales, para lograr fluidez en habilidades relacionadas con la lectura.²⁵⁸ Además de reconocer estos estudiosos que en los disléxicos hay un **evidente problema a nivel fonológico**, este **se agravó en condiciones en que se hacían fuertes exigencias de efectuar un procesamiento automático**. Concluyen afirmando: “**Todo esto sugiere que los disléxicos presentan, al menos, algún otro déficit junto al fonológico.**”²⁵⁹

Un estudio comparativo de **procesamiento visual de estímulos verbales y no verbales, simples y complejos**, en adolescentes con y sin trastornos de aprendizaje en lectura,²⁶⁰ (un grupo control pareado por edad y el otro por nivel lector), evidenció los serios escollos de los jóvenes con dificultades lectoras -en relación a los otros dos grupos- en **procesamiento rápido, tanto de los estímulos no verbales, como de los verbales, aunque mayores frente a estos últimos**. Los estímulos eran presentados un brevísimo intervalo de tiempo en una pantalla de computador y rápidamente enmascarados, teniendo que discriminar los sujetos entre dos alternativas concernientes a características de los estímulos. Las habilidades para **reconocer, retener y utilizar información presentada en rápida secuencia** constituyen un

257 Yap, R. & van der Leij, A.: “Automaticity deficits in word reading”. En Fawcett, A. & Nicolson, R. (eds.) “Dyslexia in children. Multidisciplinary perspectives”. Harvester Wheatsheaf, G.Britain, 1994.

258 Ya a comienzos de los 70 Martha Denckla y Rita Rudel, creadoras del Rapid Automatized Naming Test (test en que los niños deben nombrar rápidamente objetos, colores, números y letras presentados en secuencias), habían notado que los disléxicos lo hacían con mayor lentitud y dificultad que los lectores normales.

259 Share,D.: “Deficient phonological processing in disabled readers implicates processing deficits beyond the phonological module” (en Van den Bos,K.; Siegel,L.; Bakker,D. & Share,D. (eds.) “Current directions in dyslexia research”. Swets & Zeilinger, Lisse, 1994).

Se postula una disfunción amplia en el procesamiento temporal, que trasciende el módulo fonológico:

Los lectores deficientes presentarían dificultades en el procesamiento (discriminación, coordinación e integración) de múltiples eventos (en el input o en el output) que ocurren, ya sea simultáneamente, o en estrecha proximidad temporal.

260 Boden,C. & Brodeur D. “Visual processing of verbal and nonverbal stimuli in adolescents with reading disabilities”. J. of Learning Disabilities, Vol. 32, N 1, 58-71, 1999.

aspecto vital en lectura y en su aprendizaje. Los resultados de este estudio sugieren que al menos algunos de los jóvenes con dificultades en lectura presentan significativas **deficiencias viso-temporales**, que forman parte de sus dificultades para procesar información verbal durante la lectura.

Una perspectiva influyente del déficit visual en lectura en disléxicos puede encontrarse en **Lovegrove** (1994) y **Stein** (1994). El subsistema que se vería afectado, a juicio de este equipo investigador, sería el “transiente” -que media el procesamiento rápido de la información visual- y no el “sostenido”, el encargado de extraer información detallada durante las fijaciones. Aquél extrae información más amplia de la periferia de la visión e integra información entre sucesivas fijaciones. Como ha explicado **John Stein**, el problema obedece a una alteración en las neuronas que transmiten los impulsos desde la retina al cerebro. El proceso de leer implica rápidos movimientos oculares y pequeñas pausas para que se pueda armar una secuencia con las imágenes, con las que el cerebro compone el texto completo, con sentido. En los sujetos disléxicos, la interpretación de los símbolos gráficos, a causa de lo anterior, se ve seriamente afectada.²⁶¹

Sin embargo, un estudio publicado posteriormente por Skottun y Parke²⁶² **pone en tela de juicio el hallazgo**, lo que da cuenta de un área de investigación sin conclusiones definitivas. En esencia, los autores, al examinar el supuesto anterior en el sentido de que la dislexia sería el resultado de deficiencias en el subsistema magnocelular (o transiente) del procesamiento visual²⁶³, aportan datos que contradicen la interpretación de esa teoría en relación a lo que ocurre durante los movimientos sacádicos. Esto no invalida, en todo caso, las conclusiones que dan cuenta de un **déficit viso-temporal** en las dificultades de la lectura, aunque parecieran no poder atribuirse a esa explicación puntual.²⁶⁴

Farnham-Diggory, autora que ya hemos citado, en su ya clásica monografía “Learning Disabilities” (traducción al español en Morata, 1980) ya había dado cuenta en los ‘70 de

261 Lovegrove, W.: “Visual deficits in dyslexia: evidence and implications” y Stein J.: “A visual defect in dyslexics?”. Ambos trabajos aparecen en: Fawcett, A. & Nicolson, R. (eds.): “Dyslexia in children. Multidisciplinary perspectives”. Harvester Wheatsheaf, G. Britain, 1994.

262 Skottun, B. & Parke, L.: “The possible relationship between visual deficits and dyslexia: examination of a critical assumption. Journal of Learning Disabilities, Vol. 32, N 1, 2-5, 1999.

263 La afirmación crítica es que el sistema parvocelular (o sostenido) sería inhibido por el magnocelular durante los movimientos sacádicos. La evidencia aportada por varias experiencias revisadas por los autores demuestra que el sistema magnocelular y no el parvocelular sería el inhibido durante los movimientos oculares sacádicos. Para detalles técnicos, se recomienda leer el artículo en cuestión.

264 Hay dos clases de células ganglionares en la retina. Las células P tienen cuerpos pequeños o medianos y responden a los estímulos con disparos sostenidos. Las células M tienen cuerpos más grandes y responden con ráfagas breves de disparos. Es importante distinguir unas de otras, porque procesan tipos distintos de información acerca del medio y la envían a diferentes regiones del NGL (núcleo geniculado lateral). Allí las células M hacen sinapsis en las capas 1 y 2 (magnocelulares) y las células P en las capas 3, 4, 5 y 6 (parvocelulares). En E. Bruce Goldstein “Sensación y percepción” 5ª ed. International Thomson Ed. 1999.

Ya en los ‘80, Margaret Livingstone de la Universidad de Harvard y William Lovegrove de la Universidad de Wollongong en Australia –informa Shaw (1999)– habían anticipado que las vías visuales transientes o magnocelulares funcionaban de manera deficiente en los disléxicos en comparación con las mismas vías en los lectores normales. Estos estudios continuaron durante toda la década siguiente con una serie de publicaciones en las que participó también Albert Galaburda.

Livingstone, M. “Parallel processing in the visual system and the brain: is one subsystem selectively affected in dyslexia?” En Albert M. Galaburda (ed): “Dyslexia and development: neurobiological aspects of extra-ordinary brains”. Harvard University Press. Cambridge, Ma, 1993.

Galaburda, A.M. & Livingstone, M. “Evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia”. En Tallal, P. & Galaburda, A.M. (eds): “Temporal information processing in the nervous system”. Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 682, New York Academy of Sciences, N. York, 1993.

Cuando se conocieron estos hallazgos en Chile a fines de los ‘90, por un informe de John Stein de la Universidad de Oxford a la revista New Scientist, un vespertino titulaba a grandes caracteres en su sección Ciencia y Salud:

“ESTUDIO ROMPE MITOS SOBRE LA DISLEXIA. LA VERDADERA CAUSA DE LA DISLEXIA. Nuevo estudio asegura que el problema se debe a una alteración en el área visual del cerebro, y no en la del lenguaje como se cree comúnmente”.

una serie de estudios que mostraban un importante deterioro en las características del procesamiento en disléxicos, por ejemplo en la velocidad a que pueden captar los rasgos visuales, registrarlos temporalmente y sintetizarlos. Para un manual como este, la importancia de todos estos detalles técnicos -que la investigación puede avalar o descartar entregando nuevas explicaciones- es hacer ver que en estos problemas hay un compromiso orgánico objetivo que incide en la persistencia de las dificultades. El educador deberá estar consciente de que el comportamiento académico deficitario de un eventual alumno diagnosticado con esta condición **no** obedece a “falta de motivación” u otras explicaciones de índole psicológica (con las que sí, puede coocurrir).

Para Abadzy (2008), en su reciente trabajo dedicado al “aprendizaje eficaz y pobreza”,



*“La dislexia implica patrones de activación anormal en la vía occípito-temporal, pero posiblemente también en otras áreas. Las personas con dislexia leen titubeando, tienen una memoria operativa deficiente para los sonidos verbales, deficiente percepción del habla y dificultades para convertirse en lectores automáticos. El trastorno en su sistema nervioso es evidente en la edad pre-escolar. El problema es a menudo hereditario. Muchos estudios de imagen cerebral han encontrado conexiones nerviosas atípicas durante la lectura entre los centros del lenguaje y las tareas de procesamiento fonológico. Una razón es una inhabilidad para filtrar el ruido de la señal”.*²⁶⁵

Para esta investigadora, funcionaria internacional, con observaciones realizadas en muchos países, la incidencia de la dislexia estaría condicionada por el tipo de ortografía que debe enfrentar el niño cuando aprende a leer: “Entre el 5 y el 15% de los niños de Estados Unidos presentan dislexia y la ortografía inglesa puede causar problemas a las personas susceptibles”. “Según los informes, los síntomas de dislexia aparecen tan frecuentemente como la mitad de las veces entre los italianos, que aprenden reglas simples de ortografía”. Concluye el punto corroborando lo que justifica su tratado: “Algunos aspectos de la dislexia pueden superarse con tiempo, contenidos y técnicas especiales, aunque la velocidad de la lectura se mantiene a menudo como un problema. Estos recursos son generalmente inalcanzables para los pobres en los países de bajos ingresos”.

Tipos de dislexia

Los estudios antes citados confirman hallazgos antiguos en el área, como la existencia de un subtipo de sujetos disléxicos predominantemente “visuales”. Conocidos son los trabajos en los ‘60 de Johnson y Myklebust -por nombrar sólo algunos de los numerosos investigadores pioneros de las dislexias- quienes distinguían entre disléxicos **auditivos** y disléxicos **visuales**. Critchley, en estudios llevados a cabo con sujetos aléxicos, identificó un subgrupo básicamente **lingüístico** y otro **espacial**.

La clasificación de las dislexias de Boder (1981), que resultó ser muy influyente desde los ‘70, incluye un subgrupo **disfonético** (60%), otro **diseidético** (20%) y un tercero, **mixto** (2%).

²⁶⁵ Abadzi, Helen: Aprendizaje eficaz y pobreza: ideas desde la frontera de la neurociencia cognitiva. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago de Chile, 2008.

- El grupo **disfonético** (equivalente gruesamente al **auditivo** y al **lingüístico** de los autores antes mencionados), el más numeroso, presentaba un severo déficit en la integración de los grafemas con sus sonidos, con una discapacidad para desarrollar habilidades fónicas de análisis de palabras, pero sin déficit importante en la función visual-gestáltica.
- El grupo **diseidético** (equivalente a los subtipos **visual** y **espacial**) presentó deficiencias en percepción visual y memoria de letras, y de configuraciones o gestalts de palabras, con una discapacidad para desarrollar vocabulario visual.
- El grupo **mixto** combinaba los déficit de los dos subtipos anteriores, con discapacidad tanto para las habilidades fónicas, como para desarrollar vocabulario visual.

Las clasificaciones en subgrupos son numerosas y no siempre comparables, ya que han surgido de diferentes vías. Algunas son el resultado de la evaluación de la naturaleza de los errores que cometen los niños al tener que leer y escribir. Otras, en cambio, del examen de los patrones diferenciales que presentan los niños en la ejecución de tareas incluidas en baterías de tests neuropsicológicos. Conviene advertir que los estudios actuales sobre los déficit visuales el déficit visual cuentan con una tecnología tan avanzada que hacen difícilmente equiparables los subgrupos anteriores con estos.

Bravo (en especial, 1997) ha identificado también diferentes subgrupos disléxicos. En sus estudios de seguimiento ha confirmado el valor discriminativo y predictivo de las **alteraciones fonológicas**, a las que asigna gran importancia. Ello le ha permitido distinguir un grupo de disléxicos severos “con confusiones auditivo-fonémicas” (dislexia **auditiva-fonémica**, de evolución bastante menos favorable y con mayor compromiso neuropsicológico), y un grupo moderado “sin confusiones auditivo-fonémicas” (dislexia **de predominio visual**). También acostumbra distinguir entre dislexias de **decodificación** y dislexias de **comprensión**. La identificación de subgrupos o categorías de disléxicos explica porqué muchos investigadores prefieren hablar más bien de **las dislexias** que de **la dislexia**, como ya adelantamos.

En las investigaciones en neuropsicología cognitiva del lenguaje, en especial en el campo clínico de las alexias y agrafías (o dislexias y disgrafías adquiridas), se han identificado diferentes tipos de “dislexias”, que aparecen con frecuencia en la literatura especializada y que dan cuenta de las curiosas disociaciones que pueden ocurrir, ya que el sujeto se comporta normal en unas tareas y no en otras. Estas últimas son las relacionadas con el “módulo” dañado.²⁶⁶ Los tipos de dislexias (o alexias) descritos son:

- **Dislexia profunda:** su síntoma definitorio es el error semántico. Por ejemplo, la palabra ‘nube’ el paciente la lee como ‘lluvia’. Puede leer muchas palabras, aunque cometiendo numerosos errores semánticos. Sin embargo, le resulta imposible leer o deletrear no-palabras o pseudo-palabras.
- **Dislexia superficial:** con buena aplicación de las reglas de conversión fonema-grafema, el paciente está en condiciones de decodificar correctamente no-palabras y las palabras de ortografía regular, no así palabras con un patrón de ortografía irregular (lo que suele ocurrir con frecuencia en inglés). La comprensión está determinada por el sonido y no por la ortografía (le cuesta mucho, por tanto, distinguir homófonos: asta-hasta; echo-hecho).

²⁶⁶ En la Revista Chilena de Fonoaudiología, el autor de estas páginas publicó un trabajo sobre los tipos de dislexia que describe Coltheart, basado en su concepción modular de la mente-cognición y sus hallazgos en patologías adquiridas. Entre las habilidades que los niños tienen que lograr para llegar a ser lectores competentes están el reconocimiento de letras y de palabras totales, el conocimiento de las reglas de relación letra-sonido, y el acceso al significado desde la palabra impresa. Coltheart las considera los “bloques fundantes de la lectura”. Describe con gran detalle la dislexia (evolutiva) fonológica y la dislexia superficial, que representan fallas en la adquisición de uno o más de esos bloques. Bermeosolo, J. El proceso lector normal y alteraciones en su desarrollo, según el modelo propuesto por M. Coltheart. Revista Chilena de Fonoaudiología. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Vol.7, N° 2, 29-56, 2006.

- **Dislexia fonológica:** serios problemas en lo fonológico, pero adecuadas habilidades léxicas. El paciente demuestra una incapacidad total o muy significativa para decodificar pseudo-palabras o no-palabras, con una lectura bastante normal de palabras (en especial de contenido). Comete también errores “visuales”: equivocadamente lee ‘fama’ por ‘fome’; ‘firme’ por ‘forma’, etc.

Más allá de la existencia de eventuales subgrupos de disléxicos -relativamente homogéneos, como estiman quienes los han identificado- lo cierto es que, según aclara Shaw:



“No todos los estudiantes disléxicos son semejantes. Cada niño, con o sin dislexia, es único, sin igual. La dislexia es solamente una característica del niño. Otros factores, tales como CI (Cociente Intelectual), nivel socioeconómico, temperamento, intereses, etc. afectan el éxito de un niño en la escuela. No todos los estudiantes con TEA (Trastornos Específicos del Aprendizaje) tienen los mismos problemas, ni requieren el mismo tipo de instrucción. Y no es necesario que se les enseñe de una manera completamente diferente con la buena enseñanza que se utiliza con otros estudiantes”. (Shaw, R., 1999).

Un estudio²⁶⁷ de validación de la conocida teoría de Bakker, que distingue entre disléxicos tipo **P** o **perceptuales**, y disléxicos tipo **L** o **lingüísticos**, que requieren, según el autor, **tratamientos diferentes destinados a estimular el hemisferio funcionalmente inactivo, a fin de lograr el balance necesario**, demostró que todos los sujetos progresaron en las diferentes medidas en lectura, pero **sin depender del tipo de tratamiento recibido**. Las ganancias fueron atribuibles a efectos no específicos del entrenamiento y no a la naturaleza específica de las estrategias remediales propuestas por Bakker.

A cada uno de los participantes se le sometió a un sofisticado programa de tratamiento, ya sea que calzaba con su tipo de dislexia o que era deliberadamente inconsistente con ella. En otras palabras, por lo menos cuestiones relativas a la especificidad del tratamiento para diferentes subgrupos disléxicos, no parecen ser aun definitivas.²⁶⁸

Tallal ya había afirmado hace bastante tiempo que en investigaciones llevadas a cabo por más de quince años encontró sistemáticamente **deficiencias no verbales** altamente significativas y constantes, **de naturaleza perceptual, perceptual-motora y procesamiento temporal rápido** en niños con retardo específico del lenguaje. **Los problemas lingüísticos de tales niños serían consecuencia de problemas perceptuales y motrices más básicos**, que se manifiestan en discapacidad para discriminar y recordar secuencias de estímulos no verbales (visuales, táctiles, inter modales) **presentados en rápida sucesión**; así como para **detectar sutiles cambios de señal y discriminar rasgos temporales muy finos**.²⁶⁹ Parece ser que el procesamiento temporal

267 Dryer, R.; Beale, I. & Lambert, A.: “The balance model of dyslexia and remedial training: an evaluative study”. J. of Learning Disabilities, Vol. 32, N. 2, 174-186, 1999.

268 Bakker, D.: “Neuropsychological treatment of dyslexia”. Oxford University Press, New York, 1990.

La dislexia tipo P o perceptual ocurre, según la teoría, cuando el lector fracasa en cambiarse del uso de estrategias características del hemisferio derecho, que estarían en la base de la etapa temprana, a las que dependen fundamentalmente del hemisferio izquierdo, que deben caracterizar al niño que madura. El lector permanece focalizado en los rasgos perceptivos del texto, con un estilo de lectura cuidadosa pero lenta y fragmentada, con constantes repeticiones y autocorrecciones.

La dislexia lingüística o tipo L se produce cuando el lector se apoya prematuramente en estrategias lingüísticas de hemisferio izquierdo, en etapas muy tempranas del desarrollo lector. Se trata de disléxicos rápidos pero descuidados, que cometen errores serios, tales como omisiones, adiciones y sustituciones.

Los procedimientos remediales debe ser diferentes, según la investigadora, ya que están destinados estimular las funciones del hemisferio inactivo, a fin de lograr el balance necesario.

269 Tallal, P.: “Developmental language disorders”. En J. Kavanagh & T. Truss (eds): “Learning disabilities: proceedings of the National Conference”. York

defectuoso de estímulos auditivos contribuye a una conciencia fonológica defectuosa, uno de los factores decisivos en dislexia.²⁷⁰



Los trabajos de Paula Tallal y equipo demuestran que las deficiencias lingüísticas de los niños con trastorno específico del desarrollo del lenguaje y de los disléxicos dependen, al menos en parte, de decisivos factores de naturaleza no verbal.

A esta serie de estudios que asumen un **enfoque intrínseco** en la explicación de los fenómenos disléxicos, se suman los hallazgos -frecuentemente citados en la literatura especializada- de **Albert Galaburda** y **Gordon Sherman** en el Hospital de Beth Israel, en Boston, quienes han analizado por autopsia los cerebros de personas fallecidas que se sabía fueron francamente disléxicas. Tanto en Bravo (1997), como en otros tratados actualizados sobre la dislexia, y en las ya numerosas publicaciones del mismo Galaburda, se puede encontrar información detallada. En esencia, el examen minucioso de los cerebros de los disléxicos muestra de manera sistemática algunas diferencias con los cerebros de las personas normales.

Shaw comenta el libro de Louise Spear-Swerling y Robert Sternberg²⁷¹, quienes afirman que no hay razón para distinguir entre niños con “discapacidad para la lectura” (concepto intrínseco) y el concepto común de lectores insuficientes. Creen que la gran mayoría de los niños con dificultades para la lectura tienen cerebros normales y que tanto los diagnosticados con “discapacidad para la lectura”, como los lectores pobres o insuficientes, tienen las mismas necesidades de enseñanza y perfiles cognitivos similares. Hablar de “dislexia” es dilapidar la energía y los propósitos de la investigación en cosas ajenas a cómo enseñar mejor a los niños que no están aprendiendo a leer...

Trastornos de la lectura y escritura en el DSM IV-TR y la CIE 10

El **Apéndice** de este manual trae las principales alteraciones del desarrollo contempladas tanto en el DSM IV como en la CIE 10. Puede observarse que en el DSM IV se han obviado, tanto el título “Trastornos del desarrollo”, como el subtítulo “Trastornos específicos del desarrollo” que se incluyen en el DSM III-R.

En lo que concierne a la **lectura** y **escritura**, el esquema del DSM III-R era el siguiente:

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO

Trastornos de las habilidades académicas:

- Trastorno del desarrollo en el cálculo aritmético.
- **Trastorno del desarrollo en la escritura.**
- **Trastorno del desarrollo en la lectura.**

Press Parkton, Maryland, 1988.

270 Shaw (1999) al referirse a la teoría de Paula Tallal dice:

“En una serie de estudios polémicos, Tallal y sus asociados sostienen poder mejorar la velocidad de procesamiento auditivo, en unas cuantas semanas, con un juego de ordenador que utiliza discurso modificado. El discurso se modifica de dos maneras: los sonidos de las consonantes se prolongan y el intervalo entre los estímulos auditivos se hace más largo. Actualmente, en los Estados Unidos, este programa de ordenador se está comercializando agresivamente bajo el nombre Fast Forward (Avance Rápido). Todavía no está claro si las ganancias en velocidad de procesamiento auditivo producen mejoras en la capacidad de lectura”. La referencia citada por Shaw es la siguiente:

Tallal, P.; Miller, S.L.; Bedi, G. et al. “Language comprehension in language - learning impaired children improved with acoustically modified speech”. Science, 271(5245): 81-84, January, 1996.

271 Spear-Swerling, L. & Sternberg, R. “Off-track : when poor readers become ‘learning disabled’”. Westview Press, Boulder, Colorado, 1996.

Se incluían también dentro de los trastornos específicos del desarrollo, los trastornos de las **habilidades motoras**, y los del **lenguaje y habla**. Estos últimos en el DSM IV pasaron a ubicarse en el apartado “Trastornos de la comunicación”.

El DSM IV -y su revisión más reciente DSM IV-TR- cambió el subtítulo “Trastornos de las habilidades académicas” por el de “Trastornos del aprendizaje”:

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

- **Trastorno de la lectura.**
- Trastorno del cálculo.
- **Trastorno de la expresión escrita.**
- Trastorno del aprendizaje no especificado.

Obsérvese que en el DSM III-R el término “escritura” se utilizaba en el sentido de “expresión escrita”, lo que se aclaró en el DSM IV. En su acepción motriz, relacionada con la calidad del rasgo escrito, en ambos manuales hay que dirigirse al apartado “Trastornos del desarrollo de la coordinación” dentro de los “Trastornos de las habilidades motoras”.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, en su versión 10 puntualiza:

Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

- **Trastorno específico de la lectura.**
- **Trastorno específico de la ortografía.**
- Trastorno específico del cálculo.
- Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

El lector puede revisar directamente en los respectivos manuales cada uno de estos cuadros -que no transcribiremos acá- con los criterios muy precisos que los definen (de carácter operacional). Sin embargo, destacamos algunos datos que pueden enriquecer el análisis de las páginas anteriores.

- En la **CIE 10** se establece una distinción entre **trastorno específico de la lectura** y **retraso general de la lectura**. Se aclara que “la validez de la separación entre estos dos tipos no es inequívoca, pero parece que el **específico** presenta una asociación estrecha con el retraso del lenguaje y predomina en varones, mientras que el **retraso general de la lectura** se asocia a un abanico mayor de discapacidades en el desarrollo”. Se añade que existen, además otras diferencias “basadas en el análisis de los tipos de faltas de ortografía”.
- Para el **DSM IV** la característica esencial del trastorno de la lectura es un rendimiento en lectura (en precisión, velocidad o comprensión) “que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado (la CIE 10 precisa: “por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable) en función de la edad cronológica, del coeficiente de inteligencia y de la escolaridad propia de la edad del individuo”.
- El mismo manual afirma que “en los sujetos con trastorno de la lectura (**también denominado “dislexia”**), la lectura oral se caracteriza por distorsiones, sustituciones u omisiones; tanto la lectura oral como silenciosa se caracterizan por lentitud y errores en la comprensión”.

- Entre el 60% y el 80% de los individuos diagnosticados con trastorno de la lectura son varones. Sin embargo, el DSM aclara: “los procedimientos de derivación clínica pueden estar sesgados hacia la identificación de varones, puesto que ellos, con mayor frecuencia que las niñas, presentan comportamientos perturbadores en asociación a los trastornos del aprendizaje. Aparece en ambos sexos según tasas semejantes cuando se lleva a cabo un diagnóstico cuidadoso y se utilizan criterios estrictos”.
- En cuanto a prevalencia (“difícil de establecer”, según el DSM), el trastorno de la lectura, “solo o en combinación con un trastorno del cálculo o de la expresión escrita, se observa en aproximadamente cuatro de cada cinco casos de trastornos del aprendizaje. En Estados Unidos, la prevalencia de los trastornos de la lectura se estima en un 4% de los niños en la edad escolar. Si se procede a una identificación e intervención tempranas, el pronóstico es satisfactorio en un porcentaje significativo de casos. El trastorno puede persistir durante la vida adulta”.

Otras “learning disabilities” (LD) o dificultades específicas del aprendizaje (TEA)

Rosenthal y colaboradores (1982) señalaron que tales trastornos comprenden 4 complejos de síntomas:

1. Los síndromes de **dislexia-disortografía**.
2. Los síndromes **perceptivo-motores**.
3. Los **retardos lingüísticos**.
4. Los síndromes de **distractibilidad, hiperactividad y lapso atencional disminuido**.

La delimitación de un campo tan heterogéneo, como el de los TEA (dificultades específicas del aprendizaje), no ha resultado fácil, como ya se explicó. De hecho, para el ICLD, el **trastorno por déficit atencional**, término que reemplazó a fines de los '70 al de disfunción cerebral mínima, por ser su expresión más básica, y que popularizó el DSM III, es una condición que **puede coocurrir con las dificultades específicas del aprendizaje, pero no es una de ellas**. El ICLD además, entre las áreas susceptibles de verse afectadas por trastornos del aprendizaje considera el **razonamiento** y las **habilidades sociales**.²⁷²

La **Learning Disabilities Association of America (LDA)** describe los trastornos del aprendizaje como “una condición crónica, de origen presumiblemente neurológico, que interfiere selectivamente el desarrollo, la integración y/o la demostración de **habilidades verbales y/o no verbales**. Agrega que “se dan como una condición limitante distinta, que varía en sus manifestaciones y en el grado de severidad”. Completa la definición con esta interesante afirmación: “A lo largo de la vida, esta condición puede afectar la **autoestima**, la **educación**, la **vocación**, la **socialización** y/o las **actividades de la vida diaria**”.

A continuación haremos una breve descripción de otros conocidos “trastornos del aprendizaje”. Junto a la dislexia -ya descrita- son aquellos que interfieren más directamente las **habilidades académicas**. Se trata de la **disgrafía**, la **disortografía** y la **discalculia**. Los **trastornos (específicos) del desarrollo del lenguaje**, incluidos en varias definiciones en el heterogéneo grupo de las “learning disabilities”, suelen tratarse actualmente dentro de la categoría “alteraciones del lenguaje y la comunicación”.

²⁷² Recuérdese que el NJCLD (*National Joint Committee on Learning Disabilities*) afirma que las alteraciones o serias deficiencias en las habilidades sociales no forman parte del “paquete” de los TEA, pero sí pueden coocurrir con ellos.

Teniendo presente la enorme cantidad de información disponible actualmente sobre estas materias -también en español- con publicaciones de muy variada naturaleza, más el acceso a la red virtual, continuaremos con la idea que motivó este trabajo: poner a disposición del educador y de los alumnos de pedagogía un manual esencialmente **introdutorio**, aunque no elemental, que les permita acceder con mayor competencia a los trabajos de los especialistas en cada tema particular. Las descripciones que siguen, en consecuencia, serán concisas.

Disgrafía

Disgrafía (o disgrafía) es un término que resulta ambiguo (al igual que la palabra “escritura”), ya que tiene, al menos, dos acepciones:

1. Trastorno que afecta el **contenido** de la escritura, o la calidad de la expresión escrita.
2. Trastorno que afecta la **forma** de la escritura o la calidad de la grafía en sus aspectos psicomotores.

Portellano Pérez (1983) la define como “**trastorno de la escritura que afecta a la forma o al significado**”²⁷³, haciendo referencia a los 2 aspectos recién mencionados. (El significado tiene que ver con el contenido). El mismo autor lo plantea también en estos términos:



“En las escuelas los profesores saben que existen niños cuya escritura es deficiente tanto en la calidad del grafismo, como en fluidez y capacidad de simbolización”.

Al tenor de las clásicas definiciones de los TEA en sus cláusulas de exclusión, propone “como requisitos mínimos” para definir al niño con disgrafía:

- Capacidad intelectual en los límites normales o por encima de la media.
- Ausencia de daño sensorial grave.
- Ausencia de trastornos emocionales severos.
- -Adecuada estimulación cultural y pedagógica.
- Ausencia de trastornos neurológicos graves.

La verdad de las cosas es que, en ausencia de algunas de esas condiciones, el diagnóstico se hace más fácil y seguro. En el DSM IV se utiliza la denominación “trastorno de la expresión escrita” (que reemplazó la anterior de “trastorno del desarrollo de la escritura”), poniéndose el énfasis principal en el aspecto **contenido o en la capacidad de simbolización**, aunque se reconoce que puede darse, entre otras cosas, junto a una “grafía excesivamente deficitaria”:



“Generalmente se observa una combinación de deficiencias en la capacidad del individuo para componer textos escritos, lo que se manifiesta por errores gramaticales o de puntuación en la elaboración de frases, una organización pobre de los párrafos, errores múltiples de ortografía y una grafía excesivamente deficitaria”.

²⁷³ Portellano Pérez, José Antonio: “La disgrafía: concepto, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura”. CEPE, S.A., Madrid, 1983.

El autor dedica un capítulo entero al diagnóstico y cinco a la reeducación de la disgrafía, de gran utilidad para psicopedagogos y profesores especialistas.

En el apartado dedicado al diagnóstico diferencial, se precisa que el trastorno **único** de la **ortografía** o la **caligrafía**, “en ausencia de otras dificultades de la expresión escrita,” **no justifica** el diagnóstico de un trastorno de la expresión escrita: “Si una caligrafía deficitaria se debe a una afectación de la coordinación motora, debe considerarse un diagnóstico de **trastorno del desarrollo de la coordinación**”. En otras palabras, el niño que sólo tiene “mala letra” o “caligrafía muy deficiente”, pero con adecuada capacidad de composición de textos escritos, no presenta un “trastorno de la expresión escrita”. Puede adolecer, en cambio, de un problema en sus habilidades motoras, en su capacidad de coordinación. Algunos autores llaman a esta condición “disgrafía motriz”.²⁷⁴

Los disléxicos, por la naturaleza misma de su condición, son también disgráficos, ya que los errores que cometen al leer (omisiones, contaminaciones, inversiones), los cometen en la escritura. Fejerman (1994) habla de **dislexia-disgrafía**. Dentro de esta condición general distingue una **dislexia-disgrafía lingüística** y una **dislexia-disgrafía visomotora**. Cada una de ellas presentaría subtipos. El cuadro que sigue, **fig. 11.2**, adaptado de Fejerman²⁷⁵ sintetiza su visión global, muy esclarecedora, de los diferentes trastornos:

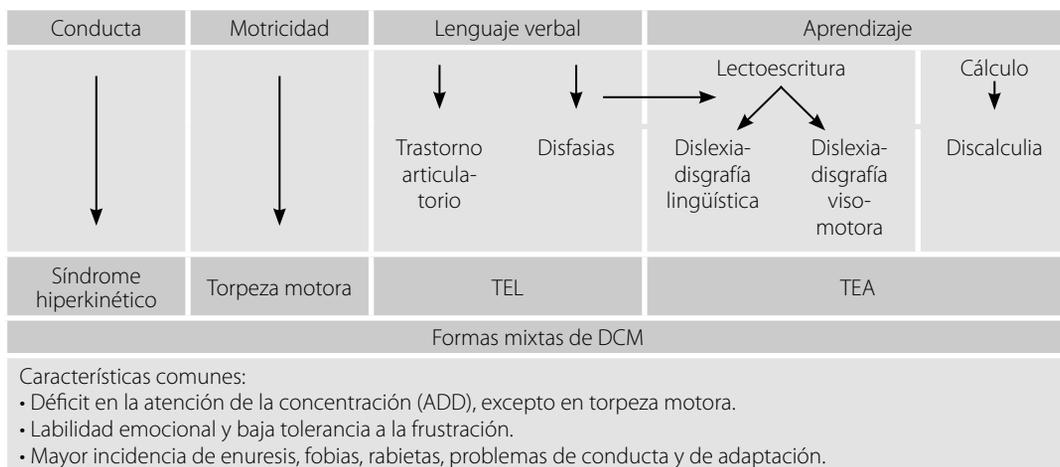


Fig. 11.2. Disfunción cerebral mínima (DCM), características clínicas, según Natalio Fejerman. La fila superior indica el área predominantemente afectada.

Dentro de la “visomotora”, el autor reconoce un subtipo **digestáltico visual**, con trastornos perceptivos visoespaciales, test de Bender anormal y lectura pobre; y otro **grafomotor**, con trastornos básicamente motrices, test de Bender anormal (que no obedece a problemas perceptuales), dibujos inmaduros y leve dificultad en lectura. En realidad, reconoce, algunos niños de este último subgrupo no son propiamente disléxicos, sino sólo ‘disgráficos’.

La dislexia-disgrafía “lingüística”, la más directamente relacionada con los trastornos de la expresión escrita en el sentido del DSM, asume también dos formas: un subtipo se asocia a **trastornos en el desarrollo del lenguaje** (el subgrupo que nos resulta más familiar) y el otro, a

274 Algo parecido ocurre con la ortografía: si bien los sujetos con trastornos de la expresión escrita tienen, por lo general, ortografía deficiente, pueden darse casos de personas con “mala ortografía”, como trastorno único, pero adecuada competencia en expresión escrita.

275 Fejerman, N. Dislexia, disfunción cerebral mínima y trastorno de la atención con hiperactividad (ADHD). En: Fejerman, N.; Arroyo, H; Massaro, M. & Ruggieri, S.: Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Paidós, 1994.

trastornos del canal auditivo-vocal: los niños de este subgrupo, según Fejerman, tienen claras dificultades para escribir al dictado, pero pueden tener capacidad de copia y de escritura espontánea normales. Es interesante hacer ver que Fejerman asimila la noción de **DCM** a la de **trastornos específicos del desarrollo**.²⁷⁶ En el capítulo que sigue volveremos sobre el punto.

El **DSM IV** (y **DSM IV-TR**) fija 3 criterios para el diagnóstico del **trastorno de la expresión escrita**:

- A. Las **habilidades para escribir**, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), **se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas**, dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del criterio A **interfiere significativamente** el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p.ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir **exceden** de las asociadas habitualmente a él.

El manual aclara que si hay además una enfermedad médica (por ejemplo, neurológica) o un déficit sensorial, se codifican en el eje III (Ver **Apéndice**).

Para el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, de importancia para los casos de disgrafía puramente motriz, se establecen los siguientes criterios:

- A. El rendimiento en las **actividades cotidianas que requieren coordinación motora** es **sustancialmente inferior** al esperado, dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p.ej., caminar, gatear, sentarse), caerse los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o **caligrafía deficiente**.
- B. El trastorno del criterio A **interfiere significativamente** el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.
- C. El trastorno **no se debe a** una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y **no cumple** los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras **exceden** de las asociadas habitualmente a él.

También en este caso se recomienda que, si hay una enfermedad médica, se codifique en el eje III.

Entre los aspectos grafomotrices de que se ocupan los tratados especializados en **disgrafía motriz o caligráfica**, están el tamaño y trazado de las letras, la separación o espaciado inter-letras, inter-palabras y entre renglones, la direccionalidad, la linealidad, la diferenciación entre mayúsculas y minúsculas, la presión en el trazado, control postural y equilibrio, etc. En la **disgrafía como trastorno de la expresión escrita**, dichos tratados se centran en el funcionamiento mental y las estrategias que se relacionan con la producción de textos escritos, así como en la ortografía.

En lengua española hay una notable cantidad de obras especializadas, también en Chile, dedicadas a la **escritura y sus problemas**.²⁷⁷

²⁷⁶ Fejerman, N.: "Minimal cerebral dysfunction or specific developmental disorders". Trabajo presentado en el taller Neuro-developmental Handicaps in Children. Washington DC, Pan American Health Organization, 1988. Citado en Fejerman (1994).

²⁷⁷ Entre otras:

García, Jesús (1995), especialista español, dedica varias páginas en su tratado (rico en información, pero poco práctico para los maestros por el excesivo recargo de datos de toda índole) al diagnóstico y la intervención de los “módulos de la escritura”. Estos tienen que ver con cuatro grandes procesos -y subprocesos dentro de ellos- implicados en la escritura, “entendida esta como conducta creativa y compleja”:

1. Procesos de **planificación del mensaje**, junto a los subprocesos de generación de ideas e hipótesis, organización de las ideas y de revisión del mensaje.
2. Procesos de **construcción sintáctica**, con los subprocesos de construcción de la estructura, colocación de palabras funcionales, etc.
3. Procesos de **recuperación de elementos léxicos**, con los sub-procesos de recuperación de los grafemas, sea por la ruta fonológica o indirecta, o por la ruta ortográfica o directa o visual.
4. Procesos **motores**, que incluyen subprocesos de recuperación de los alógrafos y de recuperación de los patrones motores. Estos procesos “culminarían con la producción de la escritura de forma abierta”.

Este autor analiza los procesos en detalle, centrándose en cada uno de los “módulos”: el de **planificación**, el **sintáctico**, el **léxico** y el **motor**. Explica:



“Las características de las disgrafías son la presentación de déficit en la planificación del mensaje y en la construcción de la estructura sintáctica, aunque el trastorno nuclear es de naturaleza lingüística en los procesos léxicos, sea en la ruta ortográfica o directa o visual, sea en la ruta fonológica o indirecta.

*Cuando el déficit predominante lo es en la ruta ortográfica, hablamos de disgrafía superficial. Cuando el déficit predominante lo es en la ruta fonológica, hablamos de disgrafía fonológica. Lo habitual es encontrarse dificultades en ambas rutas, con confusión de grafemas –ruta fonológica– y con muchas faltas de ortografía –ruta ortográfica–.”*²⁷⁸

Queda de manifiesto que en español el término “escritura” es equívoco, ya que puede aludir tanto a la **caligrafía**, como a la **expresión escrita** y a la **ortografía**. Es importante precisar en qué sentido se está utilizando cada vez. Los términos correspondientes en **inglés**, de utilidad para el lector que necesite revisar información en esa lengua, los anotamos a continuación:

1. **Expresión escrita** : written expression.
2. **Caligrafía** o “**letra**” : handwriting (cursive and manuscript writing).
3. **Ortografía** : spelling; orthography.

Miranda Casas, Ana: “Dificultades en el aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo”. Promolibro, Valencia, España, 1988.

Jiménez, Jaime: “La prevención de dificultades de la lecto-escritura”. CEPE, Madrid, España, 1989.

García, Jesús Nicasio: “Manual de dificultades del aprendizaje: lenguaje, lecto-escritura y matemáticas”. Narcea, Madrid, 1995.

Vallés Arándiga, Antonio: “Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica”. Promolibro, Valencia, España, 1998.

En Chile, Mabel Condemarín, profesora, y Mariana Chadwick, psicóloga, se especializaron en el área, con numerosas publicaciones. Entre ellas:

Condemarín, M. y Chadwick, M.: “La escritura creativa y formal”. Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1995.

278 Aquí el profesor García hace una analogía de las variedades de disgrafía con los tipos de dislexia que examinamos más atrás: “dislexia superficial” y “dislexia fonológica”.

Disortografía

La **disortografía** se traslapa en muchos trabajos con lo que se describe como **dislexia-disgrafía lingüística**, tratándose en estrecha relación con los **problemas de la expresión escrita**. Incluso, autores como Rosenthal y otros (1982), utilizan el término “disortografía” para incluir todo lo que tiene que ver con los problemas de la expresión escrita. Hablan, así, de los síndromes “dislexia-disortografía”. Obsérvese también que hay autores que restringen el significado de disgrafía a lo psicomotor, a la caligrafía, es decir, se ocupan esencialmente de la disgrafía motriz.



Sin embargo, se hace necesario distinguir -dentro de los problemas de la expresión escrita- aquellos ligados al **contenido o calidad de los mensajes** de los que tienen que ver con aspectos **formales** -no en el sentido motriz o caligráfico- sino en cuanto al respeto de **normas y convenciones** relativas a la representación escrita de los signos lingüísticos.

La **ortografía** tiene que ver, justamente, con las **normas que regulan la escritura de una lengua**. Se relaciona con esa parte de la gramática que señala la forma correcta de escribir, respetando una serie de convenciones sobre cómo representar fonemas y palabras (primera y segunda articulación, según los lingüistas), las marcas de puntuación y elementos prosódicos. Por ejemplo, las palabras se separan por espacios en blanco, pese a que en el discurso oral ello no ocurre así. El desconocimiento o violación de tales normas, entre otras cosas, puede perjudicar -a veces seriamente- la función comunicativa del lenguaje.

Como ya se señaló, nuestro sistema de escritura es de tipo fonográfico-alfabético. La ortografía, sin embargo, es sólo una representación aproximada de la cadena hablada (por ejemplo, no se escriben con signos diferentes los alófonos o variantes de cada fonema, pese a su pronunciación disímil, ello ocurre en una transcripción fonética). No hay tampoco una correspondencia 1:1 fonema-grafema, por lo cual, quien desee comunicarse por escrito debe conocer el grafema exacto que exige determinado contexto lingüístico y debe estar familiarizado con una serie de otras convenciones.

Por otra parte, si bien alguien puede darse a entender perfectamente bien por escrito con mensajes del tipo “estoi avurrido” o “biniste sola¿”, la preparación y el ‘dominio’ de la lengua escrita demostrados dejarían en evidencia serias falencias en quien quisiera interactuar de manera competente y fluida (por ejemplo, postulando a un nuevo empleo) en una sociedad exigente y cada vez más compleja. Existen diferencias importantes entre lengua escrita y lengua oral, quien no se ha familiarizado suficientemente con las peculiaridades de aquella, enfrentará serios problemas cuando deba usarla. La escolarización formal tiene entre sus cometidos desarrollar las variadas competencias requeridas en el área.

La disortografía consiste en una **escritura con muchas faltas o errores**, no necesariamente en una escritura disgráfica en los sentidos anteriormente descritos (expresión escrita o motricidad). La escritura, como se acaba de ver, supone una serie de **procesos, sub-procesos** y “**módulos**” en acción. Está claro que en los que guardan relación con la recuperación de elementos léxicos, con la recuperación de grafemas e ítemes almacenados en nuestros sistemas de memoria

de largo plazo, hay marcadas diferencias entre las personas. No todas logran una adecuada competencia ortográfica.²⁷⁹

Los disléxicos, como ya se vio, son también disgráficos (a veces en los dos sentidos) y disortográficos. Pero también hay personas que sin ser disléxicos, presentan serios problemas de disortografía. Se trata del cuadro que en la **CIE 10** se describe como **trastorno específico de la ortografía**.

El **trastorno específico de la ortografía** se diagnostica si concurren los siguientes criterios:

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de **ortografía** que está por lo menos **2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable**, de acuerdo a la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Rendimiento en la **precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales** (+/- 2 desviaciones típicas respecto a la media).
- C. **No** hay antecedentes de **dificultades significativas** para la **lectura**. **CI de 70 o más** obtenido mediante una prueba estandarizada individual.
- D. Escolarización y educación **dentro de límites normales** (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Las dificultades ortográficas aparecen **desde los estadios precoces del aprendizaje** de la ortografía.
- F. La alteración en A **interfiere significativamente** con los resultados académicos y las actividades diarias que requieren calidad ortográfica.
- G. Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Se trata, en consecuencia, de la disortografía como trastorno único. Cuando ocurre que **tanto la capacidad de cálculo, como la lectura y ortografía** están **significativamente alterados** (en ausencia de posibles explicaciones como una escolarización inadecuada o un retraso mental), la **CIE 10** contempla el diagnóstico de un **trastorno mixto del aprendizaje escolar**, del que se afirma: "se trata de una categoría residual, mal definida e inadecuadamente conceptualizada (aunque necesaria)".

El capítulo 13 del influyente libro de **Lerner**²⁸⁰ trae una completa revisión de los problemas de la lengua escrita, con una breve referencia a las teorías subyacentes y ahondando en el diagnóstico, evaluación de cada aspecto y las estrategias útiles para el profesor. En español hay actualmente numerosas monografías que se ocupan del tema: basta revisar los catálogos de las editoriales, que incluyen muchos trabajos de interés también para la rehabilitación.²⁸¹

Discalculia

Tanto el **DSM IV** como la **CIE 10** contemplan los "TEA" relativos al cálculo. En atención a la gran cantidad de alumnos que fracasan en al área de la matemática, viene al caso hacer

279 Todos hemos conocido destacados profesionales y estudiantes universitarios, muchas veces con excepcional talento matemático y adecuada competencia en lengua oral, pero con serios problemas en ortografía (literal, acentual y puntual).

280 Lerner, Janet: "Learning disabilities. Theories, diagnosis & teaching strategies". 6th. Ed. Houghton Mifflin Co. 1993. Chapter 13 (437-469): Written language: written expression, spelling and handwriting.

281 En Chile, Cecilia Beuchat, lingüista y autora de numerosos cuentos para niños -acompañados de atractivas ilustraciones- ha hecho importantes contribuciones en los temas que estamos tratando. A modo de ejemplo:

Beuchat, C. y Maldonado, C. "Empezando a redactar". Edit. Andrés Bello, 1982.

Beuchat, C.; Clerc, T. y Ugarte, N. "Pablito aprende la ortografía solito". Edit. Universitaria. Santiago, Chile, 1986.

Beuchat, C.; Guerrero, A. y Palma, A. "Construcción y validación de una prueba para medir ortografía de vocabulario de uso, en alumnos de 8° año Básico. Tesis. P. Universidad Católica de Chile, 1982.

referencia nuevamente al gráfico del capítulo anterior que relaciona las **dificultades en el aprendizaje** -en este caso de la matemática- con **los trastornos o dificultades específicas** respectivas. Un subgrupo, muy pequeño dentro del conjunto general, correspondería a los sujetos con discalculia:

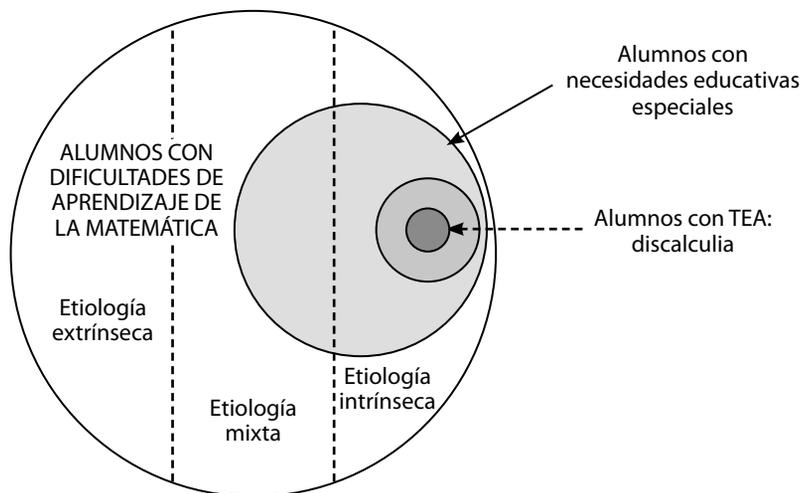


Fig. 11.3. La **discalculia** es un trastorno específico del desarrollo, por tanto de etiología intrínseca (disfunción neurológica), que afecta seriamente el aprendizaje de la matemática. Sin embargo, hay muchas dificultades en el aprendizaje en el área que obedecen a otras etiologías -incluso intrínsecas- y que no constituyen una discalculia.

Buena parte de los problemas en el aprendizaje de la matemática parecen obedecer en la escuela a cuestiones de naturaleza metodológica, a carencia de pre-requisitos (o falta “de base”) en una disciplina en la que no se pueden “saltar escalones” para proseguir sin más adelante, y a la muy escasa motivación que la “clase de matemática” despierta en muchos niños y adolescentes. Es decir, hay variables explicativas de tipo extrínseco muy evidentes. Por otra parte, esas condiciones suelen agravarse con factores de naturaleza emocional, sentimientos derivados de fracasos reiterados o de una verdadera “indefensión aprendida” de parte de los alumnos (“¡nada de lo que hago me resulta!”), lo que justifica hablar de etiología mixta.

Variables de etiología **intrínseca**, aparte de eventuales disfunciones en el SNC -perfectamente explicables en atención a la serie eventos, muchas veces adversos que debe enfrentar el cerebro humano en su desarrollo, y que explican la **discalculia primaria o evolutiva**- hay otros **factores internos** al sujeto que pueden dar cuenta de un pobre desempeño en el área del cálculo y razonamiento numérico: déficit intelectual, alteraciones sensoriales, alteraciones de personalidad, trastornos generalizados del desarrollo, etc. En estos casos el problema en el aprendizaje de la matemática sería **secundario** a tales condiciones, si ellas son realmente las que dan cuenta de la dificultad.

Para el DSM la característica esencial del “trastorno del cálculo” es una **capacidad aritmética**, medida mediante pruebas estandarizadas aplicadas individualmente, **sustancialmente por debajo de la esperada** en relación a la **edad cronológica**, el **CI** y el **nivel de escolaridad**

pertinente. La CIE 10 fija como punto de corte 2 desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de cálculo. Como en los otros TEA, para diagnosticar el cuadro, el déficit debe **interferir significativamente** el rendimiento escolar o, en este caso, las actividades de la vida cotidiana que exigen capacidad de cálculo. Se aclara, finalmente -para las posibles situaciones de coocurrencia- que **si hay un déficit sensorial** (piénsese en un severo déficit auditivo o visual), las dificultades en rendimiento en el cálculo **deberían sobrepasar** las que se asocian a dicho déficit habitualmente. Como otros datos de interés, en el DSM se observa:



“En el trastorno del cálculo pueden estar afectadas diferentes habilidades, incluyendo las lingüísticas (p.ej., comprensión o denominación de términos matemáticos, operaciones o conceptos y descodificación de problemas escritos en símbolos matemáticos); habilidades perceptivas (p.ej., reconocimiento o lectura de símbolos numéricos o signos aritméticos, y agrupamiento de objetos); habilidades de atención (por ej., reproducir correctamente números o cifras, recordar el añadir números ‘de reserva’ y tener en cuenta los signos operativos); y habilidades matemáticas (p.ej., seguir secuencias de pasos matemáticos, contar objetos y aprender las tablas de multiplicar).”

En el mismo manual se afirma que “el trastorno del cálculo suele asociarse **frecuentemente** a un trastorno de la lectura o a un trastorno de la expresión escrita”. La prevalencia del trastorno **solo** -es decir, no asociado a otros TEA- se ha estimado, según el mismo DSM IV, en aproximadamente **uno de cada cinco** casos de trastornos de aprendizaje: “se supone que alrededor del **1% de los niños en edad escolar** sufre un **trastorno del cálculo**”.

Obsérvese que **el porcentaje de niños en los cuales se puede sospechar una discalculia es significativamente inferior a la gran cantidad de niños que presentan problemas en el área** y para quienes los procedimientos metodológicos diseñados, en principio, para los niños con TEA, pueden resultar favorables. De hecho, todos aquellos niños que se ubican en el **extremo inferior en la distribución normal** en lo relativo a **habilidades matemáticas** u otras habilidades que pueden incidir en ellas (por ejemplo, habilidades viso-espaciales; utilización de subcomponentes de memoria de trabajo necesarios para la operatoria, o demás habilidades arriba nombradas) difícilmente se pueden diferenciar de los que específicamente presentan discalculia evolutiva. Deben sumarse a ellos lo que, por factores de naturaleza extrínseca (fallas metodológicas, carencia de pre-requisitos) constituyen el gran conjunto de los “niños con dificultades en el aprendizaje de la matemática”. Este último subgrupo es el que responderá con más rapidez al trabajo psicopedagógico.

A partir de observaciones de pacientes con lesión cerebral y que presentan **acalculia** o **discalculia adquirida**, se desarrolló un cuerpo de conocimientos que parece caracterizar, al menos en parte, los problemas de niños con **discalculia evolutiva** o **del desarrollo**. Badian describió hace varios años²⁸² diferentes tipos de “**discalculia del desarrollo**”

1. **Alexia y agrafia** para los números: problemas que se asocian a dislexia-disgrafía y que se manifiestan en dificultades en la lectura y escritura, y en las propiedades sintácticas de los números, invirtiendo, por ejemplo, su ubicación espacial, uso inadecuado de ceros en las operaciones, etc.
2. **Discalculia espacial**: confusión en sumas, restas, etc. relacionada con la organización horizontal y vertical de las cifras, unida a problemas en la organización de filas y columnas numéricas, y en el movimiento espacial para las operaciones.

²⁸² Badian, N.A.: Developmental dyscalculia. En H.R. Myklebust: “Progress in Learning Disabilities”. Grune & Stratton, N.York, 1983.

3. **Anaritmética**, que se manifiesta en una severa confusión de procedimientos que corresponden a las diferentes operaciones: suma, resta, multiplicación y problemas en comprensión de los conceptos matemáticos de cantidad.
4. **Discalculia atencional-secuencial**, con gran dificultad para aprender y utilizar las tablas de multiplicar, el uso de los decimales, etc.
5. **Formas mixtas**.

Farnham-Diggory (1980) se pregunta que “si hay alguna cosa como discalculia evolutiva, y si nuestro conocimiento puede ser moldeado por el que poseemos de la discalculia traumática del adulto, entonces ¿qué tipos de conducta debemos considerar? Basándose en el trabajo pionero del neuropsicólogo ruso **Luria**²⁸³ describe 4 tipos de trastornos aritméticos, que acá nos limitamos a nombrar, pero que recomendamos leer en el tratamiento que les da la autora:

- **Defectos de lógica:** se manifiestan en la incapacidad del paciente para comprender las relaciones internas dentro de un enunciado, o en escribir el número 1029 como 129 ó 1000 29, es decir, incapacidad de mantener puntos espaciales de referencia, tales como la localización de decenas, unidades, etc. Tales pacientes tienen dificultad también para comprender calendarios, relojes, etc.
- **Defectos en planteamiento:** incapacidad o torpeza para formular un plan para resolver un problema, lanzándose impulsivamente a efectuar operaciones aritméticas sin conexión con el problema original. Ej.: “Un niño tiene 8 años. Su padre es 30 años mayor, y su madre es 10 años más joven que el padre. ¿Qué edades tienen estos?”. La paciente adulta de Luria comenzó así: “Cada parte aquí debe tener 30 y luego 10 y luego 8, lo que hace 48 y se divide por 3”.
- **Perseveración en procedimientos inadecuados:** el sujeto se “queda pegado” en una estrategia de solución que puede haber sido efectiva para un determinado tipo de problema, pero no para otro. Como en los dos defectos anteriores, el sujeto demuestra incapacidad organizativa o de procedimiento. La **perseveración** (no confundir con perseverancia) es una característica del daño cerebral.
- **Incapacidad para realizar cálculos sencillos:** de sus pacientes con acalculia, Luria da ejemplos dramáticos de algunos de ellos que, antes de la lesión, habían demostrado notable talento matemático. Este defecto es frecuente en niños y adultos con problemas en el área y a quienes les resulta muy difícil automatizar operaciones y realizar cálculos muy simples.

283 Luria, A.R. “Human brain and psychological processes.” Harper & Row, New York, 1966.

En su libro “Cerebro y lenguaje. La afasia traumática: síndromes, exploración y tratamiento” (Fontanella, Conducta Humana, Barcelona, 1978), fruto de observaciones en pacientes con daños cerebrales por heridas con armas de fuego durante la 2ª guerra mundial, Aleksander Romanovich Luria, quien fuera profesor de psicología de la Universidad de Moscú y miembro de la Academia de Ciencias Pedagógicas de la U.R.S.S., dedica el capítulo XIV a las investigaciones del cálculo, el que comienza con estas palabras:

“La investigación de los problemas que intervienen en el cálculo forman parte integrante del estudio clínico-psicológico de las afasias. Es importante bajo dos aspectos. 1. El sistema numérico es un sistema simbólico de la misma forma que el lenguaje. Quizá es menos amplio que el sistema lingüístico y no depende de la audición fonémica en el mismo grado, pero de todas formas tiene mucho en común con el lenguaje. Los símbolos escritos representan cantidades dadas. El sistema decimal de notación permite la comunicación sobre una cantidad por medio de un pequeño número de símbolos. 2. Las operaciones matemáticas sirven de modelo para otras funciones intelectuales. Implican un fin que debe conservarse a lo largo del proceso racional del cálculo... La solución de un problema numérico requiere que se ejecute una serie de operaciones y a veces ello implica una larga cadena de razonamiento. Así, al estudiar los cambios de los procesos psicológicos que acompañan a la afasia, es útil comprobar la conservación del concepto de número y la capacidad de ejecutar operaciones de cálculo”.

En sus estudios, Luria evaluaba en los pacientes por medio de tests (cuyo análisis aparece en el capítulo XIV) referidos a estos aspectos:

- La lectura y escritura de números de una sola cifra.
- La lectura y escritura de números de varias cifras.
- La diferenciación de números simétricos (17 y 71; XI y IX, etc.).
- Cálculos automáticos.
- Cálculos complejos.
- Cálculos secuenciales.
- El reconocimiento de las relaciones representadas por los símbolos matemáticos.

Farnham-Diggory compara los casos de Luria con los de niños descritos por el psicólogo **Ginsburg**, “especialista en el estudio de las estrategias naturales infantiles para cuantificar el mundo”) en su libro “**Children’s arithmetic**”, que describe como un verdadero “pozo de sabiduría” en cuanto a las ilustraciones espontáneas del pensamiento aritmético en los niños.²⁸⁴ Encuentra similitudes de gran interés, que recomendamos leer. Concluye afirmando que “existen trastornos aritméticos en adultos con lesión cerebral **similares** a los que se presentan en niños que no están afectados por estas lesiones; al menos en lo que nosotros podamos afirmar. No obstante, no debemos deducir que los niños con incapacidad aritmética tengan daños cerebrales semejantes. Lo que podemos pensar válidamente es que **algunas formas de la incapacidad aritmética** -o lectora- **pueden tener una base en disfunciones cerebrales**”.

Lerner, en el manual sobre dificultades en el aprendizaje antes mencionado, dedica un capítulo completo a los problemas del aprendizaje de la matemática. Caracteriza en detalle a los estudiantes con deficiencias en el área. Describe, por ejemplo, sus obstáculos en el manejo de las relaciones espaciales; el pobre desarrollo de la propia imagen corporal; las serias deficiencias que algunos evidencian en habilidades viso-motrices y viso-perceptuales; los frecuentes problemas en lenguaje y lectura; la pobreza conceptual y tropiezos en lo relativo a tiempo y orientación; los problemas de memoria en la operatoria y en la solución de problemas; la carencia o pobreza de estrategias en el área; y la frecuente “**ansiedad matemática**”. Esta última es una reacción de base emocional que provoca en los sujetos **una paralización al enfrentar problemas matemáticos o en las situaciones de pruebas o tests**. Esta ansiedad puede originarse en un fuerte temor al fracaso y al menoscabo en la propia estima. La ansiedad puede **bloquear el desempeño escolar** de los estudiantes con problemas, al entorpecer su aprendizaje desde un comienzo o al interferir la habilidad para hacer uso del conocimiento matemático que efectivamente poseen. Janet Lerner da algunas recomendaciones a los maestros para reducir la “ansiedad matemática” de los alumnos:

- Use la competitividad con precaución.
- Dé instrucciones claras.
- Evite las presiones de tiempo innecesarias.
- Elimine la presión y el apremio en las situaciones de examen y pruebas.

La autora hace ver la importancia de la matemática en la vida humana y aclara en términos sencillos una serie de conceptos básicos:



“La matemática ha sido llamada lenguaje universal ya que es un lenguaje para todas las culturas y civilizaciones. Como sistema simbólico, capacita a los seres humanos para pensar, registrar información y comunicar ideas concernientes a los elementos y relaciones de cantidad. El propósito de la matemática apunta a las operaciones de contar, la medición, la aritmética, el cálculo, la geometría y el álgebra, así como a la habilidad de pensar en términos cuantitativos. El término matemática abarca mucho más que el de aritmética. Matemática es el estudio de todo el entramado de los números y sus relaciones; la aritmética alude simplemente a las operaciones computacionales enseñadas en la escuela”.

284 Ver también: Ginsburg, Herbert & Oppen, Sylvia: “Piaget y la teoría del desarrollo intelectual”. Prentice-Hall Internacional, Madrid, 1977.

Lerner da cuenta, finalmente, de los importantes cambios experimentados los últimos años en USA en la “educación matemática”, las reformas y críticas consecuentes a causa de la situación de desventaja que han traído para los niños con NEE (Necesidades Educativas Especiales), originadas en los altos estándares que se persiguen.

En 1988 el NCSM planteó su posición respecto a los componentes fundamentales del currículo matemático, cuyos estándares fueron ratificados también por el NCTM.²⁸⁵

Junto con recomendar que se otorgara **mayor énfasis a la solución de problemas aplicados, al pensamiento crítico y el razonamiento**, más la autorización para que los estudiantes pudieran utilizar calculadoras en las pruebas, se definieron los **12** componentes de la **matemática esencial**:

- 01 Solución de problemas.
- 02 Comunicación de ideas matemáticas.
- 03 Razonamiento matemático.
- 04 Aplicación a las situaciones de la vida diaria.
- 05 Estado de alerta a lo razonable de los resultados.
- 06 Juicio, estimación.
- 07 Apropriadadas habilidades computacionales.
- 08 Pensamiento algebraico.
- 09 Medición.
- 10 Gráfica geométrica.
- 11 Estadística.
- 12 Probabilidad.

Un punto de interés en el análisis de Lerner tiene que ver con las **teorías psicológicas** en base al aprendizaje y enseñanza de la matemática. Analiza los aportes de la teoría piagetiana y su expansión constructivista; la instrucción directa; las teorías de énfasis en estrategias de aprendizaje y de solución de problemas. Finalmente, las implicaciones de cada una de estas posturas teóricas para los niños con problemas de aprendizaje. La segunda parte del capítulo que la autora dedica a la matemática se concentra en la **evaluación**, así como en el **análisis de los errores** que cometen los niños; en las **estrategias de enseñanza** -con recomendaciones muy prácticas y útiles, por ejemplo, para la enseñanza de las operaciones-; terminando con una serie de recomendaciones para el **uso del computador** en la instrucción y con un listado de **software** especialmente diseñado para alumnos con “learning disabilities”.

A fin de profundizar en los diferentes temas de este capítulo, y del manual en general, dentro de los numerosos sitios de interés en la web, recomendamos el que sigue:

²⁸⁵ NCSM: National Council of Supervisors of Mathematics.
NCTM: National Council of Teachers of Mathematics.

- www.seriweb.com **Special Education Resources on the Internet.** Un sitio actualizado y de gran interés para los educadores especiales y diferenciales. Se puede acceder, entre otros, a los siguientes sitios especializados:

General Disabilities Information.	Disability Products and Commercial Sites.
Inclusion Resources.	Legal & Law Resources.
Special Education Discussion Groups.	Mental Retardation.
Hearing Impairment.	Physical and Health Disorders.
Behavior Disorders.	Learning Disabilities.
Vision Impairment.	Attention Deficit Disorder.
Autism.	Speech Impairment.
Gifted and Talented.	Special Needs and Technology.

DIFICULTADES EN EL AUTOCONTROL Y CONTROL DE LA ATENCIÓN

► Temas del capítulo

Disfunción cerebral mínima: antecedentes históricos.
Hiperactividad, TDAH (ADHD) y alteraciones conductuales.
Variedades de TDAH.
Criterios para el diagnóstico según el DSM IV-TR.
Comorbilidad.
Algunos alcances y explicaciones biológicas.
Procedimientos de detección.
Procedimientos psicopedagógicos para facilitar el autocontrol.

Disfunción cerebral mínima: antecedentes históricos

El **trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH, en inglés ADHD)**, denominación actual del cuadro en el DSM, y que constituye el foco principal de las preocupaciones de este capítulo, ha sido reconocido con diferentes nombres.

- Lesión o daño cerebral mínimo.
- **Disfunción cerebral mínima o menor.**
- Reacción hiperkinética de la infancia.
- Síndrome hiperkinético.
- Síndrome del niño hiperactivo.
- Trastorno por déficit atencional, con o sin hiperactividad.

Haremos en este punto un breve recuento histórico que permita al lector comprender el origen de nociones tales como “lesión o daño cerebral mínimo”, “disfunción cerebral mínima”, “disfunción neurológica” que se han asociado al concepto de trastornos del aprendizaje TEA -como ya se apreció en los dos capítulos anteriores- y al de TDAH.

Aparte de la línea de la **dislexia**, examinada más atrás, otra fuente histórica que dio origen al área tanto de los TEA, como del TDAH, se remonta a los trabajos del psicólogo evolutivo gestáltico, de nacionalidad alemana, **Heinz Werner** y del neuropsiquiatra, también alemán, **Alfred Strauss**. Ambos emigraron a Estados Unidos en tiempos del nazismo. Las investigaciones del notable investigador **Kurt Goldstein** el siglo pasado con soldados que tenían lesiones cerebrales por herida a bala en la guerra y sus efectos comportamentales,

fueron decisivas para los estudios de Werner y Strauss. Este último quiso averiguar **qué perturbaciones comparables en la conducta de los niños podían atribuirse a eventuales daños cerebrales**. Werner, por su parte, se ocupó de la **percepción y de las reestructuraciones mentales** que se producían a causa del desarrollo y el aprendizaje: es así como destacó y recomendó la secuencia necesaria para muchos logros escolares (por ejemplo, para la adecuada comprensión de la noción de número), que debía comenzar con **experiencias concretas**, cenestésico-táctiles, pasar por una **elaboración perceptivo-visual**, y así estar en condiciones de llegar con éxito al plano **conceptual abstracto**.

La línea **perceptivo-motora**, tan influyente posteriormente en la Educación Especial, tuvo aquí uno de sus orígenes. Werner y Strauss trabajaron con **niños con retardo mental**, distinguiendo entre retardo endógeno y exógeno. Resumieron las características o rasgos del **niño con lesión cerebral** en lo que se conoce aun hoy como el **síndrome de Strauss**: respuesta forzada a estímulos, perseveración o fijación patológica, hiperactividad y disociación (problemas figura-fondo). Este síndrome constituye el antecesor más remoto del actual TDAH.

Farnham-Diggory (1980) resume en estos términos los síntomas:

- **Respuesta forzada a estímulos**: cualquier ruido, movimiento u objeto nuevo atrae de inmediato la atención del niño. Ello se traduce en una dificultad en el control de impulsos.
- **Fijación o perseveración patológica**: comenzada una tarea sencilla, como ensartar bolitas o dibujar puntos, el niño continúa en ella más allá de lo requerido. “Esto parece contradecir la capacidad de distracción característica, pero muy bien puede formar parte del mismo sistema. El niño continúa porque el estímulo sigue captando su atención, y sigue pareciéndole nuevo”.
- **Desinhibición**: excesiva actividad motora. Strauss pensaba que los niños con daño cerebral atendían especialmente a los aspectos del estímulo que podían liberar actividad motora.
- **Disociación**: dificultad para comprender un modelo como un todo, distinguiendo figura-fondo y sabiendo integrar sus partes. “Por lo general el niño era desorganizado en casi todo lo que hacía”.

El libro de Strauss y Laura Lehtinen “Psychopathology and education of the brain-injured child” (Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral) fue una obra de gran influencia, ya que incluía tanto los aspectos teóricos como los procedimientos de rehabilitación originados en los estudios de Werner, Strauss y colaboradores. Estos estudiosos impactaron también decisivamente a otras figuras de relevancia en el nuevo campo que se iba a ir configurando de los trastornos del aprendizaje, con las cuales mantuvieron estrechos contactos profesionales, según refieren Hallahan y Kauffman.²⁸⁶ Es el caso de mencionar a **Cruikshank**, quien trabajaba y realizaba sus estudios con niños con parálisis cerebral, pero con **inteligencia normal**. William Cruikshank notaba en sus niños de inteligencia normal, incluso superdotados, **algunos de los síntomas** descritos por Werner y Strauss, como problemas en la identificación figura-fondo, impulsividad, etc. Esto fue facilitando el camino para suponer -en niños sin parálisis cerebral, de inteligencia normal y con alteraciones del tipo síndrome de Strauss- **...algún daño cerebral... mínimo** que explicaba esos síntomas. Cruikshank y su equipo de colaboradores diseñaron un currículo altamente estructurado, que debía llevarse a cabo en salas exentas de estímulos perturbadores, atendida la distractibilidad de los niños. Para los psicólogos, más adelante,

²⁸⁶ Daniel P. Hallahan & James M. Kauffman: Introduction to learning disabilities: a psycho-behavioral approach. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1976.

la prueba de Bender se transformó en un valioso instrumento para detectar “organicidad” (compromiso cerebral) a partir de las distorsiones, disociaciones y perseveraciones que caracterizaban las respuestas del niño.

Los conceptos de Werner y Strauss, la influencia de Cruikshank y el clásico libro de **Newel Kephart** -colaborador de Strauss y coautor en varias de sus publicaciones- “**The slow learner in the classroom**” (traducido al español como “El alumno retrasado”)²⁸⁷ son todos factores que determinaron el énfasis fundamentalmente **perceptivo-motriz** que tuvo durante muchos años la reeducación de niños con dificultades del aprendizaje. El panorama cambió sustancialmente de los ‘70 en adelante, pasando a ser **el lenguaje** el elemento articulador y objetivo central en el diagnóstico y el tratamiento. Cobraron importancia entonces las “hipótesis verbales” y más tarde la específicamente “fonológica”, para dar cuenta de las dificultades del aprendizaje de la lectura.

Entretanto, ya en los años ‘60 se había decidido cambiar la denominación de **lesión o daño cerebral mínimo** (daño del cual no se tenía evidencia directa, y de cuya existencia se sospechaba, sin embargo, por las manifestaciones conductuales) por el de **disfunción cerebral mínima** (si no había evidencia de un daño, por lo menos algo tendría que estar funcionando mal en el cerebro...). La iniciativa se tomó, explica Fejerman (1994), neurólogo argentino citado en el capítulo anterior, en un congreso de neuropediatras celebrado en Oxford.²⁸⁸ No dejaba de ser impactante para una familia el diagnóstico de... ¡daño cerebral!, hecho a un niño a partir de sus problemas de atención, conducta o rendimiento escolar.

La definición de Clements de 1966²⁸⁹, que aparece en todos los tratados y muchos trabajos sobre la materia, precisa que se incluyen en el síndrome **disfunción cerebral mínima (DCM, en inglés MBD)**.



“los niños con inteligencia promedio o cercana al promedio, que presentan trastornos de aprendizaje o de la conducta asociados a alteraciones en la función del SNC. Estas desviaciones se pueden manifestar por distintas combinaciones de impedimentos en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, de los impulsos o de la función motora. Síntomas similares pueden complicar los problemas de niños con parálisis cerebral, epilepsia, retardo mental, ceguera o sordera”.

En Chile, justamente a mediados de los ‘60 el MINEDUC creaba la Escuela Especial N°15, anexa al Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Calvo Mackenna, destinada a la atención de “niños con dislexia, **disfunción cerebral mínima** y trastornos emocionales, sin retardo mental”.

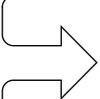
287 Editorial Luis Miracle, Barcelona, 1968. Una obra notable. La 1ª parte, dedicada al desarrollo de las funciones mentales básicas, incluye, entre otras, las bases psicomotoras del progreso escolar, el desarrollo de la aptitud para la percepción de las formas y la discriminación espacial. La 2ª parte describe una serie de técnicas para la exploración de las funciones perceptivo-motoras, y la 3ª, ejercicios para la reeducación perceptivo-motora.

En este título “The slow learner in the classroom” se inspiran quienes hoy día postulan la curiosa denominación de “niños de aprendizaje lento”, de amplio alcance, y que posiblemente pueda aplicarse a muy pocos niños.

288 A modo de ejemplo de la nomenclatura en uso en esa época, el profesor Luis Bravo publicaba en 1968 en la Revista Chilena de Pediatría: “Trastornos del desarrollo psicológico en niños con daño cerebral mínimo”. A partir de los ‘70 adopta en sus obras la denominación “disfunción cerebral mínima”.

289 Clements, S.D. Minimal brain dysfunction in children. Washington, DC, US Department of Health, Education and Welfare, 1966.

Fejerman (1994), que se ha ocupado con detalle de estas materias en Latinoamérica (de la DCM desde mediados de los '70, contemporáneamente con Bravo en Chile) propuso una clasificación de **cuatro síndromes** dentro del cuadro amplio de la disfunción cerebral mínima. La **fig. 11.2** del capítulo anterior muestra los 4 síndromes, las áreas predominantemente afectadas y los trastornos más conocidos. Resulta valioso, ya que refleja claramente el traslapeo o imbricación de planos que se han ido configurando de una manera **relativamente independiente** más adelante: las **learning disabilities**, el **ADHD**, los **trastornos específicos del lenguaje** y los **trastornos específicos de las habilidades motoras**.²⁹⁰



Se trata de una tabla plenamente vigente, que puede ser vista a la luz de las definiciones de "trastornos del aprendizaje" examinadas anteriormente y las clasificaciones DSM IIIIR, DSM IV y CIE 10 de los **trastornos del desarrollo**, entre ellos los del lenguaje, que se muestran en el APÉNDICE 1. Fejerman, de hecho, asimila la noción de **DCM** a la **de trastornos específicos del desarrollo**.²⁹¹

Teniendo presente que, a partir del DSM III en 1980, el concepto de **DCM** pasa a ser reemplazado por el de **trastorno por déficit de atención (ADD)**, su rasgo más notable, resulta oportuno cambiar "DCM" por la noción más amplia y no estrictamente definitoria de "disfunción neurológica" o "disfunción del SNC", que se cita como posible etiología de las "learning disabilities". Fejerman propone, de hecho, entender DCM en un sentido muy amplio. Lo explica así:



"Sobre la base de los conocimientos actuales, se puede conservar el término DCM tratando de aceptarlo como amplio y no estrictamente definitorio, con la idea de transmitir a los padres el concepto de una condición que, si bien es de origen neurológico u 'orgánico', no implica una etiqueta de 'lesión' irreversible, sino verdaderamente una 'disfunción o alteración en ciertas funciones cerebrales' que tiende a mejorar con la maduración del SNC, es decir con el curso del tiempo".

Aclara que "la injuria al SNC no ocurre como un fenómeno 'todo o nada', sino que **es el resultado de una interacción** entre la severidad de la agresión, su duración, el momento del desarrollo cerebral, las condiciones previas del cerebro y las áreas del SNC más expuestas al daño", y dedica algunas páginas al análisis de hallazgos significativos en la investigación científica en el área, incluidas las anormalidades estructurales en cerebros de disléxicos fallecidos encontradas por Galaburda y asociados. Como otro dato de interés para el área de las "learning disabilities", al referirse a asociaciones específicas entre signos y síntomas de la DCM y su probable localización cerebral, nombra el **síndrome de trastornos del desarrollo con déficit de aprendizaje por compromiso del hemisferio derecho**. Citando a varios especialistas en el tema, afirma:

²⁹⁰ Recuérdese que en la definición federal en USA de learning disabilities se afirma:

"El término incluye condiciones tales como deficiencias perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia evolutiva". Esto llevó a que muchas personas entiendan el TDAH como un TEA.

²⁹¹ Fejerman, N.: "Minimal cerebral dysfunction or specific developmental disorders". Trabajo presentado en el taller Neuro-developmental Handicaps in Children. Washington DC, Pan American Health Organization, 1988. Citado en Fejerman (1994).



“En este grupo de niños se describen dificultades emocionales: timidez, problemas en las interacciones personales, trastornos viso-espaciales y habilidades inadecuadas para la comunicación. Más aun, se ha sugerido especialización hemisférica innata para la discapacidad social”.

Recuérdese a este respecto la discrepancia existente en USA entre los especialistas en torno a si incluir o no dentro de los TEA los **déficit en las habilidades sociales**. Como ocurre con la lectura y escritura, se hace necesario también aquí un adecuado balance entre enfoques explicativos intrínsecos y extrínsecos. Los hallazgos citados por Fejerman avalan la posibilidad de admitir seriamente la existencia de “learning disabilities” en el área de las habilidades sociales, atendiendo a sus componentes no verbales.²⁹²

La noción de **disfunción cerebral mínima** atrajo el interés de muchos psiquiatras y psicólogos ya que representaba un enfoque que les **permitía suponer organicidad o daño cerebral de naturaleza sutil** más allá de las explicaciones psicodinámicas en boga, muy influyentes en las dos primeras versiones del DSM. De este modo, explican Shaywitz y Shaywitz²⁹³, “la formulación de disfunción cerebral mínima **fue una respuesta a la tendencia a pasar por alto las posibles causas orgánicas o neurológicas** en los síndromes conductuales”. Estos autores atribuyen a Clements y Peters²⁹⁴ la elaboración de la noción en un trabajo publicado en 1962, y dicen a este respecto:



“Su trabajo seminal, introdujo la idea de un examen neurológico especial o examen de signos blandos como indicadores de daño orgánico cerebral. Sin negar la interpretación psicodinámica, los autores hicieron ver la urgencia de una visión más balanceada que reconociera el origen multifactorial de estos problemas comportamentales y de aprendizaje.

Clements y Peters introdujeron la convicción de que la evidencia de anormalidades al examen neurológico, aunque pequeñas, eran un importante indicador del síndrome.

A su juicio, las disfunciones cerebrales mínimas podían inferirse de la presencia de agrupaciones de síntomas, incluyendo déficit específicos de aprendizaje, hiperkinesia, impulsividad, lapso de atención reducido...”.

Shaywitz y Shaywitz destacan también que se produjo una especie de “cisma” en la manera en que **médicos y educadores** vieron el trastorno: la literatura médica aceptó el término DCM e incorporó la entidad en un modelo médico; la literatura y la práctica educacional, en cambio, **se focalizó más bien en los hallazgos relativos a la dificultad en los aprendizajes** y tendió a describir a los niños afectados como sujetos **con dificultades específicas del aprendizaje**. La clásica definición de **Clements** citada más atrás, y que el lector puede releer, da pie a esta interpretación de educadores y de psicólogos educacionales.

292 Entre otros, Fejerman cita a:

Voeller, K.K.S.: “Right hemisphere deficit syndrome in children”. En S. Chess y T. Hertzog (comps.): “Annual progress in child psychiatry and child development”, 381-393, Brunner & Mazel, N.York, 1987.

Weintraub, S. & Mesulam, M.: “Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal and cognitive components”. Arch. Neurol, 40, 463-469, 1983.

293 Shaywitz, S.E. & Shaywitz, B.A. “Attention deficit disorder: current perspectives”. En Kavanagh, J. & Truss, T.: “Learning disabilities: Proceedings on the national conference”. Pennsylvania. Maple Press, York, 1988.

294 Clements, S.D. & Peters, J.E. “Minimal brain dysfunctions in the school-aged child”. Archives of General Psychiatry, 6, 185-187, 1962.

Posteriormente el mismo Clements -director entonces del proyecto en el US Department of Health, Education and Welfare- elaboró con más detalle la delimitación del síndrome, y cuyo análisis crítico puede encontrarse en Bannatyne, 1971, quien considera preferible el término más amplio de disfunción “neurológica” en vez de disfunción “cerebral”, ya que alude al sistema nervioso como un todo y no a una parte de él, definida arbitrariamente, como lo es el cerebro. Clements se expresa en estos términos:



“Disfunción cerebral mínima, como un categoría diagnóstica y descriptiva, se refiere a niños con una capacidad y potencial intelectual cercanos al promedio, promedio, o sobre el promedio, con anomalías en el aprendizaje y/o en ciertas conductas, que fluctúan de leves a severas, y que se asocian a un funcionamiento sutilmente desviado del sistema nervioso central. Pueden caracterizarse por diferentes combinaciones de deficiencias en percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, y control de la atención, de impulsos o función motora.

Estas diferencias individuales pueden surgir de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, deterioros cerebrales perinatales, y/o enfermedades o deterioros prolongados durante los años críticos para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, o de otras causas orgánicas aun desconocidas.

*Durante los años escolares, una variedad de discapacidades de aprendizaje especiales, y a menudo específicas, constituyen la manifestación más prominente de tales condiciones. La identificación temprana y una adecuada evaluación de tales niños resultan imperativos, ya que ellos exigen formas especializadas de tratamiento y educación si se pretende que se desarrollen al máximo de sus potencialidades”.*²⁹⁵

No resulta extraño, entonces, que la definición oficial en USA de “learning disabilities” incluye la DCM entre las condiciones que se asocian o forman parte de ellas, lo que influyó más tarde en los desacuerdos y confusiones relativos a las relaciones entre déficit atencional-hiperactividad y TEA. Por ejemplo, Santrock (2002), muestra una tabla del Departamento de Educación de USA sobre los niños con NEE que recibieron servicios de educación especial en el período escolar 1994-1995, y en la cual **se incluyen** los niños con **TDAA** en la categoría de **niños con problemas específicos del aprendizaje**. En conjunto **representan más de la mitad** de los niños (**51.1 %**: ¡2.513.977 casos!) que recibieron tales servicios.²⁹⁶

295 Clements, S.D. “Some aspects of the characteristics, management and education of the child with minimal dysfunction”. Glen Ellyn, Illinois, West Suburban Assoc. for the Other Child, 1967.

296 Por su interés, anotamos las otras categorías allí consideradas, las que se suman al 51.1 % de niños con learning disabilities y ADHD, para completar el 100% de los niños atendidos.

Alteraciones del habla y del lenguaje: 20.8 %; Discapacidad intelectual: 11.6%; Trastorno emocional serio: 8.7%; Discapacidades múltiples: 1.8 %; Alteraciones de la audición: 1.3 %; Alteraciones ortopédicas: 1.2 %; Otras alteraciones en la salud: 2.2 %; Alteraciones visuales: 0.5 %; Autismo: 0.5 %; Sordo-ceguera: 0.0 %; Lesión traumática del cerebro: 0.1 %.

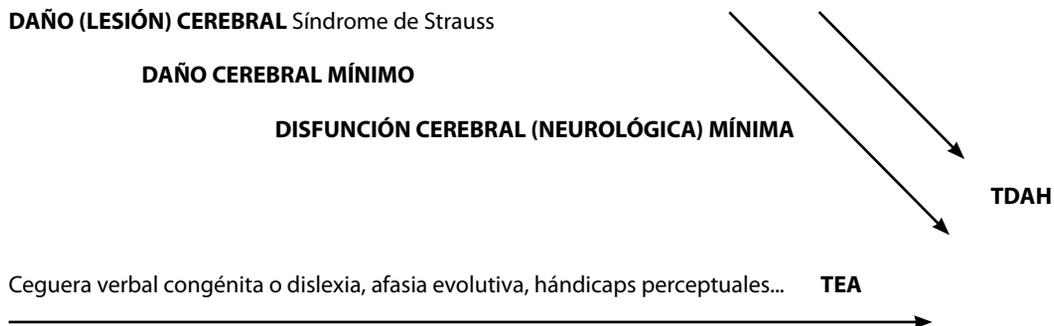


Fig. 12.1. Las líneas de investigación y hallazgos clínicos que dieron pie a las denominaciones actuales de TDAH y trastornos del aprendizaje.

El diagrama de la fig. 12.1 sintetiza la secuencia de los conceptos fundamentales que han dado pie a las categorías TDAH y TEA. Obsérvese que los TEA (Trastornos Específicos del Aprendizaje), como se explicó anteriormente, derivan también de la línea que recoge las investigaciones y hallazgos clínicos sobre ceguera verbal congénita, afasia del desarrollo, etc. Fletcher, Shaywitz y Shaywitz (1999)²⁹⁷ se ocuparon de la comorbilidad de los trastornos del aprendizaje y el trastorno por déficit de atención-hiperactividad, y sus relaciones con la noción de disfunción cerebral mínima. La fig. 12.2 ilustra las relaciones básicas entre las tres categorías.

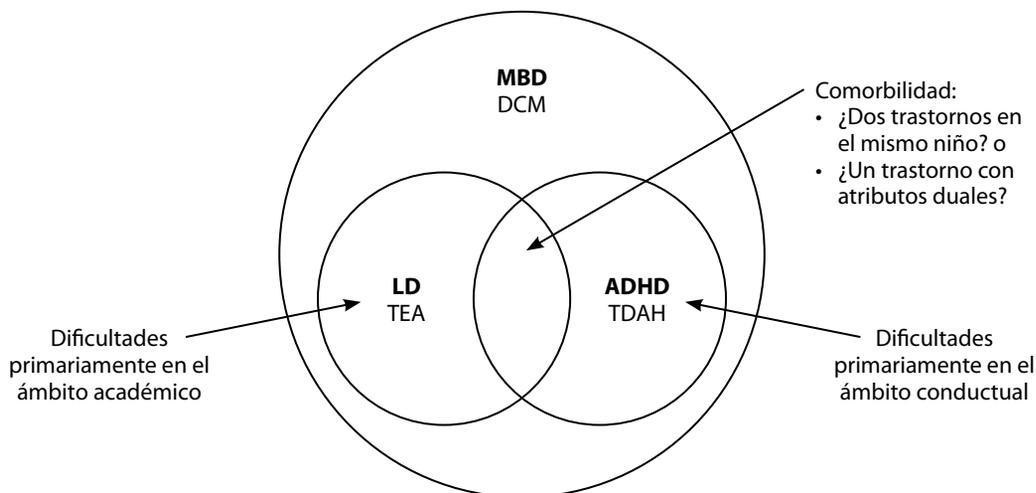


Fig. 12.2. Relaciones LD, ADHD y MBD, según Fletcher, Shaywitz y Shaywitz.. Interpretaciones posibles en la zona de comorbilidad.

297 Fletcher J.; Shaywitz S. & Shaywitz B: Comorbidity of learning and attention disorders: separate but equal. *Pediatric Clinics of North America*, 1999, 46, 885-897. Ver también: Fletcher J.; Morris R. & Lyon: Classification and definition of LD: an integrative perspective. *Handbook of Learning Disabilities*, 2003, pp. 30-56. Ed. L.Swanson, K.Harris & S.Graham.

Más recientemente, algunos investigadores, como Gilger y Kaplan (2002)²⁹⁸ han propuesto como marco de referencia conceptual para comprender mejor los trastornos del aprendizaje, la noción de **“desarrollo atípico del cerebro”** (atypical brain development), reemplazando con ella la de DCM. La **fig. 12.3** grafica estas ideas. No es el propósito de este manual ahondar en estas cuestiones. El lector interesado puede acudir a la bibliografía que se cita en el texto. Sí, resulta de interés para el educador de aula y el especialista, entender que a la base de las dificultades que manifiestan algunos de sus alumnos hay un compromiso biológico que justifica se les considere niños con NEE (Necesidades Educativas Especiales). Por otra parte, el MINEDUC, para las subvenciones de alumnos con NEE “transitorias” exigirá en su reglamentación los diagnósticos pertinentes (Decreto N° 0170 de 2009).

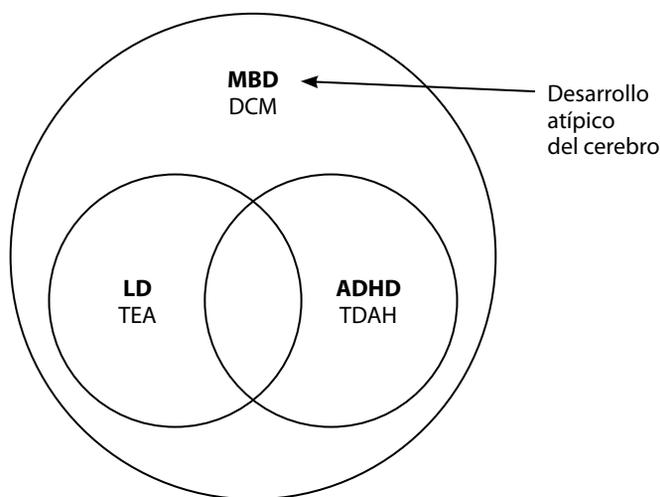


Fig. 12.3. **Atypical brain development**, noción propuesta por Gilger y Kaplan en reemplazo de DCM

Los síntomas primordiales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad se han centrado en tres núcleos básicamente [1] **déficit de atención**, [2] **hiperactividad**, [3] **impulsividad**, cuando resultan **inapropiados para la etapa de desarrollo**. El modo en que se configuran estos grupos de síntomas y su peso relativo para cada subtipo del síndrome general, ha sido objeto de controversia y ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. Shaywitz y Shaywitz (1988) destacan que muchos enfoques tempranos se focalizaron en el componente de **hiperactividad** del síndrome, y la literatura de los años '60 y '70 se refirió con frecuencia al **“síndrome del niño hiperactivo”**. En Chile, por ejemplo, entre otros trabajos, resultó muy influyente a comienzos de los 80 el libro del psicólogo educacional **Robert E. Valett**: “Niños hiperactivos: guía para la familia y la escuela”.²⁹⁹

298 Gilger, J.W. & Kaplan, B.J. “Atypical brain development: a conceptual framework for understanding developmental learning disabilities”. *Developmental Neuropsychology*, 20, 465-482, 2002.

Gilger, J.W. “Current issues in the neurology and genetics of learning related traits and disorders. Introduction to the special issue”. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 490-491, 2002.

299 Publicado en Cincel-Kapelusz en 1981. Título original en inglés: “The psychoeducational treatment of hyperactive children”. Valett entrega valiosas pautas de observación y registro de conductas hiperactivas (o “escalas valorativas”), tanto para padres como para maestros.

Para Valett, el “síndrome hiperactivo” comprende una serie de conductas: movimiento corporal excesivo, impulsividad, emotividad, problemas de memoria, atención dispersa y dificultades de aprendizaje. Si bien su marco teórico ha sido superado en algunos aspectos, el libro resulta de gran utilidad para la labor de maestros y psicopedagogos ya que prácticamente la mitad está dedicado a **ejercicios** (o “**tareas de aprendizaje**” como las denomina el autor) destinados a **reducir la hiperactividad, aumentar la inhibición muscular, la atención y el autocontrol**. Cada ejercicio lleva una hoja de registro, que facilita la retroalimentación al poder comparar el niño su rendimiento actual con los intentos anteriores; se señala claramente el objetivo, los materiales, el procedimiento y las actividades complementarias.³⁰⁰

El **DSM III** en 1980, introdujo la nueva denominación **ADD (TDA trastorno por déficit de atención)** en vez de daño o disfunción cerebral (o **síndrome hiperkinético** como ya se había clasificado en el **DSM II** de 1968), ubicó el cuadro en el área “conductual”, y estableció una distinción decisiva, pese a los “reacomodos” de que ha sido objeto:

- TDA con hiperactividad (ADHD).
- TDA sin hiperactividad (ADD-no H).

El manual precisaba que se desconocía si se trataba de dos formas de un mismo trastorno o se trataba de dos trastornos distintos.³⁰¹ Incluyó, además, un **ADD de tipo residual**, para incluir a los adolescentes diagnosticados como hiperkinéticos cuando niños. El **DSM IIIR**, revisión de la versión III y publicada sólo 7 años más tarde, ubicó tanto los “trastornos de las habilidades académicas”, como los “trastornos del lenguaje y del habla” y los “trastornos del desarrollo de la coordinación”, dentro del grupo “**trastornos específicos del desarrollo**”.

Por otra parte, incluyó el “**trastorno por déficit de atención con hiperactividad**” (ADHD) -junto a los “**trastornos de conducta**” (entre estos, el negativismo desafiante)- dentro del grupo “**trastornos por conductas perturbadoras**”. El **DSM IIIR** eliminó la distinción explícita ADHD y ADD no H, dando cabida a un “**trastorno por déficit de atención indiferenciado**”, el que quedó incluido en un heterogéneo apartado final -tipo “cajón de sastre”- dedicado a “**otros trastornos**” de la infancia, niñez y adolescencia.

300 Los ejercicios de Valett están organizados en orden de dificultad y son de tres tipos:

1. Relajación.
2. Control muscular.
3. Control visomotor y cognitivo.

Nombremos algunos de ellos por la utilidad y ventaja que representan, por ejemplo, para educadoras de párvulos que pueden dedicar algún tiempo de la rutina diaria a ejercicios de este tipo, en especial si en su grupo hay uno o más niños demasiado inquietos e impulsivos. Ejercicios o tareas de aprendizaje: relajación corporal, escuchar música, respirar lentamente, cosas escondidas, reconstruir modelos, equilibrio estático, “el lápiz quieto”, rodar el cuerpo, “el globo”, sombras, mirar la vela, levantar una pierna despacio, meditación yoga, observar detalles, péndulo, líneas de tiza, “susurrar”, tablas de equilibrio, “sensaciones”, banco de equilibrio, “árbol balanceado por el viento”, mirarse al espejo, recorrer laberintos, caminar sobre símbolos, caminar sobre diagramas de puntos, etc.

301 Lahey, B.; Schaughency, E.; Strauss, C. & Frame, C. “Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders?”. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 3, 302-309, 1984.

Este interesante trabajo pretendió responder la pregunta anterior. En síntesis, encontraron los investigadores que los niños ADHD exhibieron problemas de conducta agresiva, comportamiento bizarro, falta de sentimientos de culpa, resultaron ser muy impopulares y les iba mal en el colegio. En contraste, los niños ADD-no H resultaron ser más ansiosos, tímidos, retraídos socialmente, moderadamente impopulares, pobres para los deportes y con bajo desempeño académico.

Ambos grupos presentaron depresión y autoconceptos deficientes, sin embargo diferían en las áreas específicas en que se concentraba la baja autoestima. Los autores concluyen: “Estos patrones diferentes sugieren que el ADHD y el ADD-no H constituyen síndromes diferentes y no debieran ser considerados subtipos de un mismo trastorno”.

Hiperactividad, TDAH (ADHD) y alteraciones conductuales

Como puede apreciarse también en el **DSM IV**, en vigencia desde 1994 -y su revisión de 2002 **DSM IV-TR**- cuyos criterios explicitaremos en el punto que sigue, resulta interesante destacar la asociación entre el **ADHD** y los **trastornos de la conducta o de comportamiento disocial o antisocial**. La **CIE 10** también, manteniendo la denominación de **trastornos hiperkinéticos**, los clasifica en el mismo apartado en que van los **trastornos disociales**. Al punto se refiere en detalle Whalen³⁰²:



“Las categorías de trastornos de conducta y de hiperactividad presentan un solapamiento considerable. Los niños con alguno de estos diagnósticos pueden mostrar un cuadro de desobediencia, mentiras frecuentes, falta de atención, impulsividad, agresividad, destructividad u otras formas de conducta socialmente inapropiada.

En un estudio de solicitudes consecutivas de consulta en una clínica de psiquiatría infantil, Stewart, Cummings, Singer y de Blois encontraron que ‘tres de cada cuatro niños con trastornos de conducta tipo agresivo eran además hiperactivos, y dos de cada tres niños hiperactivos tenían, además, un trastorno de conducta’.

La autora dice que numerosos trabajos de investigación han distinguido dos dimensiones de amplio espectro en los trastornos infantiles:

- Una **internalizante** o de **hipercontrol**.
- Otra **externalizante** o de **hipocontrol**.

En páginas anteriores ya hemos hablado de **trastornos por internalización** y **trastornos por externalización**. Los que estamos analizando en este capítulo se caracterizan justamente por su hipocontrol. Kirby y Grimley (1992) sugirieron, incluso, cambiar la denominación “trastorno por déficit de atención” por el de “deficiencia autorreguladora”. Whalen se refiere al debate sobre “si la **hiperactividad** y el **trastorno de conducta** son simplemente etiquetas distintas para el mismo trastorno externalizante global”, o si existen trastornos relativamente diferenciables dentro de la categoría. Después de un minucioso análisis, con argumentos a favor de una u otra postura, concluye:



“No es posible todavía desenredar este embrollo taxonómico, pero estas consideraciones tienen importantes implicaciones para mejorar nuestra comprensión sobre las causas y el tratamiento más indicado de estos trastornos infantiles. Por ejemplo, hay indicaciones de que la agresividad infantil es más útil que la hiperactividad para poder predecir algunos aspectos de la evolución en la adolescencia (por ejemplo, conducta antisocial y baja autoestima), y ello indica el valor potencial de los programas terapéuticos enfocados específicamente a la conducta agresiva durante la infancia”.

302 Whalen, Carol K. “Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención”. La autora participaba en el Programa de Ecología Social de la Universidad de California a la fecha de este trabajo. En Ollendick y Hersen (1988).

En un documento sobre **disciplina escolar**³⁰³ preparado por la **CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)** en USA, se afirma que “frente a la denuncia del aumento en la incidencia de la violencia, de la conducta criminal y de la destructividad en las escuelas, los educadores a lo largo de los Estados Unidos están adoptando crecientemente políticas disciplinarias del tipo **tolerancia cero**”. Se reconoce que la disciplina escolar constituye un tema de enorme importancia para padres, educadores y público en general.

Adquiere significación especial la obligación de otorgar un **ambiente seguro de aprendizaje para todos los estudiantes**, incluidos aquellos con ADHD. La CHADD concuerda con esta necesidad. Aclara, no obstante, que hay un par de requisitos primordiales y esenciales para su logro:

1. Contar con una estructura disciplinaria predecible, racional y justa en el ambiente escolar.
2. La provisión de programas de desarrollo de habilidades de comportamiento para aquellos alumnos que manifiestan conductas incompatibles con los códigos disciplinarios utilizados en el medio escolar.

La preocupación de la CHADD reside en que, al parecer, cada vez con más frecuencia un número mayor de miembros de la comunidad educativa cree, erróneamente a su juicio, que los problemas disciplinarios que han llevado a implementar tales políticas han aumentado sustancialmente -si es que no han sido causados- **por los estudiantes de educación especial**, que no están sometidos a las políticas disciplinarias aplicadas a la población estudiantil general. Los que tienen tales convicciones desean limitar, en consecuencia, las medidas de protección que favorecen a los estudiantes de educación especial y quieren aumentar la discrecionalidad de los administradores escolares para ubicar a tales niños en ambientes alternativos o, mejor, eliminarlos de los colegios. En el documento en discusión, la asociación afirma que:

Existe muy escasa evidencia a favor de la creencia de que los niños con necesidades educativas especiales son mayoritariamente los responsables de los problemas en la disciplina escolar, y no tiene validez alguna la afirmación de que los procedimientos de protección para la educación especial interfieran de alguna manera las posibilidades de que los administradores escolares puedan tomar las medidas disciplinarias y de control necesarios en las escuelas.

La CHADD enumera una serie de abusos de que han sido objeto -o de circunstancias muy adversas que han debido enfrentar- los alumnos con ADHD, concluyendo su postura con varias recomendaciones a ser tomadas en cuenta por las autoridades competentes, para, así, revertir situaciones de esta naturaleza.

CONDUCTAS HIPERACTIVAS	CONDUCTAS AGRESIVAS
Se levantó del asiento en tres o más ocasiones durante la clase.	Golpeó, pateó o empujó a un compañero.
Habló cuando no le correspondía, al menos dos veces.	Discutió enojado.
Corrió por la habitación cuando debía trabajar o guardar silencio.	Se burló cruelmente de otro niño.

303 CHADD: Position Paper on School Discipline. Landover, MD, 06/18/2001.
http://www.chadd.org/papers/school_discipline>

Golpeteó con el lápiz, aplaudió, hizo ruido con los pies o con papel en cuatro ocasiones distintas.	Se negó desafiante a cumplir con las instrucciones u órdenes del maestro.
Dejó inconclusas dos o más tareas durante el día.	Le lanzó un objeto a una persona.
Formuló la misma pregunta una y otra vez.	Destruyó propiedad ajena.
No escuchó las instrucciones, y terminó por realizar una tarea diferente (incorrecta) a la de sus compañeros.	Forzó a otro chico a realizar algo en contra de su voluntad. Maldijo.
Revolvió anaqueles o armarios.	Golpeó, pateó o empujó a un adulto.

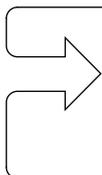
Fig. 12.4. Tabla comparativa de conductas hiperactivas y conductas agresivas, según Prinz y colaboradores.

Esta información complementa y confirma los datos relativos a la eventual **asociación entre ADHD y trastornos de conducta**, que, como se puede entrever, provoca más de alguna inquietud en los centros escolares. Kirby y Grimley (1992), sin embargo, citan estudios que permiten establecer diferencias importantes entre niños con ADHD y niños con **trastornos de conducta o disociales**, pese a que son muchas veces referidos juntos a tratamiento, y también a tratamientos similares. Los niños de este último grupo habían sido enviados a un programa de orientación familiar “para niños agresivos y fuera de control”. En uno de tales estudios al comparar las puntuaciones en las escalas de hiperactividad y agresividad del Cuestionario de Achenbach de Conducta Infantil, se pudo observar, entre otras cosas, que las conductas agresivas demostradas por ambos grupos eran **cualitativamente diferentes**:



“En tanto que los niños del programa de orientación familiar manifestaban agresividad premeditada a base de ira, con elementos de poder y venganza, los chicos con ADHD más a menudo parecieron efectuar actos esporádicos y no premeditados de agresión, sin ninguna fuerte base emocional”.

Esto resulta evidente en una lista comparativa de conductas **hiperactivas** y conductas **agresivas** que muestran los autores, basada en un trabajo de Prinz y colaboradores³⁰⁴, publicado en el Journal of Abnormal Psychology. Damos varios ejemplos en **fig. 12.4**. Whalen dice que el niño hiperactivo se ve con mucha frecuencia “metido en líos” con sus compañeros, profesores, familia, comunidad. Sus conflictos, sin embargo, **no obedecen a negativismo o malicia**. “En realidad, a menudo él mismo queda muy sorprendido cuando su comportamiento conduce a enfados y reproches por parte de los demás”.



Las **secuelas** que caracterizan a quienes han presentado síndrome por déficit atencional (en especial si este se ha visto matizado con rasgos de un trastorno conductual), académicas, sociales, laborales, en el autoconcepto, realización personal y social -y de las cuales da cuenta la literatura especializada- justifican ampliamente la importancia que damos al tema.

304 Prinz, R.; Connor, P. & Wilson, C. “Hyperactive and aggressive behaviors in childhood: intertwined dimensions”. J. of Abnormal Psychology, 9, 191, 1981.

Criterios para el diagnóstico, según el DSM IV

El **DSM IV** (y su revisión DSM IV-TR) contempla **3 subtipos básicos**, según el peso relativo que puedan tener en el sujeto los síntomas de **(1) desatención** y/o **(2) hiperactividad e impulsividad**, cuyo listado aparece en la letra **A**, y que transcribimos textualmente. Además, deben cumplirse los criterios señalados en las letras **B, C, D y E**.

De este modo, tenemos los subtipos:

- Trastorno por déficit de atención-hiperactividad, **tipo combinado**: si se satisfacen los criterios **A(1)** y **A(2)** durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención-hiperactividad, **tipo con predominio del déficit de atención**: si se satisface el criterio **A (1)**, pero no el criterio **A (2)** durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención-hiperactividad, **tipo con predominio hiperactivo-impulsivo**: si se satisface el criterio **A (2)**, pero no el criterio **A (1)** durante los últimos 6 meses.

A (1) o (2)

- (1) Seis -o más- de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

DESATENCIÓN

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices libros o herramientas).
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

- (2) Seis -o más- de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

HIPERACTIVIDAD

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- f. A menudo habla en exceso.

IMPULSIVIDAD

- g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h. A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).
- A** Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones estaban presente **antes de los 7 años** de edad.
- B** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en **dos o más ambientes** (por ejemplo, en la escuela -o en el trabajo- y en la casa).
- C** Deben existir pruebas claras de un **deterioro clínicamente significativo** de la actividad **social, académica o laboral**.
- D** Los síntomas **no aparecen exclusivamente** en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y **no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental** (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

Otros datos de interés que aparecen en el DSM IV³⁰⁵ y que conviene tener en cuenta son:

Prevalencia: Entre el **3 y el 5%** en los niños en edad escolar. Los datos de su prevalencia en la adolescencia y la vida adulta son imprecisos.

El trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón-mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica).

Curso: La mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, coincidiendo frecuentemente con el desarrollo de la locomoción independiente.

Sin embargo, puesto que muchos niños pequeños sobre-activos no llegan a desarrollar un trastorno por déficit de la atención e hiperactividad, **es preciso ser cautelosos al establecer este diagnóstico en los primeros años de vida.**

Habitualmente, el trastorno es diagnosticado por vez primera los años de enseñanza básica, cuando queda afectada la adaptación escolar.

En la mayoría de los casos visitados en los centros clínicos, el trastorno se mantiene **relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia.**

En **muchos sujetos** los **síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta**, aunque **una minoría** experimenta el **cuadro sintomático completo** del trastorno en plena edad adulta.

Otros adultos pueden mantener **sólo algunos de los síntomas**, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de **“trastorno por déficit de atención-hiperactividad, en remisión parcial”**.³⁰⁶

305 El Breviario del DSM IV TR (2002) incluye dos situaciones en la descripción del “trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”:

1. Individuos cuyos síntomas y alteraciones satisfacen los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, del tipo con predominio del déficit de atención, pero en los que la edad de inicio del trastorno es de 7 años o más.
2. Individuos con alteraciones clínicamente significativas que presentan inatención y cuyo patrón de síntomas no cumple todos los criterios del trastorno, sino que presentan un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensañación e hipo-actividad.

306 Como se aclara en el mismo manual, este diagnóstico se aplica a sujetos que ya no sufren el trastorno completo, pero que todavía presentan algunos síntomas que causan alteraciones funcionales.

Se explica también en el DSM que en el período final de la niñez y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva (por ejemplo, correr y saltar en exceso, no permanecer sentado), de tal manera que **los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a inquietud motora o un sentimiento interno de desazón (inquietud, intranquilidad)**. En la **vida adulta**, se explica en el manual, la inquietud motora puede dar lugar **a dificultades para participar en actividades sedentarias, así como a la evitación de pasatiempos y ocupaciones que dan pocas oportunidades para el movimiento espontáneo**.

En la **CIE 10** de la **OMS**, el ADHD se denomina **Trastorno de la Actividad y la Atención**, y viene incluido dentro del grupo de los Trastornos Hiperquinéticos.

Los síntomas de impulsividad también suelen ocasionar problemas con las normas familiares, escolares, y relaciones interpersonales, especialmente en la adolescencia. En general, a diferencia de los niños y jóvenes sobre-activos o muy activos, la conducta motora de los niños y jóvenes con TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo es **desorganizada, sin un objetivo claro**. Los clínicos suelen caracterizar la forma que asume el trastorno, tanto en el colegio -especialmente en la sala de clases- como en el hogar:

- En la **sala de clases**: entre otras cosas, el niño no completa sus tareas; tiene dificultades para organizar su trabajo; parece que no escucha o no oye lo que le dicen; su trabajo es descuidado, impulsivo, con errores, omisiones, inserciones, falsas interpretaciones; en situación grupal, las cosas se hacen aun más difíciles.
- En la **casa**: continuos fracasos en llevar a cabo las instrucciones y demandas de los papás; dificultades para mantenerse de manera constante en alguna actividad, incluso en juegos; actividad motora excesiva, llamativa. Cuando adolescentes, se trata de jóvenes impacientes, agitados.



No hay que olvidar, sin embargo, que la mayoría de los niños que no atienden a tareas, lecciones y explicaciones del profesor, **no cumplen con los criterios del TDAH**.

Su desatención obedece, en especial, a factores **motivacionales** y así prefieren concentrarse en actividades u objetos que les resultan más atractivos.

Comorbilidad

Chamorro³⁰⁷, neurólogo con vasta experiencia en docencia en al área de la neuropsicología en universidades de Chile, explica:

307 Chamorro, Rodrigo: "Trastornos por déficit atencional: desafíos, mito y realidad". En Scagliotti, J. y Pinto, A.: "Dificultades del aprendizaje: avances en psicopedagogía". Serie Monografías en Educación. PUC, Santiago de Chile, 1997.

Más recientemente (2007 en adelante) ha elaborado documentos muy valiosos en el área, de apoyo a la docencia, entre ellos: "La impulsividad: modelo neurobiológico. Abordaje modelo educación-salud" en el que comienza afirmando:

"Si realizamos una revisión de los modelos neuropsicológicos, tanto de la mantención de la atención, como los modelos planteados para la toma de decisiones y su ejecución, tendremos la más profunda convicción que la clasificación usada por nosotros los clínicos (DSM IV), mantiene una sideral distancia entre lo que ocurre en el cerebro de un niño y los diagnósticos y las decisiones terapéuticas, que un errado diagnóstico conlleva. Esto ha permitido tener una mirada simplista que conduce a hacer diagnósticos y tratamientos erróneos, basados en apoyos neurofarmacológicos, los que evidentemente no solucionan los síntomas que el niño presenta, y lo que es más grave aún, ha significado exponer innecesariamente a nuestros pacientes a tratamientos que encubren problemáticas que tendrían un fluido canal de salida, si tomásemos una mirada desde la Neuropsicología y la Neurobiología".



*“De todos es conocida la asociación con los trastornos específicos del aprendizaje, donde parece cada vez más necesario determinar si la distractibilidad aparece luego de la presencia de dificultades escolares o es previa a estas, a objeto de tratar adecuadamente al paciente. En un estudio realizado por nuestro equipo, hemos encontrado un 49 % de comorbilidad excluidos los TEA. La mayor incidencia está vinculada a trastornos del ánimo y a conductas disruptivas (oposicionismo desafiante)”.*³⁰⁸

Chamorro detalla que han encontrado relaciones con otros cuadros en las siguientes proporciones: trastornos ansiosos: 15%; trastornos depresivos: 12%; oposicionismo desafiante: 9%; trastorno obsesivo compulsivo 3%.

El DSM IV, en lo que respecta a **trastornos y síntomas asociados**, afirma que tales características **varían en función de la edad y del estado evolutivo**, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, autoritarismo, labilidad emocional, insistencia excesiva en que se satisfagan las peticiones, disforia,³⁰⁹ desmoralización, rechazo por parte de compañeros, baja autoestima. En el mismo manual se afirma que:



“En su forma grave el trastorno es muy perturbador, afecta la adaptación social, familiar y escolar. Una sustancial proporción de niños atendidos en centros clínicos a causa de su trastorno por déficit de atención con hiperactividad sufren también un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. Puede presentarse también una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación”.

Shaw (1999), con gran experiencia en el trabajo con **jóvenes universitarios con TDAH**, enumera una serie de rasgos que suelen caracterizarlos:

- No se despiertan a tiempo para las clases.
- No se concentran con facilidad en ellas.
- No planifican sus actividades.
- Olvidan citas y compromisos.
- Sin embargo, les va bastante bien en los cursos que les gustan.
- Pero tienden a sacar notas bajas en los otros.

En lo relativo a **comorbilidad**, este autor encontró que en su Universidad (Brown) un 25 % de los alumnos con TDA son también disléxicos; un 10%, presentan depresión u otra condición psicológica. Nótese que no se trata de una muestra clínica, sino de alumnos que han sido seleccionados para seguir estudios superiores, por tanto no incluyen sujetos con manifestaciones graves del trastorno. Entre ellos, los mejores rendimientos los obtienen los que son solamente disléxicos; vienen a continuación los con TDA sin dislexia. Los peores logros corresponden a los que presentan ambas condiciones. El autor examina el **TDAH** en las **perspectivas actuales**, donde se le ve más bien como un **desorden de la intención que de la atención** y, además,

308 El “trastorno negativista desafiante” –siguiendo el DSM- corresponde a un patrón de comportamiento muy negativo, hostil y desafiante, que se caracteriza por conductas tales como encolerizarse a cada rato; tener pataletas; discutir con los adultos, desafiarlos activamente o negarse a cumplir sus demandas; molestar deliberadamente a otras personas; o culpar a otros de los propios errores o mal comportamiento; ser rencoroso o vengativo, colérico, no saber tolerar bromas... etc.

309 Sentimientos de ansiedad, depresión e inquietud.

como una **ineficacia en la inhibición del comportamiento**, todo lo que es provocado por un fracaso en el desarrollo del cerebro. Ello explica la persistencia del cuadro en la edad adulta.

Al tenor de lo anterior, Shaw ayuda a los alumnos afectados por medio del desarrollo de una serie de **habilidades** que les son imprescindibles:

- ¿Cómo fijar prioridades?
- ¿Cómo manejar su tiempo?
- ¿Cómo crear un ambiente donde se pueda estudiar efectivamente?
- ¿Cómo seleccionar cursos gestionables?
- ¿Cómo pedir ayuda?
- ¿Cómo despertarse a tiempo?

Requiriendo tales alumnos mayor **estructuración**, se hace aconsejable usar con ellos **avisos y señales externas** que les recuerden las reglas, horarios, los intervalos de tiempo. Conviene utilizar **reforzadores** simbólicos inmediatos. Hay que aconsejarlos, además, a dividir las tareas futuras en pasos pequeños, bien secuenciados.

Algunos alcances y explicaciones biológicas.

El hecho de que, con mayor probabilidad, hermanos -y más aun, gemelos- de niños con TDAH presenten el síndrome, es una prueba de que hay factores de naturaleza genética implicados. Whalen (1988) en su completa revisión del tema de la hiperactividad y el TDA, puntualiza a este respecto:

- Un importante número de padres de niños hiperactivos mostraron signos de hiperactividad durante su infancia.
- Los niños hiperactivos (pero, curiosamente, no las niñas hiperactivas), comparados con sus compañeros normales, suelen tener hermanos del mismo sexo que son también hiperactivos.
- Los que son hermanos completos de niños hiperactivos muestran un patrón de conducta hiperactiva con mayor frecuencia que los que sólo son hermanos por uno de los padres.

Shaw resume así el punto:

- Es 5 veces más probable que los hermanos de niños con TDA desarrollen el síndrome.
- Es 11 veces más probable que los gemelos de niños con TDA desarrollen el síndrome.

Whalen después de examinar en detalle la cuestión basándose en una serie de investigaciones, concluye:



“Desafortunadamente, los resultados de los estudios familiares y de gemelos están lejos de ser coherentes entre sí, y las limitaciones metodológicas oscurecen nuestro conocimiento sobre las contribuciones genéticas. A pesar de los recientes avances técnicos, es todavía difícil deslindar las determinaciones genéticas de las ambientales”.

Entre otras razones, la autora explica que “los hijos de padres hiperactivos o antisociales pueden no únicamente tener diferente composición genética, sino que probablemente están expuestos a un ambiente familiar anómalo”.

Según **Aboitiz**, joven investigador chileno³¹⁰, “existe aparentemente un sustrato genético para el déficit atencional y la hiperactividad”. Destaca, como un fenómeno interesante, que en los últimos años, en que los desafíos son cada vez mayores y existe una estimulación más rica que promueve el desarrollo intelectual, **también se han hecho más comunes trastornos neuropsicológicos**, como el síndrome de déficit atencional:



*“Esto nos sugiere que existen factores sociales importantes en este tipo de enfermedades; es decir, que son condiciones que posiblemente se observan con mayor frecuencia en ciertas circunstancias ambientales”.*³¹¹

Las condiciones ambientales marcan diferencias entre los individuos. Si tales condiciones no son demasiado exigentes y demandantes, algunas patologías pueden pasar inadvertidas. En caso contrario, las limitaciones se hacen evidentes.³¹²

Si bien hay estudiosos que han atribuido a variables psicológicas y culturales las causas de la hiperactividad y el déficit atencional, tales factores, aunque se ha demostrado no son los agentes causales primarios, no deben ser sin más desatendidos. Como explica Carol Whalen en el trabajo antes citado, los investigadores y clínicos han ido dejando de lado el énfasis puesto en la “deficiencia del niño” y **se han ido centrando en una perspectiva más ecológica que contempla las interacciones entre el niño y la situación:**



“Existe una serie de datos que sugieren que algunos niños nacen con una constitución de alto riesgo (por ejemplo, sistema nervioso lábil o un temperamento difícil), y que el desarrollo de los problemas de conducta y aprendizaje dependen no únicamente de su dotación biológica, sino también de los factores ambientales, como la capacidad de adaptación y tolerancia de la familia, características psicológicas y socioeconómicas, y los acontecimientos vitales estresantes”.

Aboitiz, al referirse a las causas neurobiológicas para el TDAH, señala que se ha postulado a su base un **déficit en la transmisión de la dopamina, neurotransmisor relacionado con una serie de mecanismos implicados en el alerta y la activación motora**. “Fármacos como el ritalín y las anfetaminas actúan facilitando la acción de la dopamina, lo que explica su característico efecto terapéutico en los niños con déficit atencional”.³¹³ Whalen (1988) se había

310 Francisco Aboitiz, quien fuera Director del Programa de Morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, U. De Chile. Actualmente trabaja en la P. Universidad Católica de Chile. Las referencias que haremos a su trabajo provienen del artículo publicado en la sección Ciencia del cuerpo “Artes y Letras” de “El Mercurio”, 24 de marzo 2002, titulado: “Adaptación al mundo moderno: el síndrome de déficit atencional”.

Aboitiz sigue investigando, haciendo docencia y publicando. Los aportes que anotamos en estas páginas, en consecuencia, están sujetos a modificaciones a medida que el investigador da cuenta de nuevos hallazgos.

311 A este respecto cita un ejemplo que solía traer a colación el gran neurólogo Geschwind: el músico Antonio Vivaldi creó una escuela en que se enseñaba a los niños a ser músicos a muy temprana edad. Geschwind especulaba que en esas condiciones podrían haber aparecido muchas patologías del aprendizaje musical si se hubieran hecho extensivas para la población general.

En otras palabras, si se obligara a todos los niños a aprender lectura y escritura de signos musicales y demostrar “buen oído”, habría ciertamente muchos “dismúsicos”, además de los disléxicos y discalculicos.

312 Aboitiz llama a ser cautos, no obstante, con los datos relativos a la prevalencia del síndrome de déficit atencional, ya que el sobre diagnóstico que se observa actualmente, sigue a un probable sub diagnóstico anterior.

313 Cita algunas regiones cerebrales involucradas en esta patología: a la base del cerebro está el área del tegmento ventral donde hay un grupo de

ocupado también del hallazgo acerca de que los niños hiperactivos podrían sufrir un déficit de algún neurotransmisor, siendo la hipótesis con más viabilidad, ya a la fecha, una depleción o hipoactividad dopaminérgica. Cita trabajos de finales de los '70, y apunta a este respecto:



“...la hipótesis del déficit dopaminérgico es coherente además con el hecho de que las anfetaminas mejoran las conductas problemáticas de muchos niños hiperactivos y que también aumentan la disponibilidad de dopamina en el cerebro”.³¹⁴

Aboitiz avala su afirmación de que “aparentemente hay un sustrato genético para TDAH” a partir de observaciones que sugieren que algunas variantes (o alelos) de genes relacionados con la función dopaminérgica se asocian al TDAH y a las conductas adictivas:



“Por mencionar algunos, se encuentran alelos del gen que codifica un transportador de dopamina, y de genes que codifican algunas formas de receptores de dopamina (los receptores son moléculas que captan la dopamina en las neuronas del núcleo accumbens). Existen diversos tipos de receptores de dopamina, cada uno codificado por un gen distinto, y cada uno de estos genes posee a su vez una variedad de alelos. Algunos de estos alelos han sido asociados al déficit atencional y a la adicción”.³¹⁵

El investigador da una serie de detalles técnicos relativos a hallazgos recientes que confirmarían estas hipótesis, por lo que recomendamos al lector interesado examinar directamente su trabajo. En la revisión que hace Shaw del ADHD, que hemos estado comentando, cuando alude a las **áreas cerebrales implicadas**, nombra, por la relevancia que le asignan diferentes autores, el cortex prefrontal, el núcleo caudado, el globus pallidus y la región del vermis. **Tales áreas estarían implicadas en la “edición” del comportamiento, en la resistencia a las distracciones, en la motivación y la concienciación del tiempo**, entre otras cosas. En relación al uso de **fármacos**, queda de manifiesto en las citas anteriores, tanto de Whalen como de Aboitiz, que producen un efecto evidente. Aclara, sin embargo, Chamorro (1997) que, en realidad **son un elemento de apoyo** en el tratamiento³¹⁶, pero **no constituyen ‘el tratamiento’**

células productoras de dopamina, que se conectan con otro grupo de células, el núcleo accumbens. Ambos puntos habían sido reconocidos desde hace muchos años, en experiencias con animales, como “regiones del placer”: las ratas que podían auto-estimularlas por medio de un electrodo, se hacían “adictas” a tal excitación, dejando, incluso de comer. De hecho, explica Aboitiz, prácticamente todas las drogas adictivas estimulan el área del tegmento ventral y aumentan la liberación de dopamina en el núcleo antedicho.

Ahora se ha descubierto que estas dos zonas también están muy relacionadas con los mecanismos de alerta y atención, y se activan frente a estímulos novedosos, en especial si tienen relevancia para la conducta inmediata que el organismo está llevando a cabo. En los pacientes con déficit atencional estos mecanismos fallan en su contribución al “filtraje” de estímulos que supone la atención, dándose una incapacidad para inhibir estímulos distractores que atentan contra la ejecución de una tarea cognitiva determinada.

314 Carol Whalen dice también que los avances teóricos y técnicos han llevado a una “explosión de conocimientos” sobre los “mensajeros químicos”. Así, se ha venido achacando a irregularidades del metabolismo de los neurotransmisores una heterogénea colección de trastornos infantiles y adultos, incluyendo los trastornos afectivos unipolares y bipolares, la esquizofrenia, el autismo infantil, la epilepsia, el cuadro de Gilles de la Tourette o de los tics múltiples crónicos.

315 Este autor destaca que “una alta proporción de pacientes por adicción a sustancias poseen una historia de déficit atencional; tanto es así, que se ha postulado una relación entre ambas patologías. Hoy se habla de ‘personalidad buscadora de novedades’, que corresponde a individuos con gran impulsividad y amantes de situaciones riesgosas, los que suelen haber tenido una historia de déficit atencional, y muchos de ellos caen en la adicción o en el juego (que es otra forma de adicción). Una interpretación es que la deficiencia en la transmisión de dopamina leve a estas personas a buscar inconscientemente (a veces con muchas ansias, tal como un adicto busca la droga) formas de activar dicho sistema dopaminérgico, y esto los hace especialmente vulnerables a la exposición a las drogas”.

316 Los neuropsicofármacos de uso frecuente en el ADHD que nombra Chamorro corresponden a las variedades: Psicoestimulantes (anfetamina, metilfenidato, metanfetamina, pemolina). Antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol, periciazina, tioridazina). Antidepresivos (imipramina, clomipramina, amitriptilina, desipramina, fluoxetina). Agonistas alfa-adrenérgicos (clonidina).

Shaw anota sus nombres comerciales: Estimulantes: Ritalin (metilfenidato), Dexedrina (dextroanfetamina), Cylert (pemolina), Adderall (anfetamina). Su lista incluye también antidepresivos y agonistas alfa-adrenérgicos.

de los pacientes. El trabajo debe necesariamente ser multidisciplinario e incluir a la familia. Es preciso diseñar estrategias de autocontrol y de apoyo en la organización del trabajo, junto al desarrollo de habilidades sociales.

Lo cierto es que la medicación -objeto de polémica- ayuda, pero no cura el trastorno. A este punto se refirió con propiedad Sylvia Farnham-Diggory (1980) hace ya tres décadas:



“Hace pocos años se pensaba que una medicación estimulante (a menudo, metilfenidato) podría, paradójicamente, reducir la capacidad de distracción del niño, y hacerle más adaptable a los métodos de instrucción. Se pensaba que la hiperactividad podría ser superada naturalmente durante la adolescencia.

Este último supuesto ha sido ahora descartado. Estudios longitudinales han demostrado que los niños hiperactivos evolucionan como adolescentes y adultos hiperactivos. Puede cambiar la naturaleza de la hiperactividad y en algunos casos es probablemente más tolerable que en otros. Todos conocemos adultos que ‘no pueden estar sentados un minuto’, pero están siempre tan útilmente ocupados que no podrían ser descritos como anormales”.

La autora da una serie de razones por las que se hace muy difícil una investigación concluyente sobre el aspecto farmacológico -incluidas consideraciones éticas- y advierte sobre los efectos colaterales y hasta perjudiciales de algunas de tales drogas. Por lo demás, no se ha comprobado aun el efecto de la medicación en el aprendizaje complejo (lectura, escritura, solución de problemas). Whalen (1988) también se refirió al tema en su completa revisión del trastorno. Extractamos algunos puntos sustantivos:



“...el tipo de tratamiento más importante para los niños hiperactivos ha sido la medicación estimulante. La mayoría de los niños con este diagnóstico han recibido alguna vez metilfenidato, dextroamfetamina o la más moderna pemolina, durante sus años escolares, y del 60% al 90% de estos niños muestran notables mejorías en uno o más aspectos conductuales (aunque no académicos). Las mejoras conductuales que a menudo siguen el tratamiento estimulante son un alivio para el niño y sus allegados. La medicación ayuda a ‘regular’ las interacciones familiares y el ambiente en clase, permitiendo a los padres, compañeros y profesores volver al ritmo normal de la vida y del trabajo. Los niños hiperactivos a menudo comentan que desde que han empezado a ‘tomar pastillas’ no se meten tanto en problemas y que la gente parece apreciarles más”.

*“Sin embargo, las primeras esperanzas sobre estas ‘pastillas mágicas’ se han visto recortadas por la confrontación con la realidad empírica, es decir, con las decepcionantes evoluciones obtenidas en estudios a largo plazo de niños hiperactivos conforme alcanzan la adolescencia y la vida adulta. La mejoría a corto plazo frecuentemente corroborada, no parece convertirse en mejoras a largo plazo, y la relación entre el tratamiento específico y los resultados finales está por demostrar. Además, existe gran preocupación sobre la toxicidad psicológica y fisiológica”.*³¹⁷

La autora concluye haciendo ver la **necesidad de intervenciones multimodales**, idea compartida por los clínicos en general. Junto a la medicación -si es el caso de utilizarla a juicio de un neurólogo de niños y adolescentes especializado en el área- el trabajo fundamental queda

317 Barkley, R. (“A review of stimulant drug research with hyperactive children”. J. Child Psychol. & Psychiatry, 18, 137-165, 1977) ya se había referido a los beneficios a corto plazo para los niños con hiperactividad o problemas atencionales con el uso de drogas estimulantes, haciendo ver que su ventaja a largo plazo en lo social, académico o psicosocial es mínimo.

reservado a los programas de desarrollo de habilidades sociales y académicas. Otra discusión completa y bastante actualizada acerca del tratamiento farmacológico, con hallazgos que respaldan la reivindicación de su eficacia -junto a algunas preocupaciones legítimas acerca de la medicación- puede encontrarse en **Wicks-Nelson e Israel** (1997). Entre los datos de interés que allí aparecen, **los fármacos estimulantes también reducirían las conductas agresivas, de desobediencia y desafiantes**. Los autores además afirman que, desde que se hizo evidente que muchos niños no se “curaban” del ADHD “con la edad”, se comenzó a tratar a los adolescentes con medicación. Otro dato novedoso es el siguiente:



“A primera vista, antes parecía extraño que el aumento de la activación mediante estimulantes pudiera beneficiar al TDAH, y por lo tanto se decía que los efectos eran paradójicos. Esta idea de los efectos paradójicos ahora está descartada. De hecho, los estimulantes influyen en los niños normales y en los adultos, así como en los que tienen un TDAH, centrando la atención y otros efectos similares. Quizá no sea sorprendente que los padres y los profesores interactúen de forma más positiva y utilicen menos conductas de control con los niños con TDAH que están sacando provecho de la medicación. Así, pues, el tratamiento farmacológico no sólo podría beneficiar a los niños de forma directa, sino también a través de la mejora de las relaciones sociales”.

Procedimientos de detección

No es propósito de este manual tratar lo relativo a los procedimientos de evaluación para cada cuadro en particular. La abundancia de artículos y manuales especializados en los diferentes temas, junto a la creciente elaboración de nuevos tests -también en el país- han ido llenando paulatinamente esa necesidad. Sin embargo, en atención a la preocupación de padres y profesores por los efectos tan negativos de los trastornos de la atención, de la hiperactividad e impulsividad en el ámbito familiar, escolar y social (ello unido a su sobre-diagnóstico, lo que ha llevado a un posible abuso en la medicación) se hace necesario hacer una breve referencia a medios que pueden contribuir a identificar con mayor certeza tales trastornos a fin de tomar con la debida oportunidad las medidas que el caso aconseje.

Es importante, en primer lugar, evaluar las conductas desadaptadas a la luz de la **etapa del desarrollo del niño**. Un trabajo cuidadoso -si bien muy antiguo- que revisa en detalle las diferentes etapas del desarrollo (infancia, etapa preescolar, niñez media) destacando los **síntomas más característicos o indicadores de hiperactividad** que suelen darse en ellas -**distinguiéndola de la sobre actividad**- es el de Kernberg.³¹⁸ Wicks-Nelson e Israel (1997) apuntan que **el cometido principal aquí es describir el funcionamiento del sujeto dentro de un contexto social**, de forma que pueda dictaminarse sobre la normalidad y los posibles tratamientos. En la primera parte de este manual nos referimos con algún detalle a los criterios de normalidad-anormalidad, los que en el caso del TDAH cobran especial relevancia, más aun al tener que considerar su frecuente comorbilidad con otros trastornos. Los autores se refieren a tres procedimientos principales para recoger información que oriente la toma de decisiones: las **entrevistas** (describen aquí

318 Kernberg, Paulina: “Disfunción cerebral mínima”. En: “El niño con dificultades para aprender”. L. Bravo (coord.) Edit. Galdoc, Santiago, 1980. La autora se basó en este punto especialmente en el libro de D. Ross & S. Ross sobre hiperactividad, del año 1976, que llegó a ser un clásico en la materia.

en detalle el formato de entrevista propuesto por **Barkley**³¹⁹, quien ha desarrollado también listas de cotejo); la **observación directa** (en diferentes contextos); y las **escalas de calificación**. Dentro de estas últimas hay una gran abundancia en lengua inglesa.

Para el equipo de Kirby y Grimley (1992), con gran experiencia en diagnóstico y rehabilitación, la **entrevista con los padres** contempla 3 partes:

- En la **1ª**, junto con registrarse los datos del niño y si este ha recibido ayuda profesional, medicación, y verificar la opinión de los padres acerca de los efectos de dicha medicación, se trata de reconstituir la historia abreviada de su desarrollo para comprender mejor las dificultades actuales:
 - ▶ ¿Ocurrió alguna irregularidad en el embarazo o nacimiento?
 - ▶ ¿Algún traumatismo, lesión en la cabeza, etc.?
 - ▶ Edad en que comenzaron los problemas y breve descripción de estos.
 - ▶ Descripción del niño durante la lactancia (dificultad para sujetarse a horarios; sensibilidad al ruido; reacción al cambio; nivel de actividad).
 - ▶ Descripción del niño durante su primera infancia (nivel de actividad; estado de ánimo; relaciones con los demás).
- La **2ª** parte consiste en un instrumento (ver **fig. 12.5**) hecho a base de las conductas o síntomas característicos de los niños con TDAH, adaptado por algunos autores a partir del DSM III, y que el clínico lee a los padres o adultos a cargo del niño. Incluye reactivos que corresponden a los tópicos:
 - Hiperactividad.
 - Falta de atención.
 - Impulsividad.
 - Interacción con los compañeros.
- La **3ª** parte de la entrevista consiste en el **HSQ** (Home Situations Questionnaire) de **Barkley** algo modificado. En el cuestionario original, explican Kirby & Grimley, los padres debían calificar cada situación en una escala de 1 (leve) a 9 (grave). Se redujo la escala a sólo 3 opciones, permitiendo una comparación más directa con el PSQ (Parent Symptom Questionnaire) de Conners (el cuestionario más conocido y utilizado).

	Nunca	Un poco	Bastante	Demasiado
¿Corre o trepa por las cosas excesivamente?				
¿Le es difícil permanecer sentado?				
¿Le es difícil seguir una actividad de juego?				
¿A menudo parece no escuchar?				
suele actuar antes de pensar				
¿Tiene problemas para organizar su trabajo? (no por deterioro cognoscitivo)				
¿Cambia demasiado de una actividad a la otra?				
¿Pelea, golpea, da puñetazos?				
¿Se niega a participar en actividades de grupo?				
Etc.				

Fig. 12.5. Ejemplos de conductas o síntomas del instrumento utilizado por Kirby y Grimley en la entrevista a los padres.

319 Barkley, R.A. "Hyperactivity". En E. Mash y L. Terdal (eds.) "Behavioral assessment of childhood disorders". Guilford Press, N.York, 1981.

Barkley, R.A. "Attention deficit disorder with hyperactivity". En E. Mash & L. Terdal (eds.) "Behavioral assessment of childhood disorders. Selected core problems". Guilford Press, N.York, 1988 a.

Barkley, R.A. "Child behavior rating scales and checklists". En M. Rutter, A. Tuma & I. Lann (eds.) "Assessment and diagnosis in child psychopathology". Guilford Press, N.York, 1988 b.

El HSQ (Home Situations Questionnaire) se basa en la pregunta: ¿Manifiesta el niño algún problema de conducta en alguna de estas situaciones? El adulto debe responder **Sí** o **No** y, en caso positivo, marcar la respuesta pertinente (qué tan graves son los problemas). En fig. 12.6 anotamos algunas de las situaciones que trae el instrumento. Entre las **escalas de calificación** más utilizadas (también en Chile) están los cuestionarios de **Keith Conners** para padres PSQ (Parent Symptom Questionnaire) y profesores TRS (Teacher Rating Scale).³²⁰ El **Cuestionario de Síntomas para Padres (PSQ)**, en su versión de 48 reactivos -que es la que traen Kirby & Grimley- incluye, por ejemplo, 10 de ellos destinados a medir hiperactividad. Un análisis factorial generó los cinco siguientes **factores**:

- Problemas de atención-aprendizaje.
- Problemas de agresividad-conducta.
- Problemas de impulsividad-hiperactividad.
- Dificultades psicósomáticas.
- Alteraciones por ansiedad.³²¹

¿Manifiesta el niño algún problema de conducta en alguna de estas situaciones?			En caso positivo, ¿qué tan graves son?:		
	Sí	No	Un poco	Bastante	Demasiado
Al jugar solo.	Sí	No	+	+	+
Al jugar con otros niños.	Sí	No	+	+	+
En las comidas.	Sí	No	+	+	+
Al vestirse.	Sí	No	+	+	+
Cuando Ud. habla por teléfono.	Sí	No	+	+	+
Al tener visitas en la casa.	Sí	No	+	+	+
Al ir de visita a otra casa.	Sí	No	+	+	+
En la escuela.	Sí	No	+	+	+
Etc.	Sí	No	+	+	+

Fig. 12.6. Algunos ítems del (HSQ) Home Situations Questionnaire de Barkley, modificado por Kirby & Grimley.

El padre (o adulto a cargo del niño) debe indicar frente a cada reactivo con una marca (✓), cuál es la opción que mejor califica la conducta: **NUNCA – UN POCO – BASTANTE – DEMASIADO**. El instrumento detecta también a aquellos niños que encajarían mejor en los cuadros de síndrome agresivo infantil o trastorno conductual. Algunos ejemplos de reactivos del PSQ:

320 Conners, C.K. "A teacher rating scale for use in drug studies with children". Am. J. of Psychiatry, 126, 885-888 (1969). Aparece citada en Kirby & Grimley. Chamorro (1997) cita algunos trabajos más recientes de esta autora, entre ellos: Conners, C.K. "Attention deficit hyperactivity disorder". MMV, Medizin Verlag, München, 1990.

321 Vale la pena mencionar que aquellos niños que obtienen puntajes altos en la escala de ansiedad parecen no responder tan bien a la medicación estimulante. Dicha escala incluye reactivos del tipo:

- Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones; de gente desconocida u otros lugares; de ir a la escuela).
- Es tímido.
- Se preocupa más que los otros niños (por quedarse solo; por enfermar o morir).
- Permite que abusen de él.

Ver, a este respecto, la nota de este mismo capítulo donde se comparan los niños ADD con los niños ADHD.

- ▶ Manipula cosas (uñas, dedos, cabello, ropa).
- ▶ Es impertinente con las personas mayores.
- ▶ Tiene dificultades para hacer o conservar amigos.
- ▶ Es excitable, impulsivo.
- ▶ Busca pleitos.
- ▶ Es inquieto; le gusta retorcerse.
- ▶ Es destructivo.
- ▶ Se mete en más problemas que otros chicos de su edad.
- ▶ Abusa de los demás.
- ▶ Sufre de dolores de estómago.
- ▶ Vomita o siente náusea.
- ▶ Dice mentiras o historias falsas.
- ▶ Hurta.
- ▶ Deja cosas inconclusas.
- ▶ Abusa de los demás.
- ▶ Se distrae o no puede concentrarse.
- ▶ Es cruel.
- ▶ Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar; no es independiente; requiere que constantemente se le apoye).
- ▶ Tiene dolores de cabeza.
- ▶ Se frustra con facilidad si fracasa.
- ▶ Le desagradan o se niega a seguir reglas u observar restricciones.
- ▶ Etc.

La TRS³²² (Teaching Rating Scale) o **cuestionario para el profesor de Conners** consta en su versión original de 39 reactivos y es -a juicio de Kirby & Grimley- la escala de valoración para maestros más utilizada y mejor investigada de que se dispone. Como el PSQ, sirve no sólo para niños con TDA y TDAH, sino también para los que presentan conductas disociales, perturbadoras. En Chile y otros países de Latinoamérica circulan algunas versiones. Al profesor se le recomienda marcar todos los reactivos, los que corresponden a 3 grupos: **1. Conductas en el aula. 2. Participación en el grupo. 3. Actitud hacia la autoridad.** Al igual que en la versión para padres, el profesor debe indicar en cada reactivo con una marca cuál es la opción que mejor califica la conducta: **NUNCA – UN POCO – BASTANTE – DEMASIADO.**

Anotamos, algunos reactivos para cada rubro:

1. Conductas en el aula:

- ▶ Juguetea constantemente.
- ▶ Tararea y emite otros ruidos raros.
- ▶ Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato; se frustra con facilidad.
- ▶ Inquieto o activo en exceso.
- ▶ Excitable, impulsivo.

³²² Para revisiones en inglés, ver:

Goyette, C.H.; Conners, C.K. & Ulrich, R.F. Normative data on the revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236, 1978.

Conners, C.K. *Conners Parent Rating Scales*. Multi-Health Systems. North Tonawanda, N.Y., 1989 a.

Conners, C.K. *Conners Teacher Rating Scales*. Multi-Health Systems. North Tonawanda, N.Y., 1989 b.

- ▶ No pone atención; se distrae con facilidad.
- ▶ Deja inconclusas las cosas que empieza; no enfoca su atención por períodos prolongados.
- ▶ Excesivamente sensible.
- ▶ Sueña despierto.
- ▶ Molesta a otros niños.
- ▶ Destructivo.
- ▶ Miente.
- ▶ Etc.

2. Participación en el grupo:

- ▶ Se aísla de otros niños.
- ▶ Parece ser rechazado por el grupo.
- ▶ Se deja llevar con facilidad.
- ▶ No tiene sentido de lo que es jugar con equidad.
- ▶ Provoca a otros chicos o interfiere sus actividades.
- ▶ Etc.

3. Actitud hacia la autoridad:

- ▶ Sumiso.
- ▶ Desafiante.
- ▶ Insolente.
- ▶ Tímido.
- ▶ Obstinado.
- ▶ Se afana mucho por complacer.
- ▶ Etc.

Procedimientos psicopedagógicos para facilitar el autocontrol

Ya adelantamos que Kirby & Grimley propusieron cambiar la denominación de “trastorno por déficit de atención-hiperactividad” por **deficiencia auto-reguladora** y que Shaw destacaba en el síndrome, junto a una **ineficacia en la inhibición del comportamiento**, un **desorden de la intención** más que de la atención. Ahora nos ocuparemos de cuestiones que avalan de alguna manera estas propuestas, si bien será necesario hacer algunas consideraciones acerca de la **atención** propiamente, ya que refleja y concentra aspectos medulares del síndrome. En Chile, contamos con numerosos trabajos acerca del TDAH, por lo general publicados en revistas especializadas o en manuales editados con la colaboración de eruditos. A modo de ejemplo, el manual de Meneghello y Grau (2000), en el que colaboraron especialistas latinoamericanos, trae siete trabajos directamente relacionados con la materia.³²³ El lector interesado podrá encontrar en él tópicos y aspectos no incluidos en este capítulo introductorio.

323 Meneghello, J. y Grau, A. “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia” de (Edit. Médica Panamericana, 2000):

- Genário Alves Barbosa: “Trastornos hiperkinéticos. Historia y evaluación clínica del déficit de atención” (p.427).
- Amanda Céspedes: “El déficit de atención desde la perspectiva del psiquiatra clínico” (p.447).
- Adrián Lozano: “Neurobiología del déficit de atención” (p. 451).
- Adrián Lozano: “Aspectos evolutivos del déficit de atención” (p.458).
- Arturo Grau Martínez: “Déficit de atención: la realidad del cuento mítico” (p.467).
- Patricio Fischman: “Clínica y abordaje terapéutico en el déficit de atención” (p.482).
- Hernán Montenegro: “Los trastornos conductuales en el niño” (p. 488).

Farnham-Diggory (1980) ya se había referido a las sustantivas contribuciones de Porges y equipo³²⁴ en los '70, quienes distinguían (como otros psicólogos) **dos clases de atención**: la que experimentamos **cuando algo capta** nuestro interés (aquí el ritmo cardíaco se acelera); y la que advertimos cuando nos **concentramos deliberadamente en algo** (dicho ritmo se lentifica y regulariza). En niño hiperactivo no tiene problema con el primer tipo de atención: demasiadas cosas, de hecho, la captan (recuérdese la “respuesta forzada a estímulos” en el síndrome de Strauss). Aparece, en cambio, deficiente su capacidad para **concentrar y mantener la atención**. Con ingeniosos experimentos y sofisticados sistemas de registro, Porges y equipo comprobaron que **el metilfenidato influía en el segundo tipo de atención**. Si bien se trataba de **tareas muy simples**, la sustancia ayudaba al niño hiperactivo a controlar y concentrar su atención. Sin embargo, los niños y adolescentes con TDAH se ven enfrentados a tareas académicas **complejas** y a exigencias no sólo cognoscitivas, sino también emocionales, motivacionales y sociales. Muchos de ellos presentan deficiencias significativas en algunas de las habilidades requeridas para mantener apropiadas relaciones interpersonales. Kirby & Grimley (1992) llevan a cabo un esclarecedor estudio y análisis, basados en observaciones de la vida real, sobre las **“variables cognoscitivas, afectivas y conductuales que intervienen en el acto conocido comúnmente como ‘poner atención’”**. Ambos autores reconocen que “se requiere algo más que fármacos estimulantes para acrecentar el aprendizaje y la ejecución social”, y explican:



“Quienes han trabajado mucho con estos pequeños, desde hace poco empezaron a hablar más de una deficiencia autorreguladora que de atención, como la base de sus numerosas dificultades académicas y sociales. La autorregulación es un concepto mucho más general, en el sentido que implica:

- Variables relacionadas con el enfoque de atención.
- Variables de solución de problemas.
- Variables motivacionales.



Al examinar a estos chicos con base a estas variables, un clínico cuenta con una base más sólida para comprender sus fallas tanto académicas como sociales”.

En relación a la **“atención selectiva”**, que tiene que ver con la **habilidad de las personas para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación, pasando por alto o no haciendo caso a los que son irrelevantes**, los autores explican que “aunque a menudo los niños con TDA están ‘fuera de la tarea’ o se fijan en circunstancias del aula ajenas a la labor que supuestamente deberían realizar, no se tienen evidencias contundentes de que se distraigan más que los niños normales” (también estos se distraen). Opinan que las conductas ‘fuera de la tarea’ que los profesores consideran como distracción, se podrían entender mejor como **“conductas de búsqueda de estímulos”**. Por otra parte, en lo que concierne a **“capacidad de atención”** (que definen como la **habilidad para atender a más de un estímulo a la vez** -y hay que tener presente que la mayoría de las tareas de aprendizaje, por su naturaleza,

324 Por el interés que pueda tener para el lector la evidencia aportada por Farnham-Diggory, está basada en Porges, S.; Walter, G.; Korb, R. & Sprague, R.: “The influences of methylphenidate on heart rate and behavioral measures of attention in hyperactive children”. Child Development, 46, 727-33, 1975.

implican enfocar **múltiples estímulos**-, los autores citan un estudio de Pelham³²⁵ que da cuenta de **marcadas diferencias** entre niños hiperactivos y normales en **tareas experimentales que medían capacidad de atención**. Sin embargo, este tipo de atención se traslapa e incluye varias de las habilidades que caracterizan a la **atención sostenida**, que tiene lugar cuando **el individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de la tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo**. A juicio de Kirby y Grimley:



“Es esencial comprender los aspectos de atención, cognoscitivos y de motivación de la atención sostenida, para poder entender las dificultades académicas y sociales de los niños con TDA”.

Citan trabajos de **Douglas**³²⁶, que ha estudiado a fondo este tipo de atención y los estilos de aprendizaje de los niños en una gran cantidad de tareas. Dicho autor dice que las habilidades facilitadoras para el procesamiento de la información y solución de problemas se caracterizan por una **buena concentración, reflexión cuidadosa**, así como un **enfoque organizado y planificado**. También deben estar presentes factores inhibitorios básicos para tener éxito, por ejemplo, la **capacidad de inhibir respuestas descuidadas e impulsivas**.³²⁷ Las **variables de solución de problemas relacionadas con la atención sostenida** -que forman parte de lo que implica “poner atención”, según Kirby & Grimley- deben ser tenidas en consideración por los maestros y especialistas que trabajan con niños o adolescentes con TDAH, ya que estos deben:

- Comprender la tarea y metas antes de ponerse en acción.
- Percatarse de cuándo no se comprenden bien la tarea ni las metas, o resultan confusas.
- Elaborar un plan o una estrategia para emprender una tarea o atacar un problema.
- Realizar una estimación inicial de qué tan adecuado sería un plan o una estrategia antes de aplicarlo, así como generar alternativas si parece inapropiado el procedimiento original.
- Vigilar cómo se está avanzando hacia la solución del problema y comenzar de nuevo si es necesario.
- Dividir metas de largo alcance en otras más inmediatas, si se trata de tareas que requieren períodos de tiempo prolongados o esfuerzo sostenido.
- Pensar en términos de medios-fines: “si hago esto, entonces...”.
- Estimar el tiempo que se necesita para cada tarea y programar el tiempo disponible.
- Lidiar con el hecho de estar rezagado, evitando que la excitación y las emociones interfieran con el progreso, así como eliminar ideas negativas y catastróficas.
- Consultarse a sí mismo al quedarse “atorado” (en lugar de pedir ayuda o darse por vencido de inmediato), mediante el recuerdo de soluciones a dificultades anteriores.

325 El estudio citado es: Pelham, W. “Attention deficits in hyperactive and learning-disabled children”. *Exceptional Education Quarterly*, 2 (3), 13-23, 1981.

326 Algunos trabajos de Douglas útiles para complementar esta información:

Douglas, V. “Higher mental processes in hyperactive children: implications for training”. En R. Knights & D. Bakker (eds.): “Treatment of hyperactive and learning disordered children”. University Park Press, Baltimore, MD, 1980.

Douglas, V. “The psychological process implicated in ADD”. En L. Bloomingdale (ed): “ADD: diagnostic, cognitive and therapeutic understanding”. Spectrum Publ. New York, 1984.

327 En nuestro libro “Cómo aprenden los seres humanos: mecanismos psicológicos del aprendizaje” se puede encontrar una completa información sobre estilos cognitivos y estilos de aprendizaje, así como sobre las variables o factores que afectan el aprendizaje académico. (Bermeosolo 2007).

En lo que concierne a las **variables motivacionales de la atención**, se ha destacado el hecho de que muchos niños con TDAH son capaces de fijar su atención por períodos de tiempo prolongados **en situaciones que atraen su interés**: juegos de video, electrónicos, algunos programas de TV, etc. Pareciera, por lo tanto, que tales niños o jóvenes podrían concentrarse también en tareas poco atractivas si se procurara -con ingenio- despertar su interés... Sin embargo, aclaran ambos autores, siguiendo en este punto también a Pelham, ya citado:



“Al interrogar a estos jóvenes y sus padres acerca de los tipos de programas que prefieren, casi siempre aluden a alguna serie de dibujos animados y espectáculos con mucha acción y poco complicados... El pequeño puede permanecer cognoscitivamente pasivo y soñar despierto, o puede presenciar (e imaginar en conjunto con) el programa de manera intermitente y esporádica, sin que ello interfiera con su comprensión o disfrute del mismo.

Por lo tanto, es más acertado concluir que las tareas donde aparecen motivados estos chicos sencillamente no requieren un esfuerzo estratégico sostenido, más que sugerir que puedan demostrar habilidades adecuadas de atención y solución en algunas tareas, pero no en otras”.

Los **aspectos motivacionales de la atención -o variables relacionadas con el componente motivacional del esfuerzo estratégico-** se traducen en que el sujeto **deber ser capaz de**:

- Valorar el grado en que parece tener solución una tarea.
- Decidir dedicar tiempo y esfuerzo a resolverla.
- Visualizar y disfrutar de antemano la realización exitosa de la tarea.
- Proporcionarse auto-reforzamiento por los esfuerzos y avances hacia la solución del problema y, a la vez, minimizar o eliminar ideas negativas acerca de sí mismo.
- Responder convenientemente al reforzamiento externo.
- Ser realista en cuanto a esperar dicho reforzamiento y continuar el trabajo, aunque aquél se retrase o sea intermitente.
- Mantener el control del nivel de excitación (activación), en lugar de subirlo demasiado y distraerse por la ocurrencia de un reforzamiento externo, o de bajarlo mucho y deprimirse por la ausencia del reforzamiento esperado.

A la luz de las variables incluidas en los listados recién expuestos³²⁸ -que hemos transcrito casi textualmente- se pueden apreciar las insuficiencias que padecen los niños con TDA, en especial aquellas que afectan procesos **cognoscitivos** y **meta cognoscitivos**. Meichenbaum, terapeuta cognitivo-conductual³²⁹, lo explica en estos términos:

328 Kirby & Grimley enumeran también variables implicadas en la fijación inicial de la atención, tales como:

- Calmarse después del recreo.
- Hacer caso omiso o no responder a estímulos extraños (no relacionados con la tarea).
- Discriminar la voz del profesor de otros sonidos, así como saber por su tono, postura, expresiones, etc. cuándo debe ser atendido.
- Postergar la gratificación inmediata, es decir, no solicitar una bebida ni un permiso para ir al baño, ni sucumbir a la tentación de estirarse, rascarse, formular una pregunta cuando no corresponde.
- Etc.

329 Su “Cognitive-behavior modification: an integrative approach”, Plenum, N.York, 1977, ha llegado a ser un clásico en la materia.



“Los primeros se refieren a la manera como automáticamente en forma inconsciente procesamos información, que incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, además de procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos conforman las representaciones y los esquemas mentales”.

“El conocimiento personal de estos procesos cognoscitivos, así como la habilidad para controlarlos, constituyen la metacognición, que representa una interfase entre aquello que normalmente se encuentra fuera de la esfera consciente y lo que es susceptible de evaluarse, investigarse y entrenarse” (Meichenbaum, 1985, citado en Kirby & Grimley, 1992).

No resulta extraño, entonces, que los niños con TDA+H (ADHD), como aquellos con TDA-H (ADD), presenten, con alta probabilidad problemas en su aprendizaje académico³³⁰ al conjugarse variables relativas al enfoque de la **atención**, la **solución de problemas** y la **motivación**. Si se examinan los listados recién expuestos, se podrá constatar la naturaleza meta cognoscitiva de varias de las competencias nombradas, lo que se relaciona, en parte, con la “deficiencia autorreguladora” de que adolecen tales niños y jóvenes. Gorostegui (1998)³³¹, psicóloga clínica y educacional, coordinadora del Programa de Diplomado “Manejo interdisciplinario de las dificultades del escolar”, de la PUC, ha ahondado en el tema relativo a **cómo aprende el niño con déficit atencional**: sus orientaciones constituyen un aporte muy valioso en el área.

Previo a la descripción de los componentes básicos de su “entrenamiento cognitivo-conductual”, Kirby & Grimley (1992), cuyas contribuciones son destacables, resumen las características de los niños y jóvenes con TDAH afirmando que padecen “**dos tipos principales de problemas** con evidentes referentes conductuales”:

1. La incapacidad de enfocar y sostener la atención durante la solución de problemas.
2. Escasa inhibición de respuesta (impulsividad), en situaciones tanto académicas como sociales de solución de problemas.

Otros dos rasgos, según los mismos expertos “menos visibles”, pero que “a menudo distinguen y pueden relacionarse causalmente con falta de atención e impulsividad”, son **niveles de excitación mal regulados** y una aparente **ausencia de respuestas normales a recompensas o refuerzos**. Estos cuatro problemas los llevan a justificar los elementos medulares del programa de tratamiento que proponen, incluyendo el desarrollo del **habla interna** como pieza esencial. Lo hacen en estos términos:



“En nuestros esfuerzos por comprender los mecanismos que rigen la atención, excitación y control de impulsos, nos hemos convencido, por razones expuestas en capítulos anteriores, de que el lenguaje o habla interna desempeña una función esencial, y hasta crucial”.

Por lo tanto, los componentes y procedimientos básicos en el **programa de entrenamiento cognitivo -conductual** deberán contribuir a “**acrecentar el empleo por parte de los niños**”

³³⁰ De acuerdo a estudios citados por Shea & Bauer (2000), de un 15% a un 20% de los niños con TEA presentan también un TDAH. Los autores añaden que otros investigadores sostienen que “la mayoría de los aprendices identificados con un TEA presentan problemas de atención”.

Por otra parte, los niños TDAH sin TEA, con alta probabilidad tienen un desempeño académico muy por debajo de su real potencial intelectual.

³³¹ Gorostegui, M.E. ¿Cómo aprende el niño con déficit atencional? Estilo cognitivo y rendimiento escolar. En I. López; L. Troncoso; J. Förster y T. Mesa (eds.): “Síndrome de déficit atencional: neurobiología, diagnóstico y tratamiento”. Edit. Universitaria, Santiago, Chile, 1998.

con TDA del lenguaje o habla interna como medio para reducir la impulsividad y aumentar la concentración".³³² Los autores se remontan a las posturas teóricas de Vigotsky y Luria, que desarrollaron modelos explicativos acerca de cómo los niños normales adquieren tales procesos mediadores cognoscitivos. Los procedimientos que proponen (y que han utilizado con éxito) son los cuatro que se nombran a continuación, y que detallan y enriquecen con ejemplos en los capítulos 5 y 6 de su obra:

1. **Entrenamiento en auto instrucciones verbales.**
2. **Costo de respuestas.**
3. **Vigilancia cognoscitiva.**
4. **Entrenamiento en habilidades sociales.**

Si bien el lector deberá acudir al trabajo original para sacar real partido de las explicaciones y numerosos ejemplos de los autores, hacemos a continuación una síntesis de cada uno de los procedimientos, por el interés que representan para una psicopedagogía de la diversidad en el aula.

1. Entrenamiento en auto instrucciones verbales.

Abarca una serie de pasos:

1. **Selección de la tarea:** el clínico elige una tarea o problema que exige enfocar la atención del niño por cierto tiempo. Su grado de dificultad debe estar acorde con las posibilidades del menor.³³³
2. **Modelamiento cognoscitivo:** el clínico (el maestro) modela la resolución de la tarea, hablándose a sí mismo, siguiendo 6 pasos:
 - Definición y comprensión de la naturaleza de la tarea.
 - Consideración de maneras posibles de enfocarla.
 - Selección de una estrategia y su aplicación.
 - Auto-vigilancia del avance hacia la solución.
 - Auto-evaluación y auto-recompensa.
 - Selección de un procedimiento alternativo si no da resultado el empleado.
3. **Dirección externa manifiesta:** el clínico (el maestro) hace ahora que el niño realice la tarea, siguiendo las 6 etapas, mientras él le va dando las instrucciones en voz alta.
4. **Auto dirección manifiesta:** ahora pide al niño que haga de nuevo la tarea (o una parecida), pero verbalizando lo que hace, dándose él mismo las autoinstrucciones. Si bien suele resultar difícil, es preciso que el niño participe activamente.

332 Ya en 1971 Meichenbaum y Goodman habían incluido el entrenamiento del niño para hablarse a sí mismo, como manera de trabajar en su autocontrol ayudado por sus padres. (Sylvia Farnham-Diggory, 1980, se refiere en detalle al procedimiento). Anteriormente Palkes, Stewart y Kahana habían utilizado el mismo recurso con niños hiperactivos que debían responder el test de laberintos de Porteus. Estas son las referencias:

Meichenbaum, D. & Goodman, J. "Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control". *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126, 1971.

Palkes, H.; Stewart, M. & Kahana, B. "Porteus maze performance of hyperactive boys after training in self-directed verbal commands". *Child Development*, 39, 817-826, 1968.

333 El texto de Kirby & Grimley (capítulos 5 y 6) es rico en ejemplos a lo largo de todo el entrenamiento. Como una manera de ilustrar las diferentes etapas, utiliza con un niño ejercicios parecidos a los del "Test de emparejamiento de figuras semejantes" (en que hay que identificar, entre varias figuras similares, la que es exactamente igual al modelo). Las autoinstrucciones son del tipo:

- "Veamos, tengo que encontrar el vaquero idéntico al de abajo. El problema es que todas las opciones son muy parecidas... Podría elegir cualquiera de ellos, pero eso sería adivinar... Debo hallar una forma de estar seguro de que escojo el correcto".

- "Creo que seguiré un plan de eliminación. Correcto, vaquero número 1: el mismo sombrero, la misma camisa, la hebilla es igual... ¡un momento!, no lo es. ¡Descartado el primero! Vaquero número 2..., etc.

- "¡Qué tal voy? Mi estrategia fue recurrir al método de eliminación, y parece que funciona"... etc.

5. **Modelamiento de la autodirección manifiesta desvanecida:** el clínico (el maestro) modela el acto de “susurrar” las autoinstrucciones mientras realiza la tarea. Como modelo, enseña a darse autoinstrucciones en un tono bajo, apenas audible.
6. **El niño practica autodirección manifiesta desvanecida:** el objetivo es que el niño aprecie la naturaleza y utilidad de las autoinstrucciones. El clínico (el maestro) lo escucha con cuidado y lo ayuda a generar sus propias ideas y auto-instrucciones, evitando que copie las suyas.
7. **Modelamiento de autoinstrucciones no manifiestas:** al modelar esta etapa, el clínico mueve los labios, demuestra estar reflexionando, hace pausas para revisar alternativas, señala una, luego otra... Antes de servir de modelo para la tarea, le dice al niño el tipo de cosas en que pensará.
8. **Práctica del niño con autoinstrucciones no manifiestas:** el chico ahora tiene que pensar solo a lo largo de la tarea que se le asigna. Como las autoinstrucciones ya no son manifiestas, el clínico (profesor), observando las conductas del niño, obtiene indicaciones sobre cómo está enfocando la tarea. A ratos puede hacer algunas preguntas aclaratorias.

Los autores advierten que, atendida la naturaleza crónica y persistente de las dificultades de los niños con síndrome por déficit de atención, resulta comprensible que no empiecen con facilidad un tratamiento que exige una participación intensa y genuina. Citan a Meichenbaum (1977), que hace las siguientes sugerencias para asegurar el éxito de la tarea:

- ▶ El terapeuta debe ser entusiasta y sensible al niño.
- ▶ El tratamiento debe comenzar con juegos o actividades que se relacionen con el propio medio de juego del niño.
- ▶ Evitar que el chico se dé autoinstrucciones de manera mecánica o sin comprender su verdadero significado.

Cada una de estas recomendaciones es descrita en detalle e ilustrada con ejemplos muy esclarecedores para lo que se pretende.

2. Costo de respuestas:

Dentro de su enfoque cognitivo-conductual, el mismo Meichenbaum recomienda complementar el **entrenamiento en autoinstrucciones verbales** con esta técnica basada en el condicionamiento operante. En su forma más simple consiste en entregarle al niño una determinada cantidad de fichas al comienzo de cada sesión y le explican que, si respeta las reglas (por ejemplo, permanecer en su asiento, no hablar cuando debe guardar silencio...), no perderá ninguna ficha. Cada vez que viola alguna de las normas convenidas, le quitan una ficha.

Al término de cada sesión, el niño puede canjear las fichas por pequeños premios o ahorrarlas para obtener más adelante premios mayores, de un menú de recompensas previamente acordado. Los autores explican en detalle el procedimiento para evitar que el niño interprete el “costo de respuestas” como un tipo de castigo, en especial al comienzo del tratamiento, cuando es necesario controlar las conductas impulsivas. Puede llegar a constituir un valioso medio para que el niño participe de manera activa y comprometida en el entrenamiento en las autoinstrucciones verbales.

3 Vigilancia cognoscitiva:

Este procedimiento se usa solo o en conjunto con los anteriores. Los autores explican que **Kneedler y Hallahan**³³⁴ lo han descrito e investigado a fondo y que resulta especialmente eficaz con algunos niños con TDA: con otros conviene usarlo en etapas avanzadas del tratamiento.

En esencia, le enseñan al niño a responder al sonido grabado de una campana o un timbre, que es emitido a intervalos regulares, pidiéndole que indique si al momento del sonido estaba atento o no. El niño debe estar trabajando en una tarea que le han asignado y, cada vez que suena la campana, marca en una tira de papel en la columna "sí" o "no", según si reconoce haber estado concentrado o no. A medida que tiene éxito en el ejercicio, se prolongan los intervalos (o se disminuyen, en caso contrario).

Kirby y Grimley observan que al aplicar la vigilancia cognoscitiva o autovigilancia en sus programas de tratamiento, aquellos niños que ya poseen algunas habilidades para atender y resolver determinadas tareas, pero que casi nunca saben emplearlas cuando corresponde, se benefician desde un comienzo con el procedimiento.

4. Entrenamiento en habilidades sociales:

Kirby & Grimley aseguran que "los niños con dificultades para autorregular su conducta durante la solución de problemas académicos, **suelen ser también incapaces de ajustarse a las complejas exigencias de situaciones que requieren habilidades sociales interpersonales**".³³⁵

El tema de las habilidades sociales cobró gran impulso las últimas décadas del siglo pasado, tanto en psicología como en educación. El autor de estas páginas dedica el capítulo IX de su "Psicología del lenguaje" (3ª.ed. Bermeosolo, 2007) a las **habilidades sociales en la comunicación**, con una revisión del área. En Chile aparecieron también algunos programas de desarrollo de habilidades sociales³³⁶ creados por docentes e investigadores de la Escuela de Psicología de la PUC.

A los niños con TDAH -hacen ver Kirby & Grimley- **con una excitación mal regulada, con serios problemas para inhibir respuestas, y dificultades para planificar y controlar su conducta**, "es muy probable que les resulte bastante complicado afrontar situaciones de solución de problemas tanto **sociales** como **académicos**".

Recuérdense, por otra parte, los "trastornos y síntomas asociados" de que da cuenta el DSM IV (ver, más atrás, pág. 214), que pueden hacer más compleja aun y llena de desafíos la tarea de enseñarles habilidades sociales. Entre ellos cabe destacar: testarudez, baja tolerancia a

334 La fuente citada es: Kneedler, R. & Hallahan, D.: "Self-monitoring of on-task behavior with learning-disabled children: current studies and directions" *Exceptional Education Quarterly*, 2, 73-82, 1981.

335 Los autores refieren que en sus primeros programas de verano no incluían entrenamiento en habilidades sociales creyendo que, al enseñar a los niños a ser más estratégicos en resolver problemas académicos, aplicarían y transferirían sin más tales habilidades al área social... Como ello no ocurrió, se ocuparon directamente del tema y es así como dedican un capítulo completo de su libro al "entrenamiento en habilidades de solución de problemas interpersonales y sociales".

336 Arón, A. M. y Millicic, N.: "Vivir con otros: programa de desarrollo de habilidades sociales". Edit. Universitaria, Santiago de Chile, 1993.
Hidalgo, C. G. y Abarca, N.: "Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales". Ediciones U. Católica de Chile, 2ªed., 1994.

la frustración, arrebatos emocionales, rechazo por parte de los compañeros, insistencia excesiva en que se satisfagan sus peticiones, etc.

Seguendo a investigadores con experiencia en el tema del autocontrol, dicen que las 3 áreas de habilidad cognoscitiva requeridas para un buen autocontrol son:

- **Autovigilancia.**
- **Autoevaluación.**
- **Autorrecompensa.**

Integran también los aportes de **Spivack y Shure**³³⁷, que destacan el rol de la **mediación cognoscitiva** en el **desarrollo de las habilidades de solución de problemas interpersonales**. Shure y Spivack distinguen **5 capacidades** distintas en las habilidades de solución cognoscitiva de problemas interpersonales:

1. **Sensibilidad a problemas:** en los intercambios sociales cotidianos, el niño debe darse cuenta de que pueden surgir problemas, siendo capaz de reconocerlos cuando ello suceda.
2. **Razonamiento alternativo:** consiste en la capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema, las que deben ser viables.
3. **Pensamiento por medios y fines:** es la capacidad de concebir los pasos en una estrategia de solución a un problema interpersonal, identificando posibles obstáculos, y con una apreciación realista del tiempo (“esperar hasta ser más grande y fuerte no es una solución realista al problema inmediato de enfrentarse a un niño que abusa de los demás”).
4. **Razonamiento de consecuencias:** es la capacidad de pensar en las consecuencias de las acciones sociales, tanto con respecto a sí mismo, como para otros. El ajuste social de los niños impulsivos tiende a ser muy deficiente ya que no prevén los efectos de sus actos.
5. **Pensamiento causal:** consiste en la capacidad de percibir las motivaciones personales y sociales de otros. Refleja cierta conciencia de que la conducta de las personas es, en cierto modo, ordenada y predecible, y que las interacciones actuales están vinculadas a las pasadas. Ayuda al niño a comprender mejor el significado del presente.

En conjunto, estas 5 capacidades o áreas de habilidades integran la **habilidad de comprensión social**. La suposición a la base de los programas de entrenamiento es que **los procesos cognoscitivos inadaptados desempeñan una función decisiva en la aparición de trastornos psicosociales**.

Kirby y Grimley, detallan cómo enseñan en su programa al niño a clarificar sus metas, a postergar impulsos, a generar alternativas, a razonar sobre las consecuencias de sus actos, y a reconocer y manejar emociones. Estiman que los resultados han sido alentadores y precisan:



“La atractiva promesa de este tratamiento es que anima a los pequeños a adquirir conciencia y responsabilizarse de dirigir y cambiar su propia conducta. Asimismo, puesto que el tratamiento enfoca el desarrollo de eventos, procesos y estructuras cognoscitivos, es muy probable que se logre más que una solución temporal”.

337 Entre otros trabajos citados de este equipo, anotamos:

Spivack, G. & Shure, M.: “Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problems”. Jossey-Bass, San Francisco, 1974.

Shure, M. & Spivack, G.: “Problem-solving techniques in childrearing”. Jossey-Bass, San Francisco, 1974.

Shure, M.: “Social competence as a problem-solving skill”. En J.Wine & M. Smye (eds.). “Social competence”. Guilford Press, N.York.

Reconocen los autores que muchas veces estos niños “representan un reto formidable” y que no siempre el programa genera cambios significativos y duraderos que se generalicen a ámbitos y problemas más allá del tratamiento. Sin embargo,



“El clínico no debe perder la calma; ante todo debe pensar que con suficiente tiempo y esfuerzos, el entrenamiento cognoscitivo conseguirá generar nuevos y duraderos patrones de ideas, sentimientos y conductas en esta población, aunque es ilógico pensar que esto ocurra rápida y fácilmente, o con todos los niños”.

Está demás decir que, en los contextos educativos, **el maestro**, por la naturaleza misma de su vocación, deberá siempre actuar demostrando fe en el alumno que presente los síntomas descritos en este capítulo. En más de algún caso, el niño o el adolescente con problemas encontrará en él el apoyo y la comprensión que no encuentra en otros lados.

Su colaboración con la familia y, si es el caso, con los otros profesionales, son decisivos para el éxito de los programas de desarrollo de estrategias de autocontrol y de habilidades sociales y académicas. El maestro, ciertamente, estará atento a destacar las acciones positivas y los logros del niño o adolescente en tratamiento, con el propósito de fortalecer sus sentimientos de auto-eficacia y autoconfianza.

El lector podrá encontrar en la cada vez más abundante literatura sobre el tema, elementos y aspectos no considerados en este capítulo que, de todas maneras, resultó bastante extenso.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

Primera Parte

► Temas del capítulo

Competencias y valoraciones asociadas.
Algunas clasificaciones influyentes.
Descripción de los trastornos del lenguaje y la comunicación.
Trastornos del habla y la articulación: dislalias, disglosias.
Trastorno fonológico.
Trastornos de la articulación y expresión del habla: disartrias.
Trastornos de la voz y de la resonancia: disfonías.
Trastornos del ritmo y la fluidez: disfemias, farfalleo.

Competencias y valoraciones asociadas

No es tarea fácil proponer una clasificación de las alteraciones del **habla**, el **lenguaje** y la **comunicación** que resulte plenamente aceptable o satisfactoria. Esto ya lo adelantamos en el último capítulo de nuestro libro dedicado a la psicología del lenguaje, en el que se hizo una introducción al tema -básicamente un glosario de los principales términos- destinada a complementar un trabajo dedicado al lenguaje y competencia comunicativa normales.³³⁸ En este manual, el lenguaje, la comunicación y sus alteraciones cobran especial relevancia por estar estrechamente relacionados con aspectos que el maestro debe conocer mejor para atender la diversidad en el aula.

Entre los obstáculos que examina un destacado investigador en el área, David Crystal (1983), está el hecho de que -contrariamente a lo que se cree- **no resulta siempre fácil** distinguir entre:

- Trastornos de la **expresión** (o **producción**) y trastornos de la **recepción** (o comprensión).
- Trastornos **orgánicos** y trastornos **funcionales**.
- Trastornos del **habla** y trastornos del **lenguaje**.
- **Retardos** del lenguaje y **trastornos** del lenguaje.
- Comportamiento **normal** y comportamiento **anormal**.

338 "Psicología del lenguaje: fundamentos para educadores y estudiantes de pedagogía" (Bermeosolo, 2007 3ª. ed.). Para un análisis de los niveles y funciones del lenguaje; su desarrollo; las relaciones lenguaje-cognición; habilidades sociales en la comunicación; comunicación no verbal; qué se entiende por "lenguaje", "habla" y "comunicación", etc., remitimos al lector a dicho trabajo.

En el capítulo examinaremos obligadamente cuestiones de esta naturaleza. De lo que concierne a **normalidad** y **anormalidad** ya nos ocupamos en detalle en el capítulo 3: aquí se aplica, por cierto, a la competencia comunicativa, aunque algunos lo focalizan en lo biológico. Es importante destacar que el lenguaje refleja, de manera muy obvia -o muy sutil- muchos de los problemas o desajustes que caracterizan a los seres humanos, así como las competencias y habilidades que los distinguen.

A este respecto, conviene hacer un alcance a la tabla que resume -siguiendo al lingüista Coseriu- **los diferentes planos en que nos desenvolvemos simultáneamente en nuestro discurso** y que son vistos como “modos del saber lingüístico” o “saberes” (competencias) lingüísticos. Nuestra competencia puede ser adecuada en alguno(s) de tales planos o niveles y, pero no necesariamente en todos. Los lingüistas explican que tales saberes “no son solidarios” entre sí: podemos tener un comportamiento adecuado o “normal” en alguno(s) de ello(s), pero no necesariamente en otro(s). Los **saberes lingüísticos** se poseen en distinto grado y cada uno de ello es objeto de un juicio de valor particular. Un determinado acto de habla, en el que se ponen en juego los tres tipos de “saberes” del plano cultural (**elocucional, idiomático y expresivo**³³⁹), puede ser valorado como **coherente** y **correcto**, aunque **inapropiado**. O bien, como **congruente, apropiado**, pero **incorrecto** (Ver **fig. 13.1**). Ello depende de qué nivel particular se está evaluando.

Planos y niveles del Lenguaje		Modos del saber lingüístico	Valoraciones asociadas.	Niveles de semánticidad
Biológico		Psicofísico	“Normal”	
Cultural	Universal	Elocucional	“Coherente”	Designación
	Histórico	Idiomático	“Correcto”	Significado
	Individual	Expresivo	“Apropiado”	Sentido

Fig. 13.1. Modos del saber lingüístico y tipos de valoración, según Coseriu. (Ver la explicación detallada, incluidos los ‘niveles de semánticidad’, en el capítulo IX de la *Psicología del Lenguaje*.)³⁴⁰

Si se tiene en cuenta, además, el plano biológico, que se relaciona con el “saber psicofísico” o la facultad de hablar posibilitada por la indemnidad del sustrato o “hardware” biológico del lenguaje (cerebro, órganos fono-articulatorios, etc.), se puede aplicar también el criterio de “normalidad” (o anormalidad), en el sentido puntual en que se utiliza aquí el término, referido sólo a este plano. Algunos ejemplos aclararán estas nociones. Como ya lo ilustramos

339 Saber elocucional: es el conocimiento que tiene el hablante oyente de las condiciones universales del hablar como tal (cualquier lengua humana), por tratarse de un ser humano, dotado de lenguaje. El hecho de hablar nos permite referirnos de manera coherente (o no) a la realidad, al comunicarnos con otros.

Saber idiomático: conocimiento de la lengua (o lenguas) particular o histórica con que nos comunicamos: el español, el inglés, el ruso... Podemos manifestar un uso correcto o no de nuestro idioma. (Conocimiento de la “gramática” normativa).

Saber expresivo: es el conocimiento de las posibilidades de la lengua para las circunstancias concretas en que nos comunicamos, teniendo en consideración el contexto y los interlocutores. Define la dimensión más contextualizada -el nivel pragmático- de nuestra competencia lingüística. Es el saber hablar apropiadamente en “esa” situación y con “ese(a)” interlocutor(a) o interlocutores, es decir, haciéndolo de manera “ubicada” u oportuna.

340 Un comentario bien fundado puede encontrarse en Matus, A.: “Para una semántica integral”. En Matus, A. y otros: “Lingüística hoy: algunas tendencias”. Ediciones U. Católica de Chile, 1993.

en la “Psicología del lenguaje”, una persona afásica, si bien no cumple con el criterio de “normalidad” (biológica) a causa del daño cerebral que le llevó a perder el lenguaje verbal que había desarrollado de manera normal, puede cumplir con el de “coherencia” si, con su limitada habla expresiva, unida a gestos y acompañada de un adecuado paralenguaje, logra transmitir información con la que se da a entender bien (saber elocucional). En su caso particular, no tendría mucho sentido hacer notar que el idioma español lo usa de manera “incorrecta” (saber idiomático) ya que hay aspectos más decisivos que privilegiar.

El lenguaje psicótico, por ejemplo de un esquizofrénico, puede resultar, en cambio, “incoherente” (saber elocucional) ya que no tiene sentido para quienes tratan de comunicarse con él, a causa de sus pensamientos trastornados, afectos inadecuados y pérdida de contacto con la realidad. Sin embargo, esta persona, pese a sus alteraciones, podría construir enunciados sintácticamente “correctos” en español (saber idiomático): “Este cuadrado que dibujé es un triángulo isósceles”. “Yo soy Napoleón”. Una persona con parálisis cerebral, pero de inteligencia normal, puede presentar una serie de defectos de habla, como lenguaje disártrico, poco inteligible (“anormalidad” en el plano biológico, por trastornos del tono y movimientos de los músculos fonatorios, secundarios a la alteración del sistema nervioso). No obstante, su lenguaje puede ser totalmente “coherente” y “apropiado” a las circunstancias.

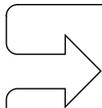
Personas “normales” (plano biológico) darían muestras de “incorrección” (saber idiomático) al decir -golpeando la puerta-: “¿Puedo entrar?” o -a todo sol-: “¡puchas la calor p’ a grande!”, o -en el restorán-: “t’ á güeno el shansho!, si bien su discurso puede ser visto como “coherente” (saber elocucional) y hasta “apropiado” en ese contexto y para esos interlocutores (saber expresivo). Resultaría, en cambio “inapropiado” (saber expresivo) que un alumno de 4º Año Medio dijera en su alocución de despedida en el colegio, a nombre de sus compañeros: “Reconozco que el Señor Rector reúne innegables méritos y ha hecho progresar notablemente esta querida institución, aunque todo el mundo sabe que es bueno para ‘levantar el codo’ y quedar como estropajo, cuando anda con el diablo en el cuerpo”. Su discurso en este caso puede resultar “coherente” (saber elocucional), y hasta “correcto” (saber idiomático), aunque dentro de una norma informal.

T.T.S. Ingram, quien fuera influyente investigador de la Universidad de Edimburgo, enfatizaba que “el estudio de las perturbaciones del habla en la infancia depende **del conocimiento del desarrollo normal del habla**” (1982). Con ello hacía ver la importancia de contar con sólidos conocimientos acerca de los niveles de organización y uso de la lengua, así como de su evolución, a fin de poder apreciar mejor las anomalías del desarrollo y los trastornos adquiridos.

El lenguaje constituye un fenómeno extraordinariamente complejo y ha sido estudiado desde las más variadas perspectivas. Se sabe desde muy antiguo que admite múltiples e intrincadas relaciones, no sólo con los diversos niveles del psiquismo, sino también con el sustrato biológico, en especial, el cerebro.³⁴¹ Algunos lo han descrito como **la habilidad humana por excelencia**: “con él, afirmaba Beloff, ninguna discapacidad podrá ser tan grave, como para privarnos de nuestra humanidad esencial; sin él, no seríamos más que un simulacro de seres humanos...”³⁴²

341 Crystal (1983) informa de un papiro egipcio del año 3000 a.C. que hace ya alusión a la pérdida del habla que puede sobrevenir tras una herida en la cabeza.

342 John Beloff, en “Psychological sciences: a review of modern psychology” (Crosby Lockwood Staples, London, 1973) especulaba:



Un manual que pretende colaborar en la identificación y superación de “barreras en el aprendizaje y la participación” no puede, en consecuencia, soslayar un tema de tanta relevancia. De hecho, con demasiada frecuencia hemos constatado que muchas dificultades y déficit que presentan los niños en su aprendizaje e interacción social, los atribuyen sus maestros a carencias o retrasos en alguno o todos los planos de la lengua, como los descritos por los lingüistas: fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático.

En estos dos capítulos se entregará una información bastante completa a educadores y estudiantes de pedagogía, que les permita estar en mejores condiciones para llevar a cabo el trabajo colaborativo con los especialistas en estas materias. Se describirán también patologías adquiridas que afectan más bien a adultos, importantes para formarse una visión general de las alteraciones en un aspecto tan fundamental en las interacciones humanas.

Algunas clasificaciones

En lo que concierne a las clasificaciones de los trastornos, en Chile los clínicos y especialistas suelen utilizar preferentemente las del **DSM IV** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) y de la **CIE 10**. **CIE-10** es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), en su capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento, limitadas por lo general a los trastornos del desarrollo. Estas clasificaciones se rigen ahora por criterios operacionales y no etiológicos (Ver **Apéndice**).

► El **DSM IV** (y DSM IV (TR (Texto Revisado), con una organización en este punto diferente a la de versiones DSM anteriores, en el apartado dedicado a los **Trastornos de la comunicación** contempla estas alteraciones:

- Trastorno del lenguaje **expresivo**.
- Trastorno mixto del lenguaje **receptivo-expresivo**.³⁴³
- Trastorno **fonológico** (en DSM III-R, trastorno del desarrollo de la **articulación**).
- **Tartamudeo**.
- Trastorno de la comunicación **no especificado**.

Un apartado final del capítulo sobre los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia” -tipo “cajón de sastre”- incluye el **mutismo selectivo**.

► La **CIE 10**, en el apartado dedicado a los **Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**, contempla:

 “Were we, as in a fairy-tale, to encounter a talking frog, we should at once recognise a fellow human in animal guise. Likewise, if, as no longer seems quite so fanciful, we were to rear a breed of non-human primates with whom we could converse, we would find it impossible to treat them as mere animals...”

343 En relación a las versiones anteriores (como el DSM III-R, inmediatamente anterior) en que se distinguía entre trastornos del lenguaje expresivo y trastornos del lenguaje receptivo (comprensivo), acá se cambia este último por trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo: se reconoce que una comprensión deficiente afecta necesariamente la expresión.

- Trastorno específico de la **pronunciación** (equivalente al “fonológico” del DSM IV).
- Trastorno de la **expresión** del lenguaje.
- Trastorno de la **comprensión** del lenguaje.³⁴⁴
- **Afasia adquirida con epilepsia** (síndrome de Landau-Kleffner).³⁴⁵
- **Otros trastornos** del desarrollo del habla y el lenguaje.
- Trastorno del desarrollo del habla y el lenguaje, **no especificado**.

Más adelante, en el desarrollo del tema, describiremos cada una de estas alteraciones, aunque no necesariamente en el orden en que aparecen en las dos clasificaciones anteriores. Por otra parte, se hará referencia cruzada entre todas las clasificaciones, ya que algunos cuadros obedecen en ellas a diferentes denominaciones. Otra, de uso frecuente -más exhaustiva y muy antigua- es la propuesta por **T.T.S. Ingram**³⁴⁶, neurólogo experto en patología del habla y del lenguaje, parálisis cerebral, disfunción cerebral mínima, etc., y a la que haremos una breve referencia por la influencia que ha ejercido en el área. Aclaraba Ingram a este respecto: “no disponemos de una clasificación satisfactoria de los trastornos del lenguaje hablado en la infancia”, y lo justificaba en estos términos:



“La clasificación etiológica resulta insatisfactoria, porque las causas de las perturbaciones suelen ser múltiples o, especialmente en el caso de los niños, desconocidas. Por ejemplo, los defectos simples de la articulación en el niño pueden deberse a una ligera deficiencia intelectual, a una privación ambiental, a una dificultad para oír o a una predisposición genética a un desarrollo lento del lenguaje hablado, que incluye la articulación. A menudo se encuentra que varios de estos factores están presentes en un caso concreto. Igualmente complicadas pueden ser las causas de los trastornos del lenguaje hablado en el adulto.

Tampoco resulta fácil una clasificación de los tipos de perturbaciones de la capacidad para el lenguaje. Se ha demostrado, por ejemplo, que los niños tartamudos normalmente tienen cierto retraso en el desarrollo del lenguaje hablado. En los niños, la articulación defectuosa (la producción de los sonidos del habla) es la anomalía que se presenta normalmente, pero un examen más profundo mostrará casi siempre que el desarrollo del lenguaje es también inmaduro, como lo indican los tests de vocabulario, de complejidad gramatical y de la longitud de las emisiones. De forma similar, un adulto que sufre un deterioro profundo de la capacidad de producir lenguaje hablado como consecuencia de un accidente cerebro-vascular, normalmente muestra anomalías de articulación, así como dificultades para encontrar la palabra, para construir oraciones gramaticalmente correctas y, a menudo, para entender lo que se le dice”.

De acuerdo a lo anterior, Ingram ha considerado útil “aunque no completamente satisfactoria” **una clasificación basada en la principal función del lenguaje que se encuentra afectada y en las características clínicas relacionadas con ella**. Aunque fue diseñada para los trastornos que presentan los niños, “podría aplicarse también a los trastornos de los adultos”, si bien:

344 En la CIE 10 aparece ahora una nota aclaratoria: “También conocido como trastorno mixto expresión/comprensión”.

345 Este síndrome constituye una pérdida grave del lenguaje expresivo y receptivo, en niños con un desarrollo normal del lenguaje previo a dicha pérdida, en un lapso de tiempo no superior a 6 meses, asociada a determinadas anomalías en el E.E.G. (electroencefalograma), con una función auditiva dentro de lo normal y nivel de CI no verbal normal.

346 Se puede encontrar en Lenneberg & Lenneberg (1982), donde aparece publicado el trabajo de T.T.S. Ingram: “Perturbaciones del habla en la infancia”. Trae abundante bibliografía, incluyendo referencias a su instrumento “The Edinburg Articulation Test”.

No confundir con D. Ingram quien se ha centrado más específicamente en los aspectos fonológicos:

Ingram, D.: “Trastorno fonológico en el niño”. Edit. Médica y Técnica S. A., Barcelona, 1983. (Original en inglés, 1976).

Ingram, D.: “Procedures for the phonological analysis of children’s language”. University Park Press, Baltimore, 1981.



“No es una clasificación ideal para niños ni para adultos, porque muchos trastornos son complejos y son muchos factores los que determinan su aparición, pero permite una clasificación amplia de las perturbaciones de la capacidad del lenguaje, pudiendo modificarse hasta cierto punto si es necesario”.

Para entender mejor esta clasificación y las que siguen, conviene advertir que los especialistas suelen distinguir entre trastornos del **lenguaje** y del **habla**. Sin embargo, es importante aclarar que los patólogos del lenguaje y del habla no utilizan el término “habla” en el sentido en que lo suelen hacer los lingüistas: restringen su significado a **la articulación y producción de los sonidos, y calidad de la fonación**. Para los **lingüistas**, el “habla” tiene un significado mucho más amplio: es el uso individual de la lengua, o del sistema o idioma, con todo lo que supone, no limitándose al nivel fonológico, articulario y de la fonación. Si bien varios clínicos incluyen dentro de los trastornos del habla los que afectan a la voz y la fonación, algunos los restringen a la articulación y pronunciación, clasificando aparte los relativos a la voz.

Los trastornos del **lenguaje**, por otra parte, tienen que ver con la calidad de la **comprensión y la producción de los mensajes lingüísticos**, con el sentido simbólico de la lengua. Un niño puede, por ejemplo, articular bien los sonidos y pronunciar adecuadamente las palabras (no presenta trastorno fonológico o ‘dislalias’), pero su “lenguaje” comprensivo puede ser pobre y su vocabulario muy limitado. También es posible todo lo contrario: tener problemas articularios y/o de fonación, o del ritmo del habla, sin verse afectada la comprensión y producción de mensajes. En muchos casos se dan en conjunto tanto problemas del **habla**, como del **lenguaje**, como podrá apreciarse en la clasificación de Ingram. Si se usa, por otra parte, la expresión “trastornos de la **comunicación**”, se está procurando englobar los aspectos no verbales junto a los lingüísticos: piénsese en las características de la interacción social y de la comunicación en el niño autista.

► **La clasificación de T.T.S. Ingram.** Entregamos una breve síntesis de la clasificación de los trastornos del habla y del lenguaje de este notable clínico e investigador, quien hace una minuciosa descripción de cada alteración. Sugerimos revisarla, en atención a que incluye consideraciones y criterios aún plenamente vigentes. Los 7 tipos de patologías son los siguientes:

1. Trastornos de la voz.
2. Disritmias del habla.
3. Disartria.
4. Trastornos del habla secundarios.
5. Síndrome del trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo.
6. Pacientes que tienen fundamentalmente trastornos del lenguaje.
7. Perturbaciones mixtas del lenguaje hablado.

1. **Trastornos de la voz:** Anomalías en la producción de la voz, debidas por lo común a una afección de la laringe o que incide sobre ella (laringitis, papilomas, mal uso de la voz...). Normalmente ‘disfonía’, deterioro de la voz o ronquera.

2. **Disritmias del habla:** Se trata de perturbaciones del ritmo del habla, como tartamudeo, vacilación, bloques, repetición de sílabas, debidos a una falta de sincronización durante el

habla de los movimientos respiratorios y articulatorios (el autor dedica un completo apartado a los síntomas e índices de las disritmias en el habla). Hay diferentes “modelos” en el desarrollo del tartamudeo:

1. Tartamudeo evolutivo temporal.
2. Tartamudos remitentes.
3. Tartamudos persistentes (1% de la población).

3. **Disartria:** Trastornos de articulación debidos a anomalías en la estructura o función de los órganos articulatorios o estructuras que estén relacionados, o en su control neurológico.

- a. Debido a anomalías estructurales: por ejemplo, fisura palatal, ausencia o desarrollo incompleto de la lengua, anomalías de estructuras relacionadas, como una mala oclusión dental o desproporción palato-faríngea, o un conducto de aire nasal inadecuado debido a un gran alargamiento de las adenoides o a defectos congénitos de la nariz.
- b. Defectos de enervación de los labios, lengua, paladar u órganos relacionados: puede darse paresia, no coordinación o movimientos involuntarios de los labios, lengua, paladar o estructuras relacionadas.

Ingram dedica varias páginas, con numerosas ilustraciones, a los defectos del habla en la parálisis cerebral (y sus subtipos). Explica también que la distinción entre trastornos que obedecen a **anomalías estructurales** (punto a, trastornos que se identifican actualmente como “disglosias”) o a alguna **afección neurológica** (punto b), no resulta siempre tan simple como parece.

4. **Trastornos de habla secundarios.** Aquí incluye un grupo bastante diverso de situaciones que se presentan como deficiencias del lenguaje hablado, secundarias a otras condiciones, y sin pruebas necesariamente de alguna anomalía de la estructura o función de los labios, lengua y paladar. En la infancia consisten de modo característico en un desarrollo del habla tardío. Enumera cinco causas principales, pero insiste en que se pueden presentar combinadas (que sería lo más frecuente):

- a. Relacionadas con defectos mentales.³⁴⁷
- b. Relacionadas con defectos de la audición o pérdida auditiva.
- c. Relacionadas con disfasia auténtica.³⁴⁸
- d. Relacionadas con trastornos psiquiátricos: psicosis, autismo, mutismo selectivo.
- e. Relacionadas con privación social grave: mucho más común en el niño que en el adulto.³⁴⁹

347 La tabla que se muestra a continuación, citada por Ingram de un antiguo estudio de Karlin J. & Strazzula M. (“Speech and language problems of mentally deficient children”. *Journal of Speech Disorders*, 17, 276, 1952) ilustra cómo la severidad en el retraso en la maduración verbal es inversamente proporcional al CI:

	CI 15-20	CI 26-30	CI 51-70
balbuceo	25,0 meses	20,4 meses	20,8 meses
uso de palabras	53,3 meses	43,2 meses	34,5 meses
uso de oraciones	153,0 meses	93,0 meses	89,4 meses

348 Aquí el autor se está refiriendo a las disfasias adquiridas (o afasias).

Más adelante veremos que el término disfasia es para muchos autores sinónimo de disfasia evolutiva (o trastorno específico del desarrollo del lenguaje, en nuestro medio TEL, al menos en sus manifestaciones más severas. Es lo que Ingram denomina “síndrome del trastorno específico del habla (lenguaje) de tipo evolutivo” (Nº 5 en su clasificación). Advierte sobre las diferencias entre la pérdida del lenguaje en los adultos a causa de una lesión cerebral y lo que ocurre con niños pequeños en la misma situación, cuando el lenguaje no se halla aun plenamente configurado. Lamenta que a estos casos (de disfasia auténtica) se los haya denominado, a veces, “disfasias evolutivas”.

349 Ingram se refiere a este último punto como “Condiciones ambientales y trastornos del habla”. Lo analiza, así como los otros de la clasificación, a la luz de su práctica clínica en la Speech Clinic of the Royal Hospital for Sick Children en Edimburgo.

5. **Síndrome del trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo:** Restringido a niños. El autor estima que entre un 30% a un 40% de los niños que asisten a centros especializados “tienen una inteligencia media, están sanos, proceden de medios familiares normales y, sin embargo, tienen un retraso en el desarrollo del lenguaje hablado. En una elevada proporción de ellos hay antecedentes de otros familiares con un retraso al aprender a hablar y con dificultad a la hora de aprender a leer y deletrear.³⁵⁰ Se encuentran con mayor frecuencia sujetos ambidiestros y zurdos en estas familias que en el resto de la población”. Incluye los subtipos:

- a. Articulación: los niños afectados con esta perturbación muestran dificultades ‘evolutivas’ en la articulación. Son incapaces de pronunciar correctamente algunos sonidos que deberían tener en su repertorio. Solamente podrá mostrarse el retraso del lenguaje hablado mediante un examen muy detallado. Suele describirse a estos niños como que ‘tienen palabras, pero son incapaces de pronunciarlas’.
- b. Perturbaciones evolutivas de articulación con retraso del lenguaje hablado: los niños de esta categoría no sólo muestran defectos en la articulación de los sonidos del habla, sino también una utilización más lenta del lenguaje hablado. Comprensión adecuada. En los tests obtienen puntuaciones bajas en vocabulario, gramática y, normalmente, memoria auditiva.
- c. Anomalías articulatorias, dificultades en la producción y comprensión del habla: en esta categoría, los niños están mucho más gravemente afectados, tienen más anomalías articulatorias que los niños de **a)** y **b)**. Puede observarse que tienen dificultades para comprender lo que les dicen, así como para utilizar el lenguaje hablado.
- d. Retraso muy grave en el desarrollo articulatorio, relacionado con un gran retraso en el desarrollo del lenguaje hablado y en la comprensión del lenguaje. Muchos de estos niños no pueden reconocer sonidos del habla hasta el tercer o cuarto año, o incluso después, y se dice que tienen una “sordera central”.

La tabla (**fig. 13.2**), original de Ingram, aclara los subtipos del **síndrome de trastornos evolutivos del habla**, ordenados de menor a mayor severidad (y que corresponden a los puntos **a**, **b**, **c** y **d** recién descritos). La última columna muestra denominaciones más específicas que se han utilizado para cada nivel. Se puede advertir que, gruesamente:

El nivel [**a**] corresponde al **trastorno fonológico** del DSM IV (DSM IV-TR) y al **trastorno específico de la pronunciación** de la CIE 10.

El nivel [**b**] corresponde al **trastorno del lenguaje expresivo** del DSM IV y al **trastorno de la expresión del lenguaje** de la CIE 10.

El nivel [**c**] corresponde al **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** del DSM IV y al **trastorno de la comprensión del lenguaje** de la CIE 10 (También conocido, según la CIE 10, como **trastorno mixto expresión/compreensión**”).

6. **Pacientes que tienen fundamentalmente trastornos del lenguaje** (sobre todo adultos):

- a. Pacientes con un retraso evolutivo del habla con ligeras dificultades en la articulación (observadas raramente en la infancia).

³⁵⁰ Agrega, como dato curioso: “En Escocia se pueden identificar una serie de familias especialmente propensas a tener niños con un retraso en el desarrollo del habla, dificultades escolares y zurdos y ambidiestros, entre otras los Kerr, los MacDonald, los MacGregor, los MacClean, los Campbell, los Scott y sus clanes familiares”.

- b. Pacientes con dificultades graves para encontrar palabras, construir oraciones y describir con palabras conceptos abstractos (“disfasia”, observada más a menudo en pacientes adultos).
- c. Pacientes con dificultades para captar lo que les dicen, así como para construir frases y oraciones que expresen su pensamiento, en particular sus ideas abstractas (“disfasia” receptiva, más común en pacientes adultos).

7. Perturbaciones mixtas del lenguaje hablado: Esta categoría, explica Ingram, se refiere a pacientes en los que resulta virtualmente imposible realizar un diagnóstico primario definitivo de su tipo de habla predominantemente perturbada, por ejemplo, adultos con deterioro de la comprensión y dificultades en el uso del lenguaje hablado, junto con una disritmia en el habla y una disartria grave, después de un ataque.

Los puntos **6 b**, **6 c** y **7** corresponden por lo general a problemas del lenguaje y el habla que se presentan en adultos que tenían un lenguaje normal y que lo pierden o se deteriora gravemente como consecuencia de un accidente cerebral. Se suelen clasificar dentro de las “afasias”.³⁵¹

[a] Leve	Retraso en la adquisición de palabras. Lenguaje normal.	Dislalia.
[b] Moderado	Retraso más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión normal.	Disfasia expresiva evolutiva.
[c] Grave	Retraso aún más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión deteriorada.	Disfasia receptiva evolutiva. Sordera a las palabras. No percepción auditiva.
[d] Muy grave	Falta de desarrollo del habla. Deterioro en la comprensión del lenguaje y en el significado de otros sonidos. A menudo, sordera manifiesta.	No percepción auditiva. Sordera central.

Fig. 13.2. Subtipos del **síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo, según** Ingram.

► **La clasificación** propuesta por **Jorge Perelló** (fig. 13.3) y asociados puede resultar familiar para los hablantes del español.³⁵² Fue Secretario General de la Asociación Internacional de Foniatría y Logopedia, organismo consultivo de la UNESCO, OMS y UNICEF, y presidente de la respectiva asociación española. Este investigador y clínico distingue entre trastornos del **habla**, el **lenguaje** y la **voz**. Aquí anotamos el esquema que desarrolla en sus tratados. Algunos de sus aportes serán considerados en la descripción que se hará en el texto de las diferentes alteraciones.

351 La definición amplia de afasia, explica Crystal (1983), permite considerar bajo su denominación toda dificultad que un paciente tenga con la función simbólica como resultado de un daño cerebral. Para el neurólogo británico Henry Head, la afasia es un trastorno de “formulación y expresión simbólica”.

Sin embargo, autores como T.T.S. Ingram o el mismo Crystal, suelen llamar “disfásicos” a los pacientes afásicos. A-fásico lleva el prefijo “a”, que significa “ausencia total de”. En cambio, en dis-fásico el prefijo “dis” significa “ausencia parcial de”. Como desde el punto de vista práctico existen muy pocos casos con una ausencia total de lenguaje a causa del daño cerebral, estos autores utilizan el término disfásicos para referirse a ellos. Muchos otros investigadores (también en Chile) utilizan el término afasia en su sentido amplio (como se define arriba) y reservan disfasia para el síndrome de trastornos evolutivos del lenguaje (o trastorno específico del desarrollo del lenguaje o TEL), al menos en sus formas más severas.

352 La colección de Audiofonología y Logopedia dirigida por Jorge Perelló contempla varios volúmenes. De ellos, el VI está dedicado a la Sordomudez; el VII, a los Trastornos del Lenguaje; el VIII, a los Trastornos del Habla; y el IX, a los Trastornos de la Voz. Incluyen un minucioso análisis de cada patología y respectivos sub-tipos, abundantes ilustraciones y recomendaciones para el tratamiento.

-
- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. Trastornos del habla | a. Disartrias. |
| | b. Disfemia. |
| | c. Dislalia. |
| | d. Disglosia. |
| 2. Trastornos del lenguaje | a. Afasia. |
| | b. Oligofrenia. |
| | c. Psicofonías. |
| | d. Disfasias. |
| 3. Trastornos de la voz | a. Endocrinofonías. |
| | b. Disfonías. |
| | c. Patología general. |

Fig. 13.3. Clasificación de los trastornos del habla, lenguaje y voz de Jorge Perelló.

► **La clasificación de Crystal.** La clasificación que muestra a **fig. 13.4** pertenece a David Crystal, quien, aparte de ser un notable lingüista y psicolingüista, es una autoridad en lo relativo a trastornos del lenguaje y del habla. En su "Patología del lenguaje" - obra valiosa y recomendable- entrega una visión muy acabada sobre la materia, ahondando en el sustrato biológico de la "cadena de la comunicación".

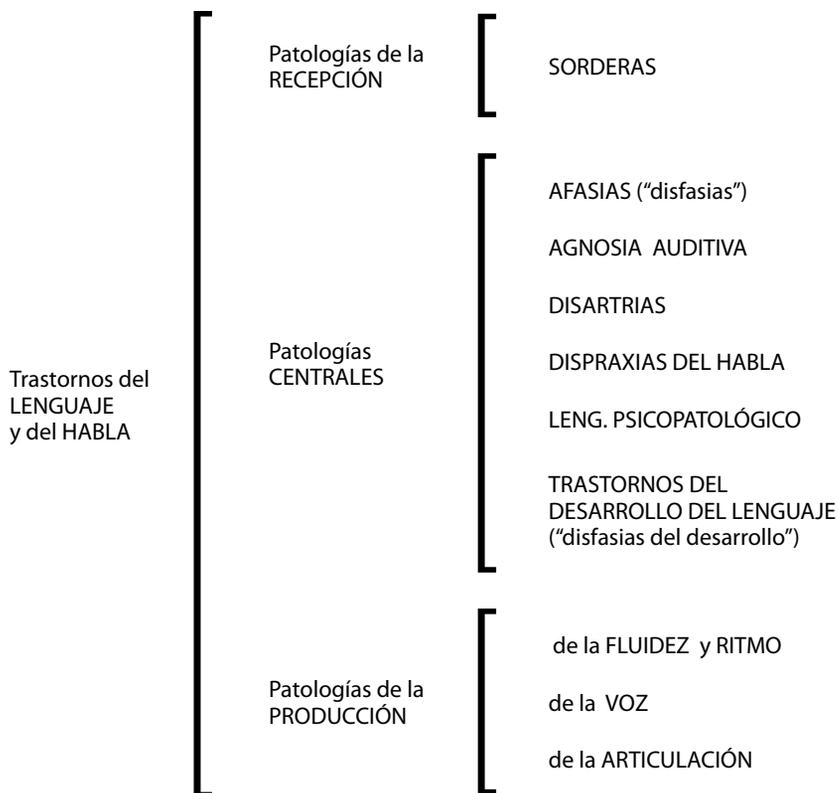


Fig. 13.4. Clasificación de los trastornos del lenguaje y del habla de David Crystal.

La clasificación que propone señala el orden en que están organizados los temas en su libro: patologías de la **recepción**, **centrales** y de la **producción**.³⁵³ Los términos que aparecen en ella serán definidos y explicados en este capítulo, aunque organizados, al menos en parte, de manera diferente.

Descripción de los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Teniendo presente que ninguna clasificación puede ser perfecta, ya que se debe optar por algunos criterios en desmedro de otros, la que sigue, organizada en base a las **oposiciones** que nos parecen más prácticas, y que se centra en la principal **función** que se ve afectada, sintetiza la información propuesta por diferentes autores. Se incluyen en ella, como se puede

³⁵³ David Crystal: "Patología del lenguaje". Ediciones Cátedra S.A. Madrid, 1983. El capítulo 1 está dedicado al "ámbito del tema": qué se entiende por "patología del lenguaje". El 2, a los modelos para abordar los problemas del lenguaje (modelo médico y modelo psicológico) y a la estructura de la lengua. El capítulo 3, a la "cadena de comunicación". Incluye los siguientes "pasos": 1 • el cerebro. 2 • codificación neurológica (localización, lateralidad). 3 • codificación anatómo-fisiológica. 4 • transmisión acústica. 5 • recepción auditiva (oído externo, oído medio, oído interno). 6 • transmisión neurológica y decodificación cerebral. El capítulo 4 está dedicado a la clasificación de las patologías lingüísticas. Ver también: Crystal D.: "The Cambridge Encyclopedia of Language". Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1991.

apreciar, trastornos que perjudican la comunicación no verbal. En lo que resta del capítulo, nos dedicaremos a describir cada una de las alteraciones siguiendo básicamente el orden que se observa en la **fig. 13.5**, si bien se hará referencia a los otras clasificaciones toda vez que se estime conveniente.

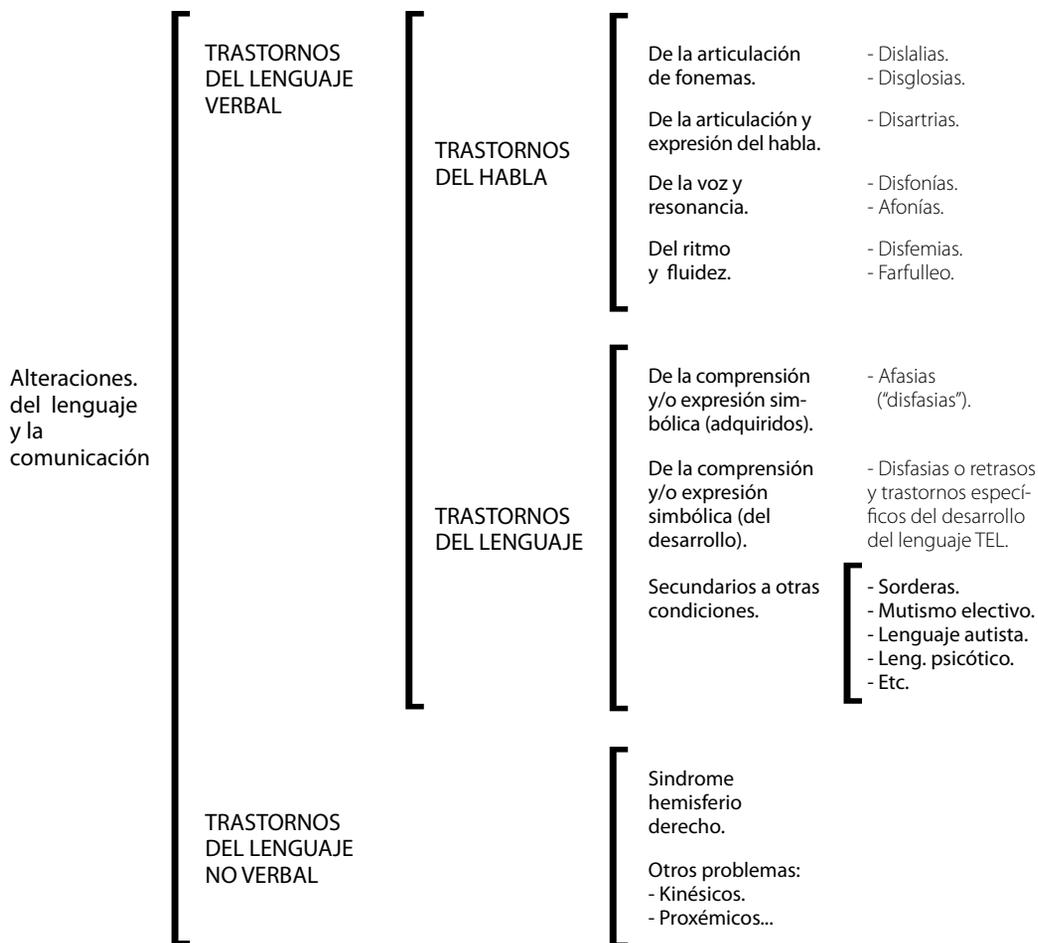


Fig. 13.5. Alteraciones del lenguaje y la comunicación, a base de oposiciones y funciones alteradas.

La clasificación puede sobre-simplificar cuestiones de por sí complejas. **Se pretende en ella ubicar cada cuadro en la perspectiva de la función que se ve primaria y directamente afectada:** la voz, la articulación, la comprensión y/o expresión simbólica, etc. En el texto se hará ver que, en la práctica, se da frecuente traslazo entre diferentes alteraciones, ya que se ven muchas veces comprometidas dos o más funciones.

Trastornos del habla y la articulación

DISLALIAS

Las dislalias, en sentido estricto, **son alteraciones en la articulación de los fonemas, de tipo funcional** (no estructural), por inadecuado funcionamiento de los órganos articulatorios. Algunos autores entienden por dislalia **toda alteración** en la articulación de los fonemas. Perelló y equipo (1970), por ejemplo, entregan la siguiente clasificación:

- A. Dislalia funcional (rotacismo, sigmatismo, lambdacismo, deltacismo...).
- B. Dislalia orgánica.
 - a. Dislalia orgánica o disglosia (labial, dental, lingual, palatal, nasal).
 - b. Dislalia audiógena (sordera poslocutiva, hipoacusia prelocutiva).

Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995), en su manual de logopedia escolar, siguiendo la propuesta de Pascual³⁵⁴, entregan una clasificación aun más completa, que incluye también cuadros que, por afectar funciones más relevantes o implicar un compromiso orgánico, acá serán vistos en otros apartados. Se asocian, sin embargo, a problemas en la articulación de los sonidos del habla. Los autores incluyen también las dislalias del niño que aprende a hablar (dislalia “evolutiva”): se trata en realidad de un fenómeno normal.

- A. Dislalia evolutiva o fisiológica (del niño que aprende a hablar).
- B. Dislalia audiógena (causada por deficiencia auditiva).
- C. Dislalia orgánica:
 - a. Disartrias (alteraciones en centros neuronales cerebrales).
 - b. Disglosias (anomalías en órganos del habla: labios, lengua).
- D. Dislalia funcional (mal funcionamiento de órganos articulatorios).

Siguiendo la definición estricta de dislalia, consideramos en este apartado en especial los puntos **A** de Perelló y **D** de Gallardo y Gallego. Corresponde también incluir el punto **5.a** de la clasificación de Ingram. De las otras alteraciones (disglosia, disartria), nos ocuparemos más adelante. La dislalia ha sido vista como equivalente al **trastorno específico de la pronunciación** de la CIE 10; al **trastorno fonológico** del DSM IV y DSM IV TR³⁵⁵ y **trastorno del desarrollo de la articulación** en el DSM III R. Sin embargo, siguiendo al equipo de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el marco de los procesos de **simplificación fonológica**, veremos que los **trastornos fonológicos** constituyen entidades diferentes a los problemas puramente **fonéticos y articulatorios**. Es cierto, por otra parte, que los tratadistas al referirse a las dislalias no se han restringido necesariamente a cuestiones puramente fonéticas.

354 Pascual, P. “La dislalia”. CEPE. Madrid, 1988.

355 En el DSM IV se describe así el trastorno fonológico:

- A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p.ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, tales como sustituciones de un sonido por otro u omisiones de sonidos, tales como consonantes finales).
- B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden las habitualmente asociadas a estos problemas.

El manual recomienda que, si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codifiquen en el eje 3.

Gallardo y Gallego (1995), explican que “el niño con dislalia funcional no usa adecuadamente los órganos articulatorios a la hora de articular un fonema, a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico” -y que “se trata de la alteración más frecuente”- postulan algunos **factores etiológicos**. Entre ellos:

- a. **Falta de control en la psicomotricidad fina:** La articulación exige una gran habilidad motora. Los fonemas que precisan un mayor control de los órganos articulatorios, en especial de la lengua, son los últimos en aparecer: /l/ /r/ /ʃ/ y “sinfones” (grupos consonánticos: /fr/ /pl/ /dr/ /kl/...).
- b. **Déficit en la discriminación auditiva:** El niño que no logra decodificar correctamente los elementos fonémicos de su idioma y no percibe diferenciaciones fonológicas del tipo sonoro/sordo, dental/velar, oclusivo/fricativo, cometerá errores en la imitación oral.
- c. **Estimulación lingüística deficitaria:** Es el caso de las dislalias en ambientes socioculturales deprivados; también en situaciones de bilingüismo.
- d. **De tipo psicológico:** Sobreprotección, traumas, etc., que hacen persistir modelos articulatorios infantiles.
- e. **Deficiencia intelectual:** Las dislalias son otra manifestación de los problemas de lenguaje del niño deficiente.

Según los mismos autores, la dislalia supone diferentes **tipos de error:** por **sustitución, distorsión, omisión e inserción**. Es el caso de advertir que los tratadistas cuando se refieren a **la dislalia**, sus características, tipos de errores, etiología, etc. no se restringen siempre sólo a la dislalia funcional. También pueden aludir a la dislalia asociada a problemas del lenguaje o secundaria a otras condiciones, ya que comparten rasgos comunes relativos a la inadecuada articulación de los sonidos. Recuérdese el comentario de Ingram: “En los niños, la articulación defectuosa (la producción de los sonidos del habla) es la anomalía que se presenta normalmente, pero un examen más profundo mostrará casi siempre que el desarrollo del lenguaje es también inmaduro, como lo indican los tests de vocabulario, de complejidad gramatical y de la longitud de las emisiones”.

Las dislalias, según Gallardo y Gallego, admiten diferentes modalidades ya que suelen producirse por:

- **Sustitución:** El niño articula un fonema en lugar de otro difícil de pronunciar. A veces el error es consecuencia de dificultades de percepción auditiva, ya que no puede diferenciar dos sonidos acústica y articulatoriamente próximos. Es el error más frecuente y difícil de corregir, ya que se trata de un hábito articulatorio erróneo, del cual no se es consciente. Ejemplos, /l/ ó /d/ por /r/: /datón/ por /rátón/.
- **Distorsión:** Es el segundo de los errores en la dislalia en orden de frecuencia. El niño produce un sonido de manera distorsionada e incorrecta, aunque aproximada al fonema correcto. Puede hacer, por ejemplo, un movimiento extraño como sacar la lengua o hacer vibrar los labios en vez de hacer vibrar la lengua, que es lo que correspondería.
- **Omisión:** Aquí el niño simplemente no articula los fonemas que no domina. Error muy frecuente en los sinfonos: /páto/ por /pláto/.
- **Adición o inserción:** Error menos frecuente, que consiste en la inserción de un fonema para ayudarse en la articulación de otro más difícil. Suele darse también en los sinfonos: /paláto/ por /pláto/.

Perelló y otros, al referirse a la etiología de las dislalias funcionales, destacan que, en algunos casos, se da “un factor hereditario innegable”, lo que avalan con algunos hallazgos. Citan también trastornos del desarrollo, hipoacusia, educación deficiente, circunstancias sociales desfavorables, bilingüismo. Señalan, además, que “la imitación puede influir mucho”:



“La reproducción de fonemas deformados oídos a otros familiares y compañeros es frecuente. Una niña mayor articula mal, imitando a su hermanita más pequeña, para desviar la atención de los mayores y concentrarla en ella”.

A las **dislalias particulares** se las identifica, siguiendo al mismo autor, según el o los fonemas afectados. Si bien a fonoaudiólogos y educadores especialistas les resultan familiares estas materias, es importante que el educador de aula regular esté al tanto de algunos detalles técnicos, a fin de que el trabajo colaborativo se lleve a cabo con mayor eficacia, al conocer más de cerca la labor que desempeñan los otros profesionales:

- Dislalias de las **vocales**: diferentes defectos en la articulación de los fonemas /a/ /e/ /i/ /o/ /u/. Por ejemplo, el fonema /i/ puede ser objeto de varias deformaciones: puede parecer una /e/ imprecisa; puede sonar “soplado”, como una /Ø/ o un zumbido; puede sonar nasalizado por descenso del velo del paladar; se desfigura, también, si se separan demasiado los dientes y los labios, cuando no se aplica con energía la punta de la lengua contra la cara interna de los incisivos inferiores (frecuente en niños hipoacúsicos). Para las variadas dislalias de los otros fonemas vocálicos, recomendamos revisar el trabajo del autor.
- Dislalias de los fonemas consonánticos, que derivan sus nombres de letras del alfabeto griego: fonemas /b/ y /p/ o betacismos; fonema /m/ o mitacismos; fonemas /d/ y /t/ o deltacismos; fonema /l/ o lambdacismos; fonemas /r/ y /r̄/ o rotacismos (frecuentes y con variados subtipos); fonema /k/ o kappacismos; fonema /g/ o gammacismos; fonema /x/ o jotacismos, etc.
A modo de ejemplo, el **rotacismo** es la dislalia más frecuente, en especial el de la vibrante simple. Más frecuente aún es el **pararrotacismo** o sustitución de las vibrantes por otro fonema consonántico, lo que ocurre en el habla infantil. Perelló analiza varias deformaciones de los fonemas /r/ y /r̄/, tales como “ruidos de temblor”, “ruidos crepitantes” y “ruidos de frotación”.
Capítulo especial merecen los numerosos defectos del fonema /s/ o **sigmatismos**: sigmatismo oral, por posición lingual errónea (¡admite cerca de 10 subtipos!); sigmatismo nasal, por posición errónea del velo del paladar (con 5 subtipos); sigmatismo faríngeo, con un ruido de frote entre la base de la lengua y la pared posterior laríngea; sigmatismo laríngeo, con un siseo áspero entre las dos cuerdas vocales que se aproximan.

Para cada uno de estos defectos y sus respectivas variedades, así como para los que afectan a los fonemas vocálicos, los autores dan una minuciosa caracterización y proponen, además, **ejercicios para su corrección** (debiendo utilizar los especialistas a veces espátulas, varillas guía-lengua, espejos y otros recursos). Incluyen también listas de palabras para practicarlos. El Manual de Logopedia Escolar de Gallardo y Ortega, por otra parte, ahonda en el **proceso de evaluación de las dislalias**, con una tabla que orienta la labor del especialista, y que es importante que el profesor de aula conozca -por lo que la reproducimos- ya que ilustra los variados aspectos que pueden estar implicados en una observación cuidadosa.³⁵⁶ (Ver 13.6).

356 Los autores explican que la logopedia (tratamiento de las alteraciones del lenguaje y de la comunicación), “después de estar limitada a los centros específicos de educación especial, de sordos y servicios de foniatría de los hospitales, ha entrado de lleno en la escuela a raíz de la integración escolar de los niños y niñas con NEE (Necesidades Educativas Especiales) permanentes”.

La labor que en España realizan logopedas, la llevan a cabo en Chile los fonoaudiólogos (formados en las Facultades de Medicina) y los

En dicha evaluación, junto a la observación del **lenguaje espontáneo** y de **lenguaje dirigido**, se recurre a un listado de palabras que incluyen los **fonemas del español** en diferentes posiciones y una lista de **frases a completar** (o “intraverbales”) que induce la producción de determinados sonidos en un contexto lingüístico, del tipo:

- /pl/ La sopa se echa en el ____.
- /fl/ Los indios tiran ____ con el arco.
- /fr/ En el invierno hace mucho ____.
- /dr/ El gato maúlla y el perro ____.

Una vez identificadas las dislalias a través de los procedimientos mencionados, se estudia la **discriminación auditiva**, claramente relacionada con las bases funcionales de la articulación. Los autores sugieren utilizar con este propósito las “**listas fonéticas**” de Quilis, lingüista y fonetista, de las que traen numerosos ejemplos.

Objetivo	Aspecto a evaluar		Estímulo-Material	
Evaluación de la articulación.	Lenguaje espontáneo.		Conversación libre.	
	Lenguaje dirigido.	Sin referencia visual.	Preguntas inductoras.	
		Con referencia visual.	Objetos, fotos.	
	Lenguaje repetido (imitación provocada).		Frases, palabras, etc.	
Evaluación de las bases funcionales de la articulación.	Audición.	Discriminación auditiva.	Sonidos, palabras.	
	Aparato articulador.	Habilidad motora.	Lengua.	Imitación, órdenes.
			Labios.	
			Paladar blando.	
	Soplo.	Respiración.	Cantidad.	Imitación, órdenes, materiales de soplo.
			Control.	
			Dirección.	
	Respiración.	Tipo.	Capacidad.	Imitación, exploración.
Tipo.				

Fig. 13.6. Proceso de evaluación de las dislalias, según Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995).

En las listas se trabaja con las diferentes **oposiciones** en que entran los fonemas consonánticos o consonantes (oclusivas, fricativas, nasales, etc.) para evaluar y ejercitar la discriminación auditiva del niño. Por ejemplo, la oclusiva **/p/** se opone a:

- ▶ **/b/** en cuanto sorda-sonora [par-bar; peso-beso; pez-vez; pata-bata...].
- ▶ **/f/** en cuanto oclusiva-fricativa [pavor-favor; copia-cofia; prisa-frisa...].
- ▶ **/t/** en cuanto labial-dental [trapo-trato; aspa-hasta; lapa-lata...].
- ▶ **/k/** en cuanto labial-velar [peso-queso; apostar-acostar; pulpa-culpa...].
- ▶ **/m/** en cuanto oral-nasal [trapo-tramo; poda-moda; pozo-mozo...].

 profesores especialistas en trastornos de la audición y lenguaje (formados en Escuelas de Pedagogía). Cada uno de estos profesionales tiene, en consecuencia, un sello y un rango de acción particular que, si bien en algunos aspectos admite cierto traslapo o superposición, en otros manifiesta acusadas diferencias, por lo que la labor de ambos se hace necesaria.

En otros países, los profesionales del área reciben diferentes denominaciones: terapeutas (o especialistas) del habla y el lenguaje, patólogos del habla, patólogos del habla y del lenguaje, ortolingüistas, especialistas de la comunicación... Crystal en la Introducción de su “Patología del Lenguaje” discute extensamente el tema, a raíz de una encuesta que realizó el British College of Speech Therapists (cuyo órgano oficial es el British Journal of Disorders of Communication) sobre 21 posibles alternativas de denominación.

Al examinar el **aparato articulador**, el clínico debe evaluar la **habilidad motora de la lengua** observando su capacidad para realizar diferentes tipos de movimientos: lentos laterales; lentos verticales; rápidos y de vibración; capacidad de doblado, etc., dependiendo de la (o las) dislalia(s) en cuestión. En los **labios** se observa su capacidad de presión, de movimientos lentos, de proyección y capacidad de sonreír. Se examina también el **paladar blando** y se verifica su capacidad de movimiento. En casos de articulación poco intensa y en las dislalias que afectan a oclusivas y vibrantes, se evalúa también el **soplo**. Se mide su **cantidad** (poniendo una vela a cierta distancia y pidiéndole al niño que trate de apagarla); el **control**, que supone la capacidad de emitir una determinada cantidad de soplo y mantenerla, aumentarla o disminuirla a voluntad (aquí el clínico usa una pajilla con la que el sujeto debe soplar la base de la llama de una vela); y la **dirección** (cambiando de dirección la vela, se comprueba si el soplo sigue la dirección adecuada. Si bien al hablar de “soplo” normalmente se hace referencia al **soplo espiratorio bucal**, en el caso de dislalias de los fonemas nasales (/m/ /n/ y /l/), poco frecuentes, y en las dislalias por alteración nasalizada de fonemas, se evalúa el **soplo nasal**. Si la capacidad de soplo es escasa o hay un deficiente control del mismo, el especialista evalúa la **respiración**. Para medir la **capacidad respiratoria** se usan espirómetros. Tablas comparativas por edad, talla, peso y sexo entregan los datos necesarios para que el especialista se forme una opinión de la capacidad del niño. A través de la exploración manual se comprueba el **tipo de respiración** (abdominal o torácica). Todas estas variables serán decisivas al momento del tratamiento. Gallardo y Gallego (1995) dedican varias páginas en su tratado a los **modelos y estrategias** de intervención de las dislalias funcionales.

Distinguen dos tipos de modelos: **fonético** y **conductual**.

- ▶ El **modelo fonético** contempla una intervención **directa**, centrada en ejercicios articulatorios para la dislalia en cuestión y otra **indirecta**, relacionada con las bases funcionales de la articulación. Normalmente se comienza con el tratamiento de estas últimas. Con el 1er. tipo de intervención **se intenta directamente la producción correcta del fonema**. Hay estrategias precisas para cada tipo de error, es decir, para las **sustituciones**, para las **omisiones y distorsiones**, y para las **inserciones**.³⁵⁷ El 2º tipo se orienta a actividades de discriminación auditiva, los movimientos de lengua, labios y paladar blando, y/o ejercicios de soplo y de respiración, según corresponda.
- ▶ El **modelo conductual**, basado en la psicología del aprendizaje conductista, considera que las alteraciones articulatorias son conductas observables que pueden ser cambiadas siguiendo los principios de modificación conductual (refuerzo positivo y aproximaciones sucesivas o moldeamiento, basados en el condicionamiento operante). En esencia, se usan los procedimientos del modelo fonético añadiendo el registro de las conductas (desde la línea base) y la utilización de reforzadores.

El manual de **Perelló** y asociados, por su parte, dedica también varias páginas al tratamiento de cada dislalia en particular, complementando los ejercicios de corrección con **listas de palabras de práctica**.³⁵⁸ Damos término al tema con una breve referencia a clasificaciones presentadas

357 El tratado es rico en observaciones que demuestran una sólida fundamentación en ciencias fónicas: fonética y fonología. Por ejemplo, después de señalar los pasos para la ejercitación de los sifones o grupos consonánticos (/fl/, /pl/, /gr/, etc.) -que se ordenan según su grado de dificultad articulatoria- los autores advierten:

“Cuidar mucho de no caer en un tremendo error fonético, por desgracia muy frecuente en textos: pasar de /pála/ a /pla/. Si nuestro objetivo es suprimir la vocal entre /p/ y /l/, no debemos usar una vocal fuerte y articulada con énfasis, ya que esta vocal es tónica: /pála/. Debemos usar una vocal débil: /u/ o /i/ y articularla átona, acentuando la sílaba final: /pilá/. Usamos /i/ por su tono más alto y, por lo tanto, más fácil de asimilar sus rápidas vibraciones a /l/ o /r/ que son fonemas sonoros.

358 Para las dislalias, así como para otras patologías del habla y el lenguaje, el lector puede acudir también a:

en páginas anteriores: **Perelló** incluye las dislalias (“la dislalia”) en los trastornos del habla. **Crystal**, en las patologías de la producción y, dentro de ellas, en las de la articulación. **Ingram**, en los puntos 5ª y 6ª de su clasificación.

Antes de revisar el **trastorno fonológico**, y previo al punto relativo a las **disglосias**, estimamos de interés mostrar la tabla de los **17 fonemas consonánticos del español utilizado en Chile** (sin sus variantes alofónicas) a fin de que el lector pueda interiorizarse mejor del tema.

Modo de articulación: Punto de articulación:	Oclusivas		Fricativas		Africadas		Vibrantes		Laterales		Nasales	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Bilabiales	/b/	/p/										/m/
Labiodentales				/f/								
Interdentales				(/θ/)								
Dentales	/d/	/t/										
Alveolares				/s/			/ř/ /r/		/l/			/n/
Palatales			/y/		/ç/			(/ʎ/)				/ɲ/
Velares	/g/	/k/		/x/								

Fig. 13.7. Los 17 fonemas consonánticos del español hablado en Chile. Entre paréntesis, dos fonemas no utilizados acá, sí en España: /θ/ y /ʎ/. Los signos + y - indican que se trata de fonemas sonoros o áfonos.

Ejemplos de palabras en que aparecen los diferentes **fonemas** (se incluyen algunas variantes alofónicas, las que suponen una pronunciación algo diferente al del fonema tipo desde el punto de vista fonético):

- /b/ barco, vena, venta, bencina, tubo, tuvo, ventaja, verbo, leve, llave.
- /p/ pato, mapa, apto, parque, polen, piano, pibe, apóstol, por, pata.
- /d/ dado, dedo, red, alrededor, duodécimo, caldo, ayuda, donde.
- /t/ tapa, pato, tela, ritmo, patota, interacción, mentís, cortina.
- /g/ gato, pago, agua, ignoro, gigante, guijarro, guau, agüita, lingüística.
- /k/ casa, vaca, kilo, queso, que, época, kiosco, kiwi, acto.
- /f/ foca, café, fiesta, nafta, áfono, fósforo, filosofía, funda, refundar.
- /θ/ cielo, canción, zapatilla, anzuelo (pronunciadas “a la española”).
- /s/ sapo, casa, cielo, zapatilla, anzuelo, asco, canción, pardusco, rojizo.
- /y/ llave, payaso, yo, ello, yunque, lloriquear, hoyo, halla, haya.
- /x/ jamón, ajo, Ximena, geología, gigante, ágil, gitano, agitar, jipijapa.
- /ç/ choza, coche, Chile, dichoso, rechifla, chuzo, chubasco, chiste.
- /ř/ reloj, perro, ratón, alrededor, red, parranda, parrilla, rural, arriendo.
- /r/ pero, aro, orador, arancel, rural, erótico, harina, ironía, iris.
- /l/ lápiz, vela, laca, lanzado, pelo, alto, peral, celoso, cédula.
- /ʎ/ lluvia, valla (pronunciado algo parecido a ‘liuvia’, ‘valia’).

-
- Narbona, Juan y Chevríe-Mulle, Claude: El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona, Masson, 2001.
 - Rondal, Jean A. y Seron, Xavier: Trastornos del lenguaje. Barcelona, Paidós Ibérica, 1988. (2 tomos).
 - Azcoaga, Juan Enrique: Los retardos del lenguaje en el niño. 2ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1979.

/m/ mesa, cama, campo, mañana, tramo, trampa, miel, mancomunar.
 /n/ nene, mono, antes, mañana, manco, nomeolvides, nómina.
 /ɲ/ ñandú, uña, ñato, añicos, añorar, ñipa, ñoño, mañana, ñandú, peña.

DISGLOSIAS

La **disglosia**, llamada también **dislalia orgánica**, es un trastorno en la articulación de fonemas por **alteración o daño de los órganos periféricos del habla**. Se trata, por tanto, de un trastorno provocado por lesiones o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos, y no de origen neurológico central. Se habla también de “las disglosias” cuando se quiere hacer mención a sus diferentes tipos o manifestaciones. **Ingram**, como se vio anteriormente, las incluye dentro de las disartrias (aquellas que obedecen a anomalías estructurales y no a afección neurológica). **Perelló** las clasifica dentro de los trastornos del habla, mientras que **Gallardo** y **Gallego**, dentro de los trastornos de la articulación.

Perelló y equipo dicen que las causas de las dislalias orgánicas pueden ser varias, ubicadas en diferentes órganos del habla, pudiendo presentarse solas o asociadas. Señalan las malformaciones congénitas, los trastornos del crecimiento, los traumatismos y sus consecuencias, las parálisis periféricas. Gallardo y Gallego nombran también las anomalías adquiridas debido a lesiones en la estructura oro facial o a extirpaciones quirúrgicas. Según la división anatómica de los órganos periféricos del habla, los autores describen los siguientes subtipos: **labial**, **mandibular**, **dental** (incluida a veces en la mandibular), **lingual**, **palatina** o palatal y **nasal**.

- La **disglosia labial** es el trastorno en la articulación de los fonemas por alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Entre los factores asociados directos, se nombran el labio leporino, el frenillo labial superior hipertrófico, las fisuras del labio inferior, la parálisis facial, la macrostomía (alargamiento de la hendidura bucal, con malformaciones de la oreja), las heridas en los labios y la neuralgia del trigémino.
- La **disglosia mandibular** es el trastorno de la articulación de los fonemas por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Alteraciones orgánicas causales suelen ser la resección del maxilar superior o de la mandíbula inferior (operación a causa de heridas, accidentes, cáncer); la atresia de la mandíbula (que queda más pequeña por detención en su desarrollo); y la progenie (o mandíbula muy prominente).
- La **disglosia dental** es el trastorno en la articulación de los fonemas a causa de algunas anomalías dentarias. Entre los factores etiológicos, los autores aluden a desequilibrios hormonales, herencia, problemas de alimentación, falta de piezas dentarias, maloclusiones, ortodoncia y prótesis.
- La **disglosia lingual** es la alteración en la articulación de fonemas por un trastorno orgánico de la lengua.³⁵⁹ Los factores orgánicos etiológicos son la anquiloglosia o frenillo corto (poco frecuente y responsable sólo de algunos casos de rotacismo); parálisis unilateral o bilateral de la lengua; malformaciones (como la macroglosia o tamaño exagerado); y la glosectomía (pérdida de parte de la lengua por amputación u otras causas).
- La **disglosia palatina o palatal** es la alteración de la articulación de los fonemas causadas por trastornos orgánicos del paladar óseo y del velo del paladar. Entre los factores causales se mencionan la fisura palatina (Perelló le dedica 50 páginas!); la fisura submucosa del paladar (muy rara: el paladar óseo no se ha unido en la línea media, pero sí la mucosa que lo recubre); el paladar ojival, el paladar corto, el velo del paladar largo, la ausencia de pilares, úvula bífida y otros.

359 Perelló destaca cómo la rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua son de extraordinaria importancia para la articulación: “No en balde a un modo de hablar, a un idioma, se le llama lengua”.

- La **disglosia nasal** es la alteración en la producción de sonidos del habla por algún proceso patológico que afecta las fosas nasales y su resonancia. En las etiologías se citan la rinolalia cerrada o hipo-rinolalia (los fonemas nasales se alteran en forma de /b/ o /d/ y también la resonancia de las vocales, a causa de adenoides, pólipos y otros factores); la rinolalia mixta, producida por insuficiencia velar; y la cirugía nasal.³⁶⁰

El tratamiento de las diferentes disglosias está muy relacionado con la alteración orgánica a su base. El trabajo del especialista en los trastornos del habla debe darse en conjunto o paralelamente a la intervención del médico o profesional indicado. Como las causas son variadas, el tipo de intervención debe ajustarse necesariamente a ellas: quirúrgico, plástico, farmacológico, foniátrico, ortodoncia..., lo que posibilitará la labor del fonoaudiólogo y educador especial. A modo de ejemplo, la **fisura del paladar** (para la cual hay tanto explicaciones endógenas, como exógenas) produce una serie de **trastornos articulatorios**. Gallardo y Gallego, basados en el trabajo de diferentes expertos y en su propia experiencia profesional, nombran los más frecuentes. Para las disglosias, los mismos autores citan -aparte de los factores directos, como labio leporino, fisura palatina, etc.- posibles **factores indirectos**: privación sociocultural, hipoacusia y deficiencia intelectual. También señalan para los diferentes tipos de disglosias (labiales, dentales, linguales, palatales...) si es aconsejable la intervención quirúrgica, a qué edad debe llevarse a cabo, y las características de la intervención logopédica o fonoaudiológica.

En otras palabras, tan pronto como el niño es capaz de controlar los órganos articulatorios como resultado de la intervención quirúrgica, farmacológica, electroterapia, masajes, cirugía maxilofacial, ortodoncia, etc., según corresponda, podrá ejercitar las posiciones correctas que recomienda el logopeda, como ocurre con las dislalias funcionales. Se evaluará también, como se explicó antes, la necesidad de intervención **indirecta** junto a la **directa**.

Trastorno fonológico

Una contribución teórica y práctica en el país, de gran importancia en el área, la han hecho Pavez, Maggiolo y Coloma (2008) por medio del **Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R** (Test de Evaluación de Procesos de Simplificación Fonológica versión Revisada (**TEPROSIF-R**), que tiene como objetivos **identificar los procesos con que los niños de 3 a 6 años simplifican la producción fonológica de sus palabras** y entregar **normas** para establecer si la cantidad de procesos que presentan corresponde a lo esperable para su edad.³⁶¹ El test consta de 37 ítemes correspondientes a palabras de distinta metría (monosílabos, bisílabos, trisílabos...), acentuación (agudos, graves, esdrújulos), complejidad silábica (estructuras CV, VV, CVC, CCV, CCVC, CVVC). Ejemplos de ítemes son **tren, pantalón, refrigerador, auto, plancha, rueda, helicóptero...**La prueba, explican las autoras, se sustenta en la teoría de la Fonología Natural. Este enfoque propone que el niño, al escuchar la palabra proporcionada por el adulto, e intentar reproducirla, la emite simplificada fonológicamente: “jirafa”, “globo”

³⁶⁰ Se llama rinolalia abierta o rinofonía o hiper-rinolalia al paso audible de aire a través de la nariz y en un tiempo inapropiado (Perelló).

³⁶¹ El TEPROSIF-R, publicado en la colección APRENDIZAJE de Ediciones Universidad Católica de Chile, consta de un manual de aplicación y un set de láminas. Su versión anterior, TEPROSIF (2000), ha sido recomendada en los decretos 192 (1997) y 1.300 (2002) del MINEDUC, y es utilizada en todas las escuelas especiales de lenguaje del país. Las características psicométricas y datos relativos a la estandarización se pueden encontrar en el manual del test.

se transforman en “fafa”, “bobo”. En los niños pequeños son frecuentes las omisiones de la coda silábica, como en /sáto/ por “salto” y las reducciones de los inicios complejos, como en /páto/ por “plato”.

Según la teoría, que adoptan las autoras, el desarrollo fonológico, además de la adquisición de fonemas, consiste en la eliminación paulatina de los **procesos de simplificación fonológica** (PSF), hasta que se emite la palabra igual al modelo adulto. El **trastorno fonológico** se caracteriza porque los menores **presentan dificultad con la estructura fonológica de las palabras y por ello las simplifican** (de modo que impresionan como niños de menor edad), sin embargo, pueden articular bien aisladamente los fonemas. De acuerdo a la teoría de la Fonología Natural, **estos niños conservan procesos de simplificación en edades en que ya deberían haberlos eliminado**. Esta perspectiva teórica ha contribuido a precisar la existencia de **trastornos fonológicos** como entidades diferentes de los **problemas fonéticos y articulatorios**.

- Los problemas **fonológicos** implican algún tipo de dificultad para almacenar, representar y/o recuperar la información acerca de la organización de los fonemas en la palabra.
- Los problemas **fonéticos** afectan la producción de uno o más fonemas que no son articulados adecuadamente: la emisión es siempre la misma y ocurre en todo tipo de tareas lingüísticas.

La teoría distingue tres tipos de PSF: **1.** relacionados con la **estructura** de la sílaba y palabra; **2.** de **sustitución** y **3.** de **asimilación**.³⁶² Cada uno de estos tipos de procesos aparece cuidadosamente definido en el Manual de Aplicación con numerosos ejemplos, y con una tabla síntesis para cada uno de ellos.

- Los relacionados con la **estructura** son procedimientos mediante los cuales el niño simplifica las sílabas tendiendo a transformarlas en estructuras del tipo consonante + vocal (CV) o simplifica la estructura métrica o rítmica de la palabra para facilitar su emisión. Las autoras describen 8 tipos diferentes. Entre ellos:

Reducción de grupo consonántico:	/tren/	▶	/t_en/
Reducción de diptongo:	/puénte/	▶	/p_énte/
Omisión de consonante trabante o coda silábica:	/pantalón/	▶	/pa_talón/

- Lo de **asimilación** son procedimientos mediante los cuales se cambia un fonema para hacerlo igual o semejante a otro presente en la palabra modelo o en la emitida por el niño. Describen 9 variedades. Entre ellas,

Asimilación idéntica:	/bufánda/	▶	/bubánda/
Asimilación por semejanza labial:	/plátano/	▶	/plátamo/
Asimilación por semejanza dental:	/maripósa	▶	/madipósa/

- Los de **sustitución** son procedimientos para simplificar la palabra, donde se sustituyen fonemas pertenecientes a una clase, por miembros de otra clase, o fonemas de una misma clase entre

362 Bosch (1984) se refiere a tres enfoques principales dentro de los numerosos estudios realizados por autores ingleses y norteamericanos en el desarrollo fonológico:

1. Estudios estadísticos, como los de Templin, Poole y otros, que describieron los sonidos que un porcentaje significativo de niños ya tiene logrados en una determinada edad. Sus tablas de secuencias por edad constituyen puntos de referencia importantes para los terapeutas del lenguaje.

2. Trabajos de índole teórico-lingüísticos cuya unidad de análisis está en los rasgos distintivos de los fonemas, en la línea de Jakobson: la adquisición de fonemas es vista en función de la adquisición de contrastes entre rasgos distintivos.

3. Trabajos que ponen énfasis en la identificación de los procesos fonológicos que actúan simplificando el habla en las producciones verbales infantiles (procesos relativos a la estructura silábica, asimilatorios y sustitutorios), en la línea de Ingram.

Bosch, L. "El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación". En M. Siguán: "Estudios sobre psicología del lenguaje infantil". Pirámide, Madrid, 1984.

sí, como ocurre en los líquidos (/l/ y /r/) y en los fricativos. Se considera que existe sustitución sólo cuando el cambio de un fonema por otro no es explicable por asimilación. En el manual se describen 16 tipos o variedades. A modo de ejemplo:

Procesos que afectan a fonemas que traban la sílaba (coda):

ej. aspiración de fonema trabante de sílaba: /dúlse/ ▶ /dúhse/

Procesos según zona de articulación:

ejemplo frontalización (de palatales y velares): /guánte/ ▶ /buánte/

Procesos según modo de articulación:

ejemplo. fricativización de oclusivos o africados: /puénte/ ▶ /fuénte/

El test posee una **hoja de respuestas** y también una **hoja de análisis** que el examinador utiliza como apoyo para decidir acerca del tipo de proceso de simplificación usado por el niño. Se exponen con gran detalle los criterios de corrección.

No se trata de una prueba de repetición de palabras dichas por el examinador o de imitación directa: el niño debe **completar** pequeños enunciados con la palabra ilustrada en la lámina, lo que lo obliga a “programar” la respuesta, incluyéndose el ítem en un contexto visual y lingüístico significativo.³⁶³

EDAD	NIVELES DE DESEMPEÑO		
	NORMAL	RIESGO	DÉFICIT
3.0 - 3.11	0 a 42	43 a 57	58 o más
4.0 - 4.11	0 a 23	24 a 33	34 o más
5.0 - 5.11	0 a 14	15 a 21	22 o más
6.0 - 6.11	0 a 10	11 a 15	16 o más

Fig. 13.8. Niveles de desempeño para cada rango de edad, medidos por el **número de procesos de simplificación fonológica** en la aplicación del TEPROSIF-R. El número de procesos disminuye con la edad.

Si bien siempre se debe aplicar el test completo (37 ítems), el examinador puede llevar a cabo un “barrido inicial” con los primeros 15 ítems. Hay varias tablas con normas. A fin de que el lector se forme una idea de los niveles de desempeño por edad con la prueba total, se muestra en la fig. 13.8 parte de la tabla que aparece en el test: se omite la información relativa a promedios y desviaciones estándar. Ahí se puede observar claramente cómo los procesos de simplificación fonológica disminuyen con la edad, cómo es normal que en cada edad existan algunos de tales procesos y cuándo el niño está en riesgo de presentar trastorno fonológico o ya resulta claro que lo presenta.

Se trata, en consecuencia, de una prueba muy bien diseñada, válida y confiable. Para la obtención de normas se aplicó a más de 600 niños y niñas. Un capítulo especial está dedicado al análisis estadístico.

363 Ejemplo: Lámina n° 12:

- Aquí hay un dinosaurio.
- En el agua está el _____.

Trastornos de la articulación y expresión del habla

DISARTRIAS

Disartria, explica Crystal, es el nombre que se da

- a una serie de **trastornos motores del habla**,
- que surgen **como resultado de un daño en el sistema nervioso**,
- y que se manifiestan por **dificultades neuromusculares**.

Perelló et al. (1970, 1990) afirman que para que la secuencia del habla se realice de manera correcta, se hace necesaria **la acción coordinada de todo un conjunto de estructuras** que gobiernan la respiración, la fonación y la articulación:



“El acto fonético se produce gracias a la acción de los nervios craneales V, VII, IX, X, XI y XII, y pares raquídeos cérico-dorsales. Gracias a la inervación periférica es posible la acción de los músculos articulatorios. Pero para que esta acción sea correcta, estos músculos deben actuar con una coordinación de milésimas de segundo. Exigen, pues, una actividad cerebral que organice estas actuaciones musculares, elabore los ‘patterns’ y cuide su correcta realización.

La expresión del lenguaje se verá alterada por una lesión de los nervios periféricos o de sus núcleos motores, por un fallo en la organización, clasificación y retención de los ‘patterns’, o bien por la incorrecta realización de estos patrones fonéticos.

Si los músculos fonatorios presentan una alteración de su tono muscular, tienen movimientos anormales involuntarios o existe una interrupción de la orden cerebral, el habla se verá alterada, no será posible o bien será ininteligible”.

En consecuencia, para estos investigadores la disartria es toda **alteración de la articulación y expresión del habla que obedece a trastornos del tono y movimiento de los músculos fonatorios, secundarios a lesiones del sistema nervioso central o a enfermedades de los nervios o músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla**. Dice Crystal (1983) que puede resultar afectado cualquier aspecto de la producción, dependiendo de dónde ocurra la lesión: si en el SNC o en el periférico. Puede haber problemas de respiración, fonación, articulación, o prosodia. También pueden verse alteradas otras actividades en las que intervienen los órganos vocales, tales como mascar, tragar, sonreír, toser, estornudar.

Lenneberg en su clásica obra “Fundamentos biológicos del lenguaje” (1975) establece una comparación con la **afasia** (que revisaremos más adelante) y afirma que **mientras la afasia se refiere fundamentalmente a contenido, la disartria se refiere exclusivamente a la forma de producción**. Observa también que es muy común encontrar afasia sin disartria y, más frecuente aún, disartria sin afasia. Ahonda en el tema haciendo referencia a las diferentes formas que puede asumir el trastorno. Así, a modo de ejemplo, la disartria causada por lesiones corticales “tiende a producir un habla que recuerda a alguien hablando con una patata caliente en la boca”. Las lesiones inferiores, por su parte, producen interferencias con los procesos articulatorios, siendo los más comunes las alteraciones de la velocidad. En la literatura especializada aparece con frecuencia el término **anartria**. Este hace referencia a la **ausencia total** de articulación debido a insuficiencia neuromuscular. Corresponde al extremo más severo de la disartria. Según Crystal

es poco frecuente, en comparación “con los diversos grados de insuficiencia parcial que van de medio a severo”. La disartria o ‘las disartrias’ se suelen clasificar según la localización de las lesiones en el sistema nervioso. Gallardo y Gallego describen varios tipos en su manual de logopedia escolar. Resumimos en parte sus ideas:³⁶⁴

- **Disartria espástica:** la afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior.

Algunas características:

- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.
- Exaltación de los reflejos y presencia de reflejos patológicos.
- Asociación a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales).
- No hay atrofia de fibras musculares.
- Frecuente alteración del control emocional.

• **Implicaciones en la producción oral:**

- Disfunción articulatoria.
- Emisión de frases cortas.
- Voz ronca.
- Tono bajo y monótono.
- Lentitud en el habla.
- En ocasiones, interrupciones tonales o de la respiración.
- Articulación consonántica poco precisa y, a veces, distorsiones vocálicas.

- **Disartria atáxica:** la afectación ocurre en el cerebelo. Este órgano regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores. La afectación del habla suele ocurrir simultánea a lesiones cerebelosas bilaterales o generalizadas.

Algunas características:

- Movimientos imprecisos: su dirección, duración e intensidad son lentos e inapropiados en la fuerza.
- Posible irregularidad de los movimientos oculares.
- Disfunción faríngea.
- Alteraciones de la marcha y el equilibrio.
- Hipotonía de los músculos afectados.³⁶⁵

364 Véase al respecto lo que se describió en el cap. 9 sobre la parálisis cerebral por la relación existente entre sus variedades y algunos de los tipos de disartria.

El manual de logopedia de Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995) dedica todo un capítulo (el XIX) a las alteraciones del lenguaje en el niño con parálisis cerebral. Junto con referirse al desarrollo del lenguaje en tales niños (se trata de niños disártricos), describe algunos trastornos asociados (crisis epilépticas, alteraciones sensoriales, emocionales, relacionales, intelectuales, lingüísticas), la etiología y clasificación de la PCI.

La segunda parte del capítulo trae la estrategia de evaluación, la intervención logopédica -que exige una labor cooperativa-, y los sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación.

365 La hipotonía es un trastorno del tono muscular que consiste en una anormal disminución de él, permanente. Se pone de manifiesto en un aumento de la pasividad muscular, en una disminución de la resistencia al estiramiento. El músculo tiene una consistencia flácida, fofa.

La hipertonia, en cambio, consiste en aumentos del tono que se ponen de manifiesto tanto en reposo como en actividad. Perelló et al. describen 3 tipos:

1. La espasticidad es un aumento del tono muscular con características y distribución bien definidas: es de tipo elástico (si se tracciona un músculo y se suelta, vuelve a su posición original); afecta a músculos cuya acción tiene determinado signo y no a sus contrarios, es decir, afecta a flexores o a extensores, pero no a ambos: los músculos antagonistas a los espásticos suelen estar hipotónicos. La espasticidad se exagera con las emociones, con la tensión psíquica, al tratar de realizar bien un movimiento, con el esfuerzo y con el desequilibrio.
2. La rigidez también es un aumento permanente del tono. A diferencia de la espasticidad, que se circunscribe generalmente a los músculos de una acción determinada, tiene una distribución más global. Afecta tanto a agonistas como a antagonistas. El músculo espástico tiene una reacción elástica al estiramiento: en el rígido la resistencia se mantiene igual y no hay tendencia a volver a la posición inicial. Se le llama también, por eso, hipertonia plástica o cética. Da lugar a hipocinesia (disminución del movimiento), bradicinesia (lentitud de movimiento) e hipomimia o amimia (disminución o pérdida de la expresividad por gestos). Se influye poco por las emociones, el desequilibrio, etc.

- **Implicaciones en la producción oral:**

- Voz áspera y monótona.
- Voz débil y vacilante, con escasas variaciones en intensidad.
- Indefinición consonántica y distorsión vocálica.
- Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas y prolongación de fonemas.

- **Disartria flácida:** la lesión está localizada en la neurona motriz inferior.

Algunas características:

- Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.
- Atrofia de fibras musculares.
- Debilidad durante el ejercicio (en especial, musculatura ocular, cuello, cintura escapular).
- Deglución dificultosa.
- Afectación de la lengua, de los movimientos del paladar y posible afectación de la musculatura respiratoria.

- **Implicaciones en la producción oral:**

- Voz ronca y poco intensa.
- Monotonía.
- Hipernasalidad.
- Debilidad de cuerdas vocales, paladar y laringe.
- Articulación consonántica distorsionada.
- Respiración jadeante.
- Alteración prosódica.

- **Disartrias por lesiones en el sistema extrapiramidal** Entre las funciones del sistema extrapiramidal están las que tienen que ver con la regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonicos cuando hay movimiento; la regulación de los movimientos automáticos y la adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas. Gallardo y Gallego explican que las lesiones en el sistema extrapiramidal pueden ocasionar dos tipos de disartria:

A. Hipocinéticas: muy típica en la enfermedad de Parkinson.

Algunas características:

- Movimientos lentos, limitados y rígidos.
- Hipoquinesia.
- Movimientos repetitivos en los músculos del habla.
- Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.

- **Implicaciones en la producción oral:**

- Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión.
- Frases cortas.
- Monotonía tonal.
- Imprecisión articularia.
- Variabilidad en el ritmo articulario.

B. Hiperkinéticas: caracterizadas por la presencia de movimientos involuntarios y excesivos, que entorpecen los movimientos normales voluntarios.

Algunas características:

- Movimientos anormales involuntarios: coreicos y/o atetósicos, temblores, distonía...³⁶⁶

3. La tensión se caracteriza por ser una hipertonia variable, que aparece y desaparece, incluso en la misma sesión exploratoria. Las emociones, la atención, el desequilibrio, el esfuerzo, etc., hacen aparecer la tensión o bien la exageran, muchas veces de manera más intensa que lo que ocurre con el músculo espástico.

366 Las hipertónicas e hipotónicas, como ya se explicó, son alteraciones del tono muscular. Se trata de síndromes centrales (que deben distinguirse de

- **Implicaciones en la producción oral:**
 - Distorsión de vocales y alteración prosódica.
 - Articulación imprecisa de fonemas.
 - Alteraciones respiratorias y de fonación.
 - Tono monótono.
 - Inspiraciones audibles y temblor en la voz.

En relación con el tema de las disartrias y las afasias, los autores tocan el de la **dispraxia verbal, dispraxia del habla o dispraxia articularia**. Consiste, según Crystal, en la **disrupción de la capacidad para controlar la posición de los músculos para hablar, y en la secuencia en que debe hacerse**. No hay daño o anomalía estructural importante en el sistema nervioso o músculos. **Apraxia** se refiere a la disrupción total de la actividad en cuestión, siendo poco frecuente. **Dispraxia** se refiere a una disrupción parcial. Es el término que se emplea, por lo general. Los términos **apraxia** y **dispraxia** se utilizan en un sentido más amplio que el referido específicamente al habla y la articulación. Como explica Crystal, en su sentido más general se refieren a la **disrupción de la capacidad para producir una respuesta motora con finalidad**. El paciente sabe lo que quiere hacer, pero carece de control sobre las actividades musculares necesarias para llevar a cabo la actividad deseada (por ejemplo, la actividad de vestirse). Sin embargo, las actividades involuntarias que utilizan los mismos músculos no están afectadas.

La **apraxia**, dice Cairo Valcárcel (1989),³⁶⁷ se caracteriza por:

- La pérdida de la capacidad adquirida para la realización de acciones motoras intencionadas.
- Sin signos evidentes que muestren la presencia de una paresia central o trastornos de la coordinación de movimientos (trastornos paralíticos, atáxicos, etc.).
- En una persona que posee pleno conocimiento de la acción que ha de llevar a cabo.

Perelló sostiene que es el resultado de un fracaso de la actividad neurológica superior que elabora la corteza. El sujeto **no es capaz de organizar el acto** pese a que “puede hacerlo, por la indemnidad de los elementos que deben ejecutar la acción” y a pesar de que “sabe lo que quiere hacer”. Cairo Valcárcel describe varios **tipos de apraxia**. Entre ellas:

cuadros periféricos). También son alteraciones del tono las distonías y espasmos, que consisten en el aumento paroxístico del tono de un grupo de músculos: cuando aparecen de forma brusca se les denomina espasmos. Pueden afectar, explica Perelló, todos los músculos, los de la cara y labios, lengua, glotis, diafragma, laringe. El autor, también dentro de los síndromes centrales, describe los siguientes trastornos del movimiento (con detalle de su etiología y de las enfermedades con que cursan):

- movimientos anormales involuntarios: aparecen espontáneamente.
 - coreicos: bruscos, breves, irregulares, desordenados: afectan la cara, lengua, labios, extremidades...
 - atetósicos: lentos, repetitivos, serpenteados: se aprecian en dedos de las mano y pies, cara, labios, lengua; aparecen especialmente al mantener la postura.
- paresias y parálisis: disminución de la fuerza muscular voluntaria y pérdida completa de ella.
- sincinesias: son una manifestación de la organización anómala de la motricidad. En la sincinesia global, al realizar un esfuerzo en cualquier parte del cuerpo, aumenta globalmente la hipertonía. En la sincinesia de coordinación se hace imposible contraer aisladamente un músculo sin que aparezca la contracción de otros músculos. Es decir, junto al movimiento deseado, se realizan otros movimientos asociados.
 - ▶ El "Manual para el examen psicológico del niño" de René Zazzo (Edit. Kapelusz) trae 3 pruebas de sincinesias: una prueba de movilidad facial, otra de motricidad digital y un test de sincinesias de los miembros superiores.
- ataxia, distaxia: es la torpeza en la coordinación del trabajo en equipo de varios músculos para llevar a cabo un movimiento armónico adaptado a una finalidad. Normalmente la realización de un movimiento, por elemental que sea, comporta una acción conjunta de varios músculos que cooperan con el agonista. (Perelló describe los tipos de trastornos que producen ataxia). Es sinónimo de incoordinación.
- apraxia, dispraxia (ver texto).

- **Constructiva:** es la incapacidad para construir un conjunto a partir de sus elementos componentes (armar una figura teniendo sus piezas).
- **Ideomotora:** el sujeto tiene conservado el plan de actividades a realizar, sin embargo falla manifiestamente en la ejecución de los gestos: llamar a alguien con la mano, gestos de peinarse, afeitarse, lavarse los dientes, fumar.
- **Ideatoria:** incapacidad para llevar a cabo las diferentes acciones sucesivas de un acto, generalmente complejo.
- **Motora:** incapacidad para llevar a cabo una actividad motora que requiere una secuencia determinada de acciones.
- **Del vestirse:** al pedirle al sujeto que anude los cordones de los zapatos o se ponga la camisa, lleva a cabo una serie de intentos infructuosos y a veces irracionales.
- **Orofacial:** dificultad para ejecutar diversos movimientos voluntarios fino y regulares con la boca, la lengua y el rostro en general: silbar, sacar la lengua y ponerla en diferentes posiciones, mostrar los dientes, sonreír, hacer determinadas muecas, poner los labios en diferentes posturas...

Gallardo y Gallego se refieren a la dispraxia articularia del desarrollo³⁶⁸ como “una forma especial de disartria”. Crystal, quien hace un cuidadoso análisis de la dispraxia articularia, a la que incluye en su clasificación dentro de las patologías centrales, al comparar **afasia** (disfasia) con **dispraxia**, dice que “en la primera no se puede **decir** lo que se quiere, mientras en la segunda, no se puede **hacer** lo que se quiere”:



“Tan pronto como el paciente intenta construir un discurso al margen de las frases más automáticas, encuentra grandes dificultades de expresión. Su capacidad para repetir una secuencia de sonidos iguales es también muy reducida. Los errores que se cometen son muy inconsistentes...”

Al comparar la sintomatología afásica con la dispráxica, observa que los problemas lingüísticos que aparecen en la dispraxia son identificables principalmente a nivel fonológico y no afectan otras modalidades. Para Crystal, la distinción teórica entre **dispraxia** y **afasia expresiva** en que la fonología ha resultado afectada, es que en esta última el sistema fonológico está perturbado en sí mismo (ausencia de fonemas o de las reglas que gobiernan sus combinaciones). **En aquella, el sistema fonológico está intacto, pero el paciente es incapaz de controlar su empleo.**

Desafortunadamente, dice el autor, la situación clínica es confusa ya que **se ha utilizado a veces el término dispraxia para referirse a las anomalías fonológicas de la afasia expresiva** y en muchos pacientes no está claro si el sistema subyacente ha resultado afectado. De hecho, algunos teóricos ven la dispraxia como un síndrome específico de la afasia expresiva. Otros, en cambio, estiman que **las diferencias cualitativas entre afasia y apraxia son lo suficientemente grandes como para justificar que sean consideradas síndromes distintos**. Esta postura representa su punto de vista, según el cual se pueden encontrar pacientes que tienen:

- Síntomas afásicos (disfásicos) sin dispraxia:** hay alteración en aspectos de su fonología, gramática o semántica, pero la realización fonética de su limitado sistema es correcta, para su edad.
- Síntomas dispráxicos sin afasia:** sus sistemas fonológico, gramatical y semántico son correctos para su edad, pero los procesos que controlan la realización fonética de estos sistemas están alterados.
- Una combinación tanto de afasia como de dispraxia:** la posibilidad más común en adultos.

368 Crystal advierte acerca de los problemas teóricos que existen en el uso de expresiones como dispraxia del desarrollo y disfasia del desarrollo o evolutiva.

La categoría **b** es muy normal en niños, según el autor, y lleva consigo un conjunto de síntomas que pueden ir desde un nivel medio a severo. Asimismo Crystal compara **dispraxia** con **disartria**. Entre otras cuestiones, afirma:



“La diferencia más obvia es que (en la disartria) los músculos del tracto vocal están totalmente deteriorados en sus movimientos (cosa que no sucede en la dispraxia): un paciente disártrico tendrá considerables dificultades para mover la lengua alrededor de la boca, mientras que la lengua del dispráxico es bastante móvil (aunque no está necesariamente bajo su control)...

El disártrico no tiene dificultades, normalmente, para controlar sus órganos vocales, dentro de los límites de su capacidad muscular: por ejemplo, se esforzaría para imitar palabras cuando se le pidiese hacerlo, a diferencia del dispráxico que tendría grandes dificultades para organizarse con el fin de realizar esta tarea”.

Crystal concluye el punto diciendo que **la diferencia entre dispraxia y disartria está muy clara**, aunque advierte que “no debemos olvidar que ambos tipos de trastornos de producción pueden combinarse: caso del paciente que tiene problemas tanto con su capacidad para organizar los sonidos como para llevarlos a cabo”. Al tratamiento de cada tipo de disartria, así como a las disartrias en general, Perelló dedica varias páginas, en las que contempla los aspectos médicos, quirúrgicos, ejercicios de relajación, respiración, etc., según corresponda. La terapia del habla deberá contemplar las deficiencias particulares de cada tipo de paciente, así como la severidad del trastorno, cuya expresión más compleja la constituyen los casos de anartria, “verdadero desafío a la habilidad del logopeda”.

Para el niño con **parálisis cerebral** -que requiere una actuación cooperativa de profesionales a cargo de diferentes aspectos: neurológico, ortopédico, fisioterapéutico, psicológico escolar y logopédico- en lo que concierne a la intervención del lenguaje y del habla, Gallardo y Gallego abordan las siguientes dimensiones, que el lector puede examinar en su obra para formarse una visión más acabada:

- Relajación general.
- Control bucal, postural y de la alimentación.
- Respiración y fonación.
- Praxias bucolinguales.
- Articulación.
- Lenguaje oral.

Trastornos de la voz y la resonancia

Entre las **patologías de la producción**, Crystal incluye -junto a los trastornos de la articulación, de la fluidez y el ritmo- los **trastornos de la voz**. Perelló y asociados los tratan en un apartado especial, diferente al de los trastornos del habla (en este último incluyen la dislalia, disglosia, disartria y la disfemia). Ingram, por su parte, los analiza en primer lugar, en el punto 1 de su clasificación. En la que hemos propuesto para este capítulo (**fig.13.5**), quedan incluidos en los trastornos del habla, por oposición a los del lenguaje.

La voz de cada persona tiene un sello tan particular, que permite se la identifique fácilmente a través de ella. Ello se debe a que su boca, faringe y estructuras adyacentes -si bien similares en sus rasgos esenciales a las de otras personas- acusan diferencias que se traducen en gamas de frecuencias de sonidos y timbres muy peculiares. La similitud es mayor, por cierto, a partir de los aspectos anatómicos mismos, entre familiares próximos, como padres e hijos, o hermanos (por lo que a veces incluso sus voces se confunden). Crystal destaca cómo las variaciones de nuestras voces **comportan emociones** (“voz de enfado”, “voz sarcástica”, etc.) o **reflejan la personalidad** (“voz juvenil”, “voz deprimida”, etc.).

La voz se produce en la **laringe**, porción modificada de la tráquea, al vibrar dos bandas elásticas, las **cuerdas vocales**, que entran en acción por la corriente espiratoria de aire de los pulmones: dicho proceso se conoce como **fonación**. La laringe, se explica en los tratados de fisiología humana, es semejante en muchos aspectos a un instrumento de viento, en el cual una corriente de aire se hace vibrar por las oscilaciones de una lengüeta elástica.³⁶⁹ Sin embargo, mientras que el período de las vibraciones en el instrumento -y por tanto “la nota”- está determinado por la longitud del tubo que va unido a la boquilla, (e incluso por la longitud de esta misma), en la laringe la nota producida por el sople de aire **es modificada parcialmente por alteraciones en la tensión de las cuerdas vocales, y en parte modificando la fuerza del sople de aire**. Las cuerdas son un par de pliegues musculares ubicados desde un solo punto en la terminación anterior del cartílago **tiroides** hasta las prolongaciones anteriores de los 2 cartílagos **aritenoides**. Sus bordes interiores tienen unos 23mm en el hombre y 18 en la mujer, precisa Crystal.³⁷⁰ El espacio que queda entre ellos se denomina **glotis**, con unos 12mm de ancho, alcanzando su mayor dilatación cuando está totalmente abierta. Durante la respiración, las cuerdas están ampliamente separadas en su fijación a los cartílagos aritenoides, dando lugar a una abertura triangular de la glotis. En la fonación, las cuerdas se estiran dejando una abertura cuya forma depende de la nota que se emite (desde un orificio redondeado o una ranura muy fina).

Las **alteraciones de la voz** pueden ocurrir en cualquiera de sus características: **intensidad, tono y timbre**:

- La **intensidad** permite distinguir entre sonidos fuertes y débiles: es la mayor o menor fuerza espiratoria con que se emiten. En términos físicos corresponde a la amplitud de onda. Una voz puede ser, por ejemplo, desproporcionadamente fuerte o demasiado débil.
- El **tono** se relaciona con la altura musical del sonido y está determinado por la frecuencia de las vibraciones: a mayor número de vibraciones por unidad de tiempo, resulta más agudo. Una voz puede ser, por ejemplo, muy alta o “chillona”, o muy baja en el registro tonal, o tener un registro muy limitado (voz “monótona”).

369 Davson, Hugh & Eggleton, Grace: “Fisiología humana”. Aguilar, Madrid, 1968. Se puede encontrar una información muy completa -ilustrada con fotografías y gráficos- sobre el proceso de la fonación, de la producción de la voz y sus características; acerca del análisis del habla y de sus armónicos; sobre la espectrografía de la locución, etc.

370 El autor realiza un detallado análisis de toda la fisiología del habla y de la anatomía de los órganos que intervienen, en el cap. 3 de su Patología del Lenguaje (Ediciones Cátedra, S.A.m Madrid, 1983).

Nótese que la laringe cumple tanto funciones biológicas (actúa como válvula de cierre de los pulmones, evitando, por ejemplo, que una materia extraña se introduzca en la tráquea), como lingüísticas (producción de diferentes tipos de sonidos, dependiendo del modo de acción de las cuerdas vocales). La laringe está constituida por nueve cartílagos: el tiroides, el cricoides y el epiglótico. Los otros seis consisten en tres pares: los aritenoides, los corniculados y los cuneiformes.

“Los cartílagos, explica Crystal, se conectan entre sí en uniones en torno a las cuales se mueven para responder a las presiones de los distintos músculos y ligamentos con los cuales están conectados. Es posible realizar un amplio abanico de movimientos, lo cual permite la ejecución de multitud de sonidos. Encima de la laringe se encuentra situado el hueso hioides, que actúa como base de la lengua y también está conectado con la laringe por varios músculos”.

- El **timbre** corresponde a los matices individuales y peculiares de la voz (muy semejante entre padres e hijos o hermanos) y depende de las características del “resonador”. Una voz puede ser, por ejemplo, excesivamente nasal o “gangosa”.

Se distingue entre trastornos de la **fonación** y de la **resonancia**. Este criterio se traslapa, por cierto, con el anterior.

- Los trastornos de la **fonación** ocurren cuando algo interfiere en el funcionamiento normal de la **laringe**. Por ejemplo, en lugar del tipo esperado de efectos vocales, aparecen distorsiones como ronquera o temblores.
- Los de la **resonancia** se dan cuando hay interferencias en el funcionamiento de las **cavidades adyacentes**, tanto antes como después de la glotis, produciéndose timbres anormales (como el caso de la voz excesivamente nasal nombrado anteriormente).

Gallardo y Gallego (1995) enumeran varios factores que pueden estar a la base de las alteraciones, clasificándolos en **anatómicos**, **fisiológicos**, **psicológicos** y **ambientales**. Explican que alguno de ellos es, por lo general, el que determina la aparición de la alteración. Otros, en tanto, pueden contribuir a su mantención o agravamiento. Entre ellos:

- Enfermedades del aparato respiratorio: laringitis y bronquitis crónicas, asma, vegetaciones adenoideas³⁷¹, sinusitis, amigdalitis, etc.
- Malformaciones laríngeas.
- Intervenciones quirúrgicas y manipulaciones terapéuticas.
- Traumatismo laríngeo (en quien “grita sin parar”).
- Mal uso respiratorio y vocal (por ej., un exceso de presión subglótica produce fatiga vocal)
- Sustos, accidentes, abandonos...
- Rasgos de personalidad o de comportamiento (un niño con un trastorno de exteriorización puede forzar continuamente la voz; otro, tímido e inhibido, puede desarrollar una voz débil y ronca).

A causa de la variedad e interrelación de factores en juego, no resulta fácil clasificar los trastornos de la voz. Entre otras cosas, explican los autores, no siempre está clara la relación entre lo orgánico y lo funcional. La mayoría de los investigadores suelen usar como criterio los factores etiológicos. Ellos optan por considerar simultáneamente tres aspectos: **cuantitativo**, **topográfico o de localización**, y **etiológico**.

CUANTITATIVO	LOCALIZACIÓN	ETIOLÓGICO
Afonías Disfonías	Laringofonías Rinofonías: - Abiertas. - Cerradas.	Orgánicas: - Congénitas. - Inflamatorias. - Traumáticas. Funcionales: - Hipercinéticas. - Hipocinéticas.

Fig. 13.9. Clasificación de las alteraciones de la voz. Tabla adaptada de Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995) quienes integran 3 puntos de vista: cuantitativo, topográfico y etiológico.

371 Adenoide: nombre genérico para la hipertrofia del tejido ganglionar que existe en la rinofaringe. Vegetación adenoidea: hipertrofia de las amígdalas faríngea y nasal y, sobre todo, de los folículos linfáticos de la parte posterior de las fosas nasales.

Sintetizamos a continuación la explicación que dan estos autores para cada una de las alteraciones mencionadas en la clasificación:

- **Afonía:** pérdida total de la voz a causa de un estado inflamatorio agudo, un traumatismo, parálisis laríngeas, cuadros psíquicos histéricos... Poco frecuente en edad escolar.
- **Disfonía:** pérdida parcial de la fonación o alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades, a causa de un trastorno orgánico o por su inadecuada utilización.

Las patologías que siguen se describen en relación a las **disfonías**, ya que la afonía es la pérdida total de la voz y no hay vibración de las cuerdas.

- **Laringofonías:** son disfonías localizadas en la laringe. Las más frecuentes en los niños son una **mala impostación** (por ej., voz de falsete); **ronquera vocal** (voz muy fuerte, sin timbre y demasiado grave, ocasionada por gritos excesivos); **laringitis funcional** (que puede seguir a estados inflamatorios suprararíngeos agravados por el abuso de la voz gritada: se puede enronquecer hasta llegar a la afonía); **fonastenia** (cansancio vocal o fatiga, a causa de una hipertrofia adenoídea, amígdalas hipertróficas, sinusitis y mala emisión vocal: voz débil, poco profunda, sin timbre).
- **Rinofonías:** alteraciones de la resonancia que consisten en la nasalización de la fonación: En las **rinofonías abiertas**, el aire escapa por la nariz durante la fonación (por fisura palatina o hipotonía del velo del paladar que no hace contacto con la parte posterior de la faringe): los fonemas orales sordos se nasalizan y en los sonoros hay un exceso de resonancia nasal. En las **rinofonías cerradas**, una obstrucción nasal (por vegetaciones adenoideas, tumores o pólipos nasales) impiden el paso del aire en los fonemas consonánticos nasales y alteran la resonancia de los fonemas sonoros. Son menos frecuentes.
- **Disfonías orgánicas:** causadas por lesiones en los órganos de la fonación. Las hay **congénitas** (por lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos); **inflamatorias** (laringitis aguda, que produce una voz apagada con escape de aire; laringitis crónica, menos grave que la anterior, pero a causa del esfuerzo constante puede producir fonastenia); y **traumáticas** (lesiones por heridas, quemaduras, cirugía, radioterapia, etc.).
- **Disfonías funcionales:** **hipertónicas:** excesiva tensión de las cuerdas vocales durante la fonación. Se da en niños y personas que gritan constantemente hasta que las cuerdas acaban debilitándose; **hipotónicas:** las cuerdas no cierran la glotis por falta de tensión muscular: en personas apocadas o tímidas, con voz velada, poco intensa. Se asocian también a nódulos vocales y pólipos.

Crystal, por su parte, examina:

[1] los **trastornos evolutivos:** por ejemplo, los cambios de voz en la pubertad, etapa en que se torna gradualmente más grave, pudiendo aparecer en algunos jóvenes una voz prepuberal con un efecto de falsete (puberfonía) y en niñas una voz grave y ronca (andروفonía); analiza también los cambios que ocurren en la edad adulta y en la vejez.

[2] los **trastornos orgánicos**, relacionados varios de ellos con diferentes anomalías: nódulos vocales, papilomas, úlceras de contacto, etc.³⁷²

372 Los nódulos vocales son un minúsculo rosario de tejido fibroso benigno que aparece en los bordes de las cuerdas vocales, normalmente bilateral y simétrico, en la unión de los dos tercios medio o anterior. Explica Crystal que son resultado de una fricción excesiva entre las cuerdas, una reacción de irritación al trauma mecánico que supone un abuso de voz: han sido llamados "nódulos del cantante", "del maestro" (!) o "del que grita".

Si tales nódulos continúan creciendo, se hacen más grandes y sólidos, dando a las cuerdas una apariencia de "reloj de arena", a causa de las hinchazones de los lados. Las cuerdas no pueden juntarse, afectándose la posibilidad de vibración: el resultado es una ronquera acentuada, tensión y una voz irregular.

[3] los **trastornos psicológicos**, que pueden expresarse en abuso vocal; como el caso de personalidades inmaduras que manifiestan también sus problemas en alteraciones de la voz, como las “afonías de conversión” en personas histéricas: el paciente pierde el control normal de su musculatura a causa de la tensión emocional, siendo la voz símbolo de la tensión.

Gallardo y Gallego dedican doce páginas de su manual a las estrategias de **evaluación** y a las de **intervención logopédica** (fonoaudiológica) en las alteraciones de la voz. En lo que concierne a las estrategias evaluación, aparte de la **anamnesis** -importante para reunir antecedentes relativos a los problemas de la voz- sugieren los pasos a dar por el especialista en la **exploración funcional** de la respiración, de la fonación y de ciertos aspectos motores (la comprobación, por ejemplo, de si existe esfuerzo laríngeo, que se manifiesta por la hinchazón del cuello o de las venas y a través de la elevación o descenso de la laringe).

La intervención apunta fundamentalmente a la **educación de la respiración** (si es el caso), a la **eliminación de los esfuerzos laríngeos**, y a la **adaptación de las cavidades de resonancia** al sonido emitido por la laringe. Con detalle los autores describen las técnicas de relajación más efectivas y la corrección de las alteraciones. Cada tipo (rinofonías, disfonías hipercinéticas o hipocinéticas, nódulos y pólipos, etc.) exige una determinada pauta de actividades (indirectas y directas) a fin de conseguir el efecto esperado. De especial interés para los propósitos de este manual resultan las recomendaciones para el **hogar** y la **escuela**. Entre las primeras, destacamos:

- Conseguir un ambiente relajado en la casa.
- Evitar situaciones de ruidos y gritos.
- Bajar el volumen de la tele, radio, etc., para posibilitar una conversación relajada y sin esfuerzos.
- Hablar siempre al niño pausadamente, con claridad e intensidad normal.
- No hablarle desde lejos, no llamarle desde otra habitación.
- Conseguir que el niño no grite: si lo hace, indicarle que se calle y vuelva a hablar con voz normal.
- Ayudarle a relajarse cuando esté forzando la voz.
- En los casos de voz débil, obligarle a que hable con más potencia.
- Cuidar los excesos vocales durante las enfermedades que afectan la voz (laringitis, resfriados, etc.).

En la situación escolar abundan los ambientes ruidosos (aulas, salones, amplios espacios para deportes, juegos), todo lo que obliga a subir la intensidad de la voz para poder hacerse oír. El profesor -a quien los autores caracterizan como “**profesional de la voz**”- debe conseguir que no se grite en clases, comenzando él mismo por dar el ejemplo.³⁷³ Entre otras cosas, le recomiendan:

Puntualizan Gallardo y Gallego que la técnica vocal defectuosa y función forzada puede derivar también en la formación de un pólipo, que es un falso tumor benigno, consecuencia del esfuerzo vocal, laringitis crónica o inflamación consecutiva a un nódulo. La voz es sorda, ronca, con rupturas: se produce una disfonía progresiva que puede llegar a la afonía.

Los pólipos pueden formar, y consolidar, tumores más fibrosos (fibromas) y pequeñas inflamaciones llamadas papilomas.

Las úlceras de contacto, afirma el mismo Crystal, se forman como resultado de una aducción demasiado contundente de las cuerdas, produciéndose una voz muy intensa, de tono bajo, ronca o jadeante, con una cualidad explosiva.

373 José Ramón Gallardo Ruiz y José Luis Gallego Ortega redactaron el capítulo IV “Las alteraciones del lenguaje oral” en el libro “Necesidades educativas especiales” de Rafael Bautista (Aljibe, 1993), que citamos en el capítulo dedicado al aprendizaje y las necesidades educativas especiales.

Por su parte, José Luis Gallego Ortega redactó el capítulo 8 “Dificultades de lenguaje oral: orientaciones para la intervención en el aula” en el libro “Bases psicopedagógicas de la educación especial” de María Ángeles Lou y Natividad López, que también citamos en ese capítulo.

A diferencia del manual de logopedia de los autores, dedicado a especialistas del habla y del lenguaje, estos dos capítulos (así como los dos libros que los incluyen) están escritos para profesores de aula regular y al servicio de las actividades de integración.

- Hablar con una técnica que permita hacerlo sin forzar la voz, en forma clara, con una intensidad adecuada, y a la altura tonal que corresponda (tener la voz bien impostada).
- No interrumpir los ambientes ruidosos a gritos: los silencios, la voz susurrada, el mover la boca sin emitir fonación, los recursos distractivos (encender las luces, mirar hacia la ventana, etc.) suelen funcionar en clase, sobre todo con los más pequeños.
- Insistir en que el ambiente de trabajo no exige un silencio absoluto, pero sí que no se hable fuerte.
- Colocar al niño con alteraciones de la voz cerca del profesor para no tener que hablarle fuerte ni obligarlo a que tenga que hacerlo él.

Trastornos del ritmo y la fluidez

Ritmo, siguiendo el diccionario de la RAE, es el “orden acompañado en la sucesión o acaecimiento de las cosas”. Referido al habla es definido como “proporción y armonía en la distribución de sonidos, acentos y pausas”. Otros diccionarios lo han descrito como “grata y armoniosa combinación de voces, pausas y cortes en el lenguaje”.³⁷⁴ La **fluidez**, que se ve facilitada por el ritmo, tiene que ver con el **grado de eficiencia, pericia, destreza o habilidad con que se lleva a cabo una actividad**, en este caso, el habla.³⁷⁵

Se han descrito dos grupos de problemas que afectan el ritmo y la fluidez normal del habla:

- La **disfemia** (o disfemias), **tartamudez** o **tartamudeo** (stuttering, stammering).³⁷⁶ Se trata de un trastorno del ritmo (arritmia o disritmia) del habla -con bloqueos, tics, repeticiones o prolongaciones de sonidos- que dificultan la fluidez. También se le llama “espasmofemia”.
- El **farfuleo** (cluttering). Trastorno en la fluidez y ritmo verbal, que se caracteriza por taquialia y falta de inteligibilidad. La persona habla demasiado rápido (taqui-lalia), lo que produce distorsiones en el ritmo y la articulación. El lenguaje es errático, confuso, disrímico, entrecortado y suele incluir patrones gramaticales erróneos.

Nos ocuparemos en primer lugar de la **tartamudez**, que acumula la mayor cantidad de los estudios llevados a cabo en el área de las alteraciones del ritmo y la fluidez. Se trata de un problema de tipo funcional, sin anomalías en los órganos de la fonación. Ha sido reconocida desde hace mucho tiempo como un síndrome en que se pueden dar -junto a las perturbaciones fonoarticulatorias- problemas emocionales y neurovegetativos. Ya se había hecho notar que en la espasmofemia podían ocurrir espasmos **clónicos** (repetición de una misma sílaba al comienzo o continuación de un enunciado) y **tónicos** (que se manifiestan en una inmovilización muscular que impide el habla y que cede saliendo la palabra de golpe).³⁷⁷

374 Diccionario de la lengua española. Ediciones Castell. Barcelona, 1986.

375 Fluidez tiene que ver con “fluido”. Dicho del lenguaje o del estilo, apunta el diccionario RAE (“lenguaje fluido”, “estilo fluido”), equivale a “corriente y fácil”.

376 En Inglaterra se utiliza preferentemente el término stammering. En USA, stuttering. El sitio web de la British Stammering Association es www.stammering.org

El sitio de la Speech and Language Pathologist Association de USA es <Speech-LanguagePathologist.org> y en él se puede encontrar abundante información sobre stuttering.

377 A este respecto, Gallardo Ruiz y Gallego Ortega, explican que hay tres tipos de disfemia:

Disfemia clónica: caracterizada por la repetición convulsiva de una sílaba o grupo de sílabas durante la emisión de la frase.

Disfemia tónica: caracterizada por una interrupción total del habla, produciéndose al final una salida repentina de la emisión.

Disfemia mixta: clónico-tónica / tónico-clónica.

Relacionan el término inglés stuttering con la primera, y el de stammering con la segunda...

Crystal, destacando la **gran variabilidad** que se da entre quienes presentan el cuadro, describe **7 rasgos principales**, algunos de las cuales -en mayor o menor medida- lo presenta cada sujeto en particular:

1. Una cantidad anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases, como en p-p-p-piso, el po-po-po-policia, creo que ha recibido un- recibido un- recibido un...
2. Obstrucciones del flujo de aire debidas a la tensión de la persona al prepararse para articular un sonido: el fenómeno se denomina "bloqueo", caracterizándose por espasmos faciales y muecas, movimientos repentinos de la cabeza, o de todo el cuerpo, gestos torpes...
3. Prolongaciones anormales de segmentos de sonidos, como en ffffff -fiel, donde la f inicial se produce como un único sonido alargado, y no con breves pausas que van intercaladas como en 1.
4. Introducción de palabras o sonidos extra con intensidad emocional en los puntos de dificultad: ah, oh.
5. Extraños patrones de acento en las palabras, y entonación y tempo anormales en las oraciones, debido principalmente al habla muy entrecortada y a la respiración irregular.
6. Palabras que se dejan sin terminar.
7. Torpes circunloquios: el sujeto puede saber muy bien qué tipos de sonidos le plantean problemas y, por tanto, los mantiene alejados, algunas veces a sorprendente distancia: "y tumbado en el camino estaba uno de esos... .. animales que maúllan...".

Citando a Herbert³⁷⁸, Gallardo y Gallego explican que la tartamudez es una alteración de aparición temprana y de evolución "extraordinariamente variable" según los sujetos:



"En algunos niños observamos ciertos titubeos y prolongaciones hacia los tres años; pero no todos los que manifiestan los primeros síntomas están condenados a tartamudear: se constata que cuatro de cada cinco niños que manifiestan signos de tartamudez evolucionan hacia un habla normal".

Observan que, "como hacia los tres años se configuran las estructuras del idioma y el lenguaje sigue su progresiva organización", estas manifestaciones de tartamudeo tienen que ser vistas como **normales, debiendo evitarse los intentos de corrección** "que no producirán más que situaciones de angustia y ansiedad en los niños y niñas". Crystal, por su parte, advierte que los padres que llaman la atención y corrigen a sus niños la falta de fluidez mientras están adquiriendo el lenguaje, están echando las bases para que en el futuro aparezca un problema de tartamudeo más serio:



"Llamar la atención hacia ello y calificarlo de error constituye seguramente una amenaza para la confianza que el niño tiene en su propia capacidad para emplear el lenguaje".

Ingram se refiere en el punto 2 de su clasificación a las "disritmias del habla" y dedica un apartado al "tartamudeo evolutivo temporal". Estima que sólo el 1% de la población presentará más adelante un tartamudeo persistente, ya que la mayor parte de los sujetos que presenta el cuadro cae en la categoría de "remitentes".³⁷⁹

Por otra parte, hacen referencia a la "ley de clo-to" de Perelló, según la cual "la tartamudez se inicia con una fase clónica y pasa a ser tónica si no recibe un tratamiento adecuado".

378 Herbert, R.: "Tartamudez, farfalleo, trastornos de la articulación y trastornos de la voz". En J. Rondal y X. Seron (eds.): "Trastornos del lenguaje. II". Paidós, Barcelona, 1988.

379 Perelló et al. (1970) explican que la tartamudez se encuentra en todos los pueblos y en todas las partes del mundo. En su lista de "disfémicos

El mismo Crystal, aparte de confirmar que el tartamudeo varía enormemente de persona a persona, señala que también **varía de situación en situación**. Es decir, es importante tener en cuenta el **contexto**. El clínico debe, por tanto, **identificar las situaciones que le provocan mayor ansiedad al sujeto, e idear programas de tratamiento que le permitan enfrentarlas**. Con este propósito, se utilizan cuestionarios que ayudan a verificar bajo qué condiciones el tartamudeo se hace más severo y en cuáles el habla resulta más fluida. El autor sugiere algunos ítems de una escala **V-F** en que el sujeto debe reaccionar frente a afirmaciones del tipo

- Considero fácil hablar con casi todo el mundo.
- Es difícil hablar con una persona como mi profesor o mi jefe.
- Etc.

Gallardo y Gallego, con esta misma inquietud, proponen una **escala de la valoración de la dimensión psicosocial de tartamudez**, con ítems referidos a 3 aspectos fundamentales sobre los cuales el sujeto debe pronunciarse (**siempre - frecuentemente - a veces - nunca**). Los 3 aspectos, con algunos ítems que citamos a modo de ejemplo, son:

1. AUTOOBSERVACIÓN de respuestas verbales:
 - Disminuye el habla disfémica cuando leo.
 - Disminuye el habla disfémica cuando hablo por teléfono.
 - La dificultad es mayor en las primeras palabras de la frase.
2. AUTOIMAGEN conversacional:
 - La gente está incómoda cuando hablo.
 - Los demás evitan hablar conmigo.
 - Mis opiniones no se tienen en cuenta.
3. AUTOCONDUCTA emotivo-verbal:
 - Me cuesta trabajo hablar con desconocidos.
 - Me pongo nervioso cuando hablo.
 - Rehúyo hablar en público.

En cuanto a **etiología**, no hay consenso, por lo que coexisten diferentes teorías explicativas. Los estudiosos prefieren hablar de una **etiología multifactorial**. Hay teorías marcadamente orgánicas y otras psicógenas. Dadas las características de la disfemia, ninguno de estos dos grupos de factores puede ignorarse. Es razonable suponer en algunas personas una predisposición genética o física a tartamudear que, como explica Crystal, “afloja” cuando el ambiente es tenso o adverso. Por otra parte, no deja de ser curioso el hecho de que la mayoría de los tartamudos son varones.³⁸⁰ Los autores que hemos estado citando (y Perelló lo hace con minuciosidad) se han ocupado de las diferentes teorías explicativas.

célebres” se cuentan, entre otros, Moisés, Esopo, Demóstenes, Virgilio, Erasmo de Rotterdam, Carlos I de España, Darwin, Somerset Maugham, Anatole France, San Carlos de Borromeo, Torcuato Tasso, Jorge VI de Inglaterra, Lewis Carroll, Marilyn Monroe... y varios otros artistas, políticos, poetas y escritores, reyes y emperadores, filósofos, matemáticos, teólogos y... ¡foniatras!

Los autores entregan una gran cantidad de datos estadísticos de varios países relativos a una serie de variables: frecuencia del tartamudeo, edad de comienzo, desarrollo y diferencias por sexo.

380 Perelló cita autores que dan una relación 10:1 y, en otros casos, algo inferiores. La diferencia es más pequeña en niños que en adultos. Algunos autores estiman que el 1% de la población total de USA presenta disfemia. Otros investigadores señalan que el 60% de la disfemia se desarrolla entre los 3 y 5 años.

Dentro de las explicaciones **biológicas** se han barajado hipótesis relativas a una dominancia cerebral mal establecida (lo que se haría evidente, según se creyó desde muy antiguo, en la zurdera contrariada); explicaciones basadas en un trastorno de los sujetos en la estructuración témporo-espacial y defectos en los mecanismos de feedback auditivo; razones bioquímicas relacionadas con la transmisión de los impulsos; desarmonías evolutivas, etc. Las explicaciones **psicológicas** siempre han jugado un rol importante en el campo de las disfonías. Los autores que se ocupan del tema hacen referencia a interpretaciones de corte psicoanalítico (relaciones objetales tempranas); a ciertos tipos de personalidad especialmente propensos al desarrollo de neurosis, con sintomatología específica en el área del lenguaje; a teorías sobre ansiedad que obedece a causas como sobreprotección materna, o mal manejo por parte de los adultos del tartamudeo primario, el efecto de las burlas, etc. Otros representantes del enfoque psicológico explican la conducta de tartamudear como consecuencia de un conflicto aproximación-evitación.³⁸¹ Los teóricos del aprendizaje han puesto énfasis en la adquisición de ansiedad condicionada clásicamente a determinadas situaciones sociales y los efectos del condicionamiento operante. En esta línea conductista, Gallardo y Gallego citan a la psicóloga española Jorquera³⁸² quien expone el **esquema evolutivo y conductual del tartamudeo**, que contempla los siguientes pasos:

1. Falta de fluidez verbal (niño de 3-5 años).
2. Contingencias ambientales (atención, ayuda, castigo...).
3. Persistencia y/o aumento de la conducta de tartamudeo.
4. Percepción del tartamudeo por el propio sujeto.
5. Ansiedad anticipatoria ► mayor desorganización de la conducta verbal.
6. Generalización a toda situación verbal/social.
7. ▼ Aislamiento, evitación social, no comunicación.

Crystal lleva a cabo un análisis crítico de las diferentes explicaciones y dice que **ninguna teoría simple del tartamudeo, por sí sola**, resulta aceptable para dar cuenta del fenómeno:



“La personalidad, la situación, la predisposición genética, la interacción social y la expectativa cultural están de modo inevitable densamente ligadas entre sí. Como resultado de diferentes combinaciones de factores surgirán indudablemente diferentes tipos de tartamudeo. Los orígenes múltiples del tartamudeo en un grupo, e incluso en un individuo, constituyen una postura a adoptar más segura que la de acudir a una u otra de las teorías mencionadas antes”.

Perelló y equipo se refieren a los efectos psicológicos del tartamudeo, entre ellos la **logofobia** o miedo a hablar, “sobre todo ante ciertos fonemas que el sujeto sabe le cuesta pronunciar”. Los más frecuentes, afirman, son las consonantes explosivas, y precisan:

381 El conflicto que se le plantea al sujeto es si hablará o no hablará; tomará contacto con la otra persona o no lo hará (aproximación-evitación).

La psicología social describió desde muy antiguo tres tipos de conflictos:

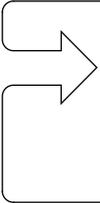
- 1 Aproximación-aproximación: al sujeto lo atraen dos metas al mismo tiempo (o tiene dos necesidades, cada una con una meta positiva): ir a un “carrete” o ver el partido en cuartos de final de su tenista favorito.
- 2 Evitación-evitación: se halla atrapado entre dos amenazas, temores o situaciones que le desagradan, es decir, está “entre la espada y la pared” (está bajo el influjo de dos metas negativas): estudiar todos los fines de semana o arriesgarse a reprobado el curso.
- 3 Aproximación-evitación: lo atrae una meta que lleva en sí una amenaza o que atrae y repele a la vez (positiva y negativa al mismo tiempo): está perdidamente enamorada...de un alcohólico. Se manifiesta también en el típico conflicto entre necesidad de logro y temor a fracaso.

382 Jorquera Hernández, A. “Tratamiento conductual de la disfonía”. En AA.VV. “La tartamudez”. Amarú, Salamanca, 1987.



“Algunos evitan pronunciar ciertas palabras que temen, o prefieren callarse; otros, en fin, sustituyen una palabra por otra sinónima, lo que a veces puede variar el sentido de la frase.

El miedo a hablar hace que el enfermo fije la atención sobre el mecanismo de la palabra y por lo tanto la expresión del pensamiento se encuentra frenada. Esta es la causa por la cual los pacientes se vuelven taciturnos y tímidos. Es natural que las sustituciones continuas de palabras y frases, así como los esfuerzos por disimular su defecto, lleven a producir alteraciones en el carácter”.



Lo anterior demuestra, una vez más, que no resulta fácil distinguir -como se explicó al comienzo del capítulo- entre **trastornos del habla** (de los cuales nos hemos ocupado a lo largo de estas páginas) y **trastornos del lenguaje**. De hecho, en la disfemia, junto a las alteraciones del ritmo y la fluidez, puede llegar a afectarse la calidad del mensaje que se quiere transmitir.

Al **tratamiento** de la disfemia, Perelló y equipo dedican unas cuarenta páginas de su tratado. El lector interesado puede encontrar una detallada descripción de procedimientos **farmacológicos, psicológicos, foniátricos**, y **“diversivos”** (desvían la atención del enfermo de los síntomas mismos, evitando la logofobia). Los expertos sostienen que el papel que desempeña el medio ambiente es capital para el buen efecto de todas esas medidas.³⁸³ Se refieren también a los procedimientos **combinados** y la **terapéutica con niños pequeños, escolares, de grupo y terapéutica con aparatos**. Publicaciones especializadas, como el **JSHD** (Journal of Speech and Hearing Disorders) y el **JSHR** (Journal of Speech and Hearing Research), han divulgado desde hace muchos años una notable cantidad de trabajos sobre la materia, con importantes novedades para el tratamiento. Gallardo y Gallego (1995) traen una síntesis en su tratado de logopedia escolar, tanto de las estrategias de **evaluación**, como de **intervención** logopédica. Para la **evaluación** contemplan estos aspectos:

- Antecedentes familiares.
- Datos personales.
- Manifestaciones típicas de la disfemia.
- Manifestaciones corporales y respiratorias.
- Alteraciones conductuales.
- Alteraciones lingüísticas.
- Elaboración de escalas de valoración.

Respecto de la **intervención**, distinguen la disfemia inicial y episódica, de la disfemia propiamente dicha. La **disfemia inicial** exige de parte de la familia del niño afectado, profesores, entorno social, etc., el cumplimiento de algunas recomendaciones del tipo:

³⁸³ Los autores hacen un recuento histórico de los más variados tratamientos para la tartamudez. Así, Hieronymus Mercurialis escribió en 1584 en su “De morbo puerorum tractatus”: “El enfermo debe permanecer en aire caliente y seco, debe dormir lo menos posible y evitar los efectos de la ira. Los hombres deben abstenerse de hacer el amor y los jóvenes de bañarse. Debe llevarse a cabo una deposición diaria, si es necesario con purgantes. No se debe beber vino solo”. El cirujano Dieffenbach publicaba en 1841 “La curación de la tartamudez por una nueva operación quirúrgica”, que consistía en extirpar “grandes cuñas de la lengua”. Perelló y asociados refieren que lo doloroso de la operación (no existía la anestesia) y algunos casos de muerte, pronto la desacreditaron.

- No manifestar una preocupación excesiva por el tartamudeo infantil.
- Hablar al niño con tranquilidad articulando bien y ligando las palabras en frases.
- No hacerle repetir cuando ha “tartamudeado”.
- Evitar burlas, riñas y castigos por su habla.
- Mantener estabilidad emocional, evitando situaciones de tensión en el aula y en la casa.
- Hacerle repetir poesías con ritmo junto a otros niños.
- Crear un clima de seguridad y comprensión en torno al niño.

Todas constituyen recomendaciones muy valiosas en la perspectiva de este manual de identificar y desafiar barreras en el aprendizaje y la participación. Por cierto, las recomendaciones de otros temas de este capítulo van en el mismo sentido.

Para la **disfemia propiamente dicha**, advierten los autores que, atendida la cantidad de factores que pueden generarla, a veces son necesarios varios profesionales (médico, psicólogo, logopeda.) En todo caso, insisten en que la intervención **nunca debe quedar limitada al disfémico en sí, sino que debe abarcar a su medio ambiente**. Como **regla de oro** para el tratamiento indican:

► Enlentecer el habla y articular rítmicamente frases cortas y sencillas.

Este simple procedimiento, aseguran, provoca resultados positivos inmediatos, aunque no siempre duraderos. Es muy importante “que el niño se vea aliviado desde las primeras sesiones para no frustrar sus expectativas de recuperación”. La intervención contempla varios aspectos, para cada uno de los cuales los autores detallan con precisión los pasos a dar por el especialista:

1. **Intervención de la hipertonía:** aquí recomiendan una serie de ejercicios de relajación corporal, tanto global como segmentada, incidiendo especialmente en los músculos del cuello y de la cara.
2. **Intervención de la respiración y voz:** especialmente necesaria en el caso de la disfemia, ya que tanto la inspiración como espiración pueden verse alteradas, incidiendo en el ritmo de la frase y en el tono y calidad de la vocalización.
3. **Intervención de los aspectos prosódicos del lenguaje:** ya que las interrupciones en la fluidez verbal afectan las pausas, la acentuación normal y la entonación.

Junto a la intervención farmacológica (sedantes, tranquilizantes...) y la acción psicoterapéutica, se especifican algunos **procedimientos foniatricos**, destinados a dotar al sujeto de un lenguaje correcto, ejercitando el aparato de fonación. Son de dos grandes tipos: reflexivos y diversivos. Los procedimientos **reflexivos** apuntan a que el sujeto corrija el proceso del habla de manera analítica: se hacen ejercicios sistemáticos de todos los movimientos articulatorios, primero aisladamente, y después de manera integrada; se suprimen los movimientos patológicos y se trata de conseguir una coordinación muscular correcta. Los métodos **diversivos** pretenden distraer la atención del paciente sobre su manera de hablar y disminuir así su logofobia. Entre los **reflexivos**, describen los métodos de Boberg, Borel-Maisonny, Froeschels, Gutzmann, Ryan, Seeman y Sheehan.³⁸⁴ Los autores dedican también un apartado al modelo conductual

384 A modo de ejemplo, el procedimiento didáctico del método Froeschels incluye:

- Explicación al disfémico sobre la fisiología del lenguaje.
- Articulación ininterrumpida de sílabas durante la espiración.

de intervención de la disfemia. Entre los **diversivos**, describen el método monorrítmico, el de Liebmann, el hilarante y el musical.³⁸⁵ Estos métodos son descritos también en Perelló, Ponces Vergé y Tresserra Llauro (1970), junto a otros, como el de Stein, la práctica voluntaria y el método masticatorio (este último, el “chewing method”, de tipo diversivo).

El acceso a la red (<www.stammering.org>; <speech-languagepathologist.org>) permite informarse de diferentes procedimientos que se publicitan como muy efectivos para el tratamiento:

- C. “stuttering therapy that really works”.
- D. “cure your stutter (stammer) online today”.
- E. “tiny earpiece controls stuttering”.
- F. “with the help of ‘comprehensive stuttering therapy’ you can treat your stuttering at your own pace in the comfort of your home”.

Finalmente, para el tratamiento de la disfemia se utilizan elementos auxiliares, como el **audible masker**, **eco-corrector**, **metrónomo** y el **DAF** (delayed auditory feedback), cuya descripción se puede encontrar en los textos antes mencionados.

En lo relativo al **farfulleo (cluttering)**, la literatura especializada es menos rica. Tratándose de una alteración del ritmo y la fluidez, parte significativa de los procedimientos utilizados en la evaluación y tratamiento de la disfemia resultan útiles también acá. Crystal (1983) afirmaba que la descripción y el estudio teórico del “cluttering” están menos avanzados, y que **también en dicha alteración es importante tener en cuenta las variables orgánicas, de personalidad, y el contexto**.



“Aquí la principal característica es la rapidez de pronunciación: el paciente intenta hablar demasiado rápido, y como resultado introduce distorsiones en su ritmo y articulación. Los sonidos se tornan dislocados, mal articulados o se omiten; se repiten palabras o parte de palabras; las sílabas se condensan unas en otras; la pronunciación resulta en irrupciones relativamente breves, a veces interfiriendo la sintaxis; la velocidad puede aumentar a medida que la pronunciación avanza (fenómeno conocido como festinación)”.

Advierte este autor que a veces se da una **superposición entre las categorías del tartamudeo y el farfulleo**: algunas personas presentan una combinación de ambas alteraciones. Rondal (1982) explica que la distinción entre tartamudeo y farfulleo es casi siempre fácil de realizar: el farfulleo no presenta los bloqueos ni las repeticiones de sonidos o sílabas en series ingobernables como el tartamudeo. Al caracterizar el farfulleo, dice que -como la persona que lo presenta habla tan rápido- acorta la duración de las sílabas pronunciadas. Como no puede mantener el ritmo, se detiene, repite lo que acaba de decir, o una parte, vuelve a hablar

-
- Repetición de frases.
 - Lenguaje libre.

385 A modo de ejemplo, el método hilarante supone estos pasos:

- Ejercicios de relajación, seguidos de ejercicios respiratorios y espiración sonora.
- A continuación se realizan ejercicios de risa con la boca cerrada.
- Reír a distintas velocidades al compás del metrónomo y con diversas intensidades de voz.
- Risas y frases alternadas.
- Emisión de frases con la actitud mental de risa.

rápidamente, se interrumpe, etc., **lo que produce un discurso irregular, entrecortado, con palabras incompletas, deformadas**. Afirma que **la reeducación del farfuleo es más fácil y también más corta que la del tartamudeo**:



“Se trata, en principio, de hacer tomar conciencia al farfuleador de su taquialia y de las deformaciones que estaa provoca en su habla. A continuación, es preciso esforzarse en llegar a un enlentecimiento del flujo del habla que permite entonces trabajar en una mejor organización del discurso”.

Aclara que los ejercicios de ritmo que indica en relación al tartamudeo también son útiles para llevar al niño que farfulea a un mejor control. Por último, viene al caso la observación de Crystal, quien recuerda que otros tipos de patología en el área del lenguaje **también cursan con fluidez anormal** como rasgo conductual: la disartria, la dispraxia y la afasia, que lo hacen en un rango de medio a severo, “y manifestarán las mismas características que hemos visto en relación al tartamudeo, pero esta vez como síntoma secundario o derivado”.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

Segunda Parte

► Temas del capítulo

Trastornos del lenguaje: afasias.

TEL (Trastorno Específico del desarrollo del Lenguaje). Disfasia.

Trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones.

Mutismo selectivo.

Trastornos del lenguaje no verbal.

Trastornos del lenguaje: afasias

Al observar el cuadro de clasificación de los trastornos del lenguaje y la comunicación (fig.13.5), se constata que hasta este punto nos hemos ocupado de los trastornos del “habla”. El esquema que sigue reproduce la parte superior de la clasificación y sirve de “repasso” de lo visto hasta aquí en el capítulo anterior:

Trastornos del “habla”	}	De la articulación de fonemas.	- Dislalias. - Disglosias.
		De la articulación y expresión del habla.	- Disartrias.
		De la voz y resonancia.	- Disfonías. - Afonías.
		Del ritmo y fluidez.	- Disfemias. - Farfullero.

Como se ha podido apreciar, aunque no resulta siempre fácil separar netamente los trastornos del habla de los del lenguaje, sigue siendo válida la distinción como criterio general, y útil en muchos casos. Ahora nos concentraremos en las alteraciones que afectan fundamentalmente al “lenguaje”, es decir, **a la calidad y el contenido de los mensajes, al simbolismo de la lengua, tanto en su vertiente comprensiva como expresiva**, y no en la calidad de la articulación de

los sonidos del habla, fonación, ritmo y fluidez. Siguiendo el **fig.13.5**, examinaremos la afasia, por su importancia dentro de la patología del lenguaje y la neuropsicología, la disfasia y TEL (Trastorno Específico del Lenguaje). Finalmente, mencionaremos trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones.

AFASIAS

La afasia suele ser definida como una **pérdida total o muy significativa del lenguaje expresivo o comprensivo/expresivo, a causa de lesión cerebral**. Se asocia a una **gran dificultad en la capacidad simbólico-lingüística**, consecuencia del daño (tumores, traumatismos, infecciones, problemas vasculares) y afecta en forma severa la conducta adaptativa e interacciones de la vida diaria. “Lenguaje” se circunscribe aquí a lo lingüístico, a lo verbal. Crystal (1983), refiriéndose a una controversia básica en el campo de la afasiología, que explica la ambigüedad existente en torno al concepto, dice que la **definición amplia** de afasia incluye **toda dificultad que un paciente tenga con la función simbólica como resultado de un daño cerebral**. El lenguaje verbal, como principal medio de expresión simbólica, resulta afectado centralmente, **pero otras formas de conducta relacionadas con el manejo de símbolos también se verán perjudicadas**, junto a importantes cambios cognoscitivos y de personalidad.

Según la **definición específica**, la afasia es **únicamente una patología lingüística**: el paciente sería el mismo de antes, salvo su reducida capacidad para hablar, comprender, leer y escribir... El autor estima que resulta sensato adoptar una posición flexible que considere que los **problemas lingüísticos son los primarios**, sin excluir que se consideren dentro del síndrome **otros déficit** en memoria, atención, razonamiento lógico y áreas semejantes.³⁸⁶

Frente al deterioro **completo** o **parcial** de la comprensión, formulación y empleo del lenguaje verbal, etc., algunos autores, como es el caso del mismo Crystal, ciñéndose a la etimología de los términos, prefieren hablar de **dis-fasia** y **dis-fásicos** más que de **a-fasia** y **a-fásicos**, ya que -como explica- en la práctica “existen pocos casos donde la **ausencia total** del lenguaje sea el resultado de la patología”.³⁸⁷ Para el gran científico en el área de la Psicobiología del lenguaje -muerto prematuramente- **Erick Lenneberg** (1975), “el denominador común más llamativo de la afasia es la evidencia omnipresente de que el paciente no ha ‘perdido’ literalmente el lenguaje”. Es decir,

386 Jorge González Cruchaga, en su influyente monografía de fines de los años '60, después de revisar la postura de diferentes autores, definía la afasia como un “síndrome caracterizado esencialmente por una asimbolía adquirida del código verbal y escrito y/o un trastorno articulatorio motor, de origen encefálico, habitualmente focal y que cursa en un cuadro orgánico cerebral”. Y añadía: “al concebirla así, creemos que la afasia es la pérdida de lo esencialmente humano, que es nuestra posibilidad de expresarnos”.

En este punto discrepamos del Profesor González: si bien se puede ver seriamente afectada o interferida la posibilidad de expresión verbal, de algunas funciones cognitivas y motoras, de aspectos motivacionales y de “lingüistificación” del pensamiento, el afásico no pierde la capacidad de pensar ni de comunicarse, aunque esto último lo hace apoyado especialmente en recursos no verbales y paralingüísticos. Se mantiene, en consecuencia, lo esencialmente humano.

Lenneberg (1975) en sus “Fundamentos biológicos del lenguaje”, al momento de las interpretaciones teóricas de las afasias (punto IV, capítulo 5: “Aspectos neurológicos del habla y el lenguaje”) prefiere hablar de “interferencia” más que de “pérdida” del lenguaje.

González Cruchaga fue jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Instituto de Neurocirugía y fundó la Escuela de Afasia y Trastornos Neurológicos del Lenguaje. Publicó “El síndrome afásico” (Editorial Andrés Bello) en 1969, resultado de un concienzudo estudio de 187 enfermos.

387 Esto no deja de inducir a confusión ya que, como lo explicamos, en muchos círculos académicos y profesionales -y eso ocurre en Chile- se reserva el término disfasia para referirse a los trastornos evolutivos (o del desarrollo) específicos del lenguaje, al menos en sus formas severas, y no a trastornos adquiridos resultantes de daño cerebral. A estos últimos se los denomina afasias, aunque constituyan interferencias (pérdidas) parciales y no totales del lenguaje.



“No es que haya regresado a un estado de no lenguaje, como, por ejemplo un animal o incluso una persona que haya olvidado todo lo que antes sabía en un idioma extranjero. Normalmente podemos demostrar que un afásico todavía comprende algunas oraciones, reconoce algunas palabras o sabe básicamente ‘cómo funciona el lenguaje’. Las pocas expresiones que todavía puede producir están claramente configuradas conforme a algunos aspectos de la lengua materna del paciente. En el sentido literal de la palabra, únicamente presentan interferencias las habilidades lingüísticas del paciente”.

Para la N.A.A. (National Aphasia Association)³⁸⁸ en USA, la afasia es la **incapacidad para comunicarse a través de la lengua oral, incluida la pérdida de las habilidades de lectura y escritura**. Como ocurre con otras alteraciones, puede ir de leve a severa. En el contexto de una concepción específica del problema, se afirma que aunque el sujeto se vea perjudicado en el lenguaje, ello no afecta necesariamente otras habilidades en su vida. La comprensión puede permanecer intacta.

Se suele distinguir entre pacientes expresivos, receptivos y mixtos. Sin embargo, **hay numerosas clasificaciones de las afasias**, las que obedecen a muy variados criterios. González Cruchaga examina 18 de ellas. Entre otras, las tradicionales de Broca y Wernicke, más las de Head, Goldstein, Jakobson, Luria, y Wepmann, por nombrar algunas.³⁸⁹ Crystal, al tratar el punto, dice que, sin dejar de lado las grandes diferencias individuales entre los “disfásicos”, resulta legítimo querer clasificar su conducta en categorías amplias. La mayor parte de tales intentos han llegado a una clasificación binaria del tipo:

- **Expresiva.**
- **Receptiva.**
- **Ejecutiva.**
- **Evaluativa.**
- **De producción.**
- **De comprensión.**
- **Motora.**
- **Sensorial.**
- **De codificación.**
- **De decodificación.**
- **De Broca.**
- **De Wernicke.**
- **No fluida.**
- **Fluida.**

Este autor dice que en la actualidad se insiste en que tales términos no son absolutos, y que no representan una división tajante. Resulta preferible -atendiendo a los síntomas y a la dificultad para certificar que sólo la comprensión o la expresión es lo que está deteriorado (o intacto) hablar de afásicos **predominantemente** expresivos o afásicos **predominantemente** receptivos. Cuando los problemas parecen afectar a la persona en igual medida, se habla de una patología **mixta** (“global” o “central”).

388 N.A.A.: National Aphasia Association. Ver en www.aphasia.org. Para buscar información como la que se cita aquí, ver también [http:// webferret. search.com](http://webferret.search.com)

389 Una tabla desplegable y comparativa las incluye todas, las dieciocho, dato que puede ser de interés para más de algún lector. Luria, cuya influencia ha sido decisiva para el desarrollo de la afasiología, introduce su libro “Cerebro y lenguaje: la afasia traumática, síndromes exploración y tratamiento” (Fontanella, Barcelona, 1978. 560 páginas) con estas palabras: “La afasia, la teoría de los trastornos del lenguaje y del habla asociados con lesiones del hemisferio izquierdo (dominante), es uno de los campos más importantes de la neurología. La teoría de los trastornos afásicos reviste un elevado interés para la clínica neurológica como para la lingüística y la psicología del lenguaje”.

Algunos sistemas de clasificación se han basado en la localización de la lesión. Otros, sólo en la conducta del sujeto. El adoptado por la N.A.A. divide la afasia en dos amplias categorías: **fluent** and **non-fluent**: fluente y no fluente.

- Los pacientes con **afasia fluente** (fluida) tienen problemas para comprender la lengua oral y escrita. También se le conoce como afasia sensorial, posterior o de Wernicke. El afásico fluente puede demostrar una expresión sin esfuerzo, escasos problema de articulación, pero un discurso pobre, escaso vocabulario, circunloquios, jerga, parafasias...
- Las personas con **afasia no fluente** (no fluida) tienen dificultades para comunicarse en forma oral o por escrito. También es conocida como afasia motora, anterior o de Broca. La expresión del afásico no fluente se caracteriza por un enorme esfuerzo articulatorio, pero con un contenido significativo más rico.
- La forma más severa de afasia es la **global**: las personas que la presentan tienen problemas tanto para expresarse, como para comprender la lengua oral o escrita, lo que obedece a una lesión que afecta gran parte de las áreas del lenguaje del hemisferio dominante.

La afasia varía en grados y según las áreas afectadas.³⁹⁰ Los diagnósticos más frecuentes, según la N.A.A. (National Aphasia Association), que incluyen los recién expuestos, son:

- **Afasia global**: Es la forma más severa de afasia: se diagnostica cuando el sujeto es incapaz de generar palabras reconocibles y tiene muy escasa comprensión de la lengua hablada. Afecta, además, la habilidad para leer y escribir. Típicamente se observa después de un ataque o derrame cerebral. Una mejora es posible con una intervención temprana, pero las personas con un daño cerebral muy cuantioso sufrirán un daño permanente.
- **Afasia de Broca** (no fluente): Esta forma de afasia limita la capacidad del sujeto para hablar, con la excepción un vocabulario muy restringido y la emisión de sonidos. Le resulta muy difícil a la persona, sin embargo, moldear los sonidos. A pesar de su incapacidad para hablar, no pierde su comprensión del lenguaje.
- **Afasia mixta no fluente**: Esta terminología se utiliza para definir a sujetos que tienen un habla difícil e inadecuada. Si bien se asemeja a una afasia de Broca severa, hay limitaciones de comprensión que dejan a los pacientes con la incapacidad de leer o escribir más allá de un nivel muy elemental.
- **Afasia de Wernicke** (fluente): Se crea una incapacidad para entender el significado de las palabras habladas, aunque el sujeto mantiene la habilidad de hablar. Los patrones de habla son atípicos y el paciente tiene dificultades para completar ideas, introduciendo palabras que no calzan con la conversación. La lectura y la escritura también están deterioradas.
- **Afasia anómica**: Las personas con esta particular forma de afasia encuentran muy difícil utilizar palabras que tratan de evocar durante la conversación. Esto es especialmente evidente con las categorías de nombres y verbos. El habla puede ser relativamente fluida, sin embargo la incapacidad para conversar a un ritmo expedito a causa de la anomia deja frustrado al paciente. Estas personas no tienen problemas para comprender el lenguaje, permaneciendo intactas sus habilidades de lectura y escritura.

³⁹⁰ La clasificación según la localización cortical de la lesión, a la que se ciñen Gallardo y Gallego (1995) es la siguiente:

Lesiones en las áreas corticales del lenguaje (zona perisilvana):

- Afasia de Broca.
- Afasia de Wernicke.
- Afasia global o total.

Lesiones limítrofes a las áreas corticales del lenguaje:

afasia de conducción, afasia motora transcortical, afasia sensorial transcortical, afasia transcortical mixta, afasia anómica.

Hay otras combinaciones de alteraciones en que están involucradas el habla y su comprensión. Pueden coocurrir variados síntomas, planteando desafíos para el diagnóstico, ya que no es posible ubicarlos en una categoría específica. Por ejemplo, el déficit primario puede afectar la lectura (alexia), o pueden ocurrir alteraciones que afectan la lectura y escritura (alexia y agrafia) y no otras funciones.³⁹¹ Otros datos de interés aportados por la N.A.A. es que la afasia puede ocurrirle a cualquiera, sin importar la edad, sexo, raza, educación o estatus. Puede ser temporal: puede durar unas pocas horas o pocos días, dependiendo de la extensión del daño y la intervención médica oportuna. Más de la mitad de quienes presentan inicialmente los síntomas, se recuperan. No puede prevenirse, ya que la localización y magnitud del daño neurológico determinan la alteración. Hasta el momento no hay drogas o medicación disponible para curarla, sin embargo se ha tenido algún éxito con terapia del habla y cirugía. Esta última ha probado ser exitosa en casos en que se logra reducir la hinchazón provocada por un tumor u otro daño. La terapia del habla no constituye una cura, pero habilita al paciente a hacer uso de habilidades que no lograron ser impactadas por el trauma cerebral.

Crystal discurre con algún detalle -acompañándose de transcripciones del alterado discurso de pacientes afásicos en interacción con sus terapeutas- las características de aquellos que calzan mejor con el tipo **predominantemente expresivo** o con el **predominantemente receptivo**, junto a síntomas típicos: agramatismo, disprosodia, perseveraciones, jerga, parafasias, circunloquios, anomia, ecolalia, palilalia, uso de secuencias automatizadas, problemas de comprensión, uso de lenguaje irrelevante y vacío de significado, etc.³⁹² Junto a las curiosas disociaciones que pueden ocurrir y a la gran **variabilidad de los síntomas en cada sujeto**, concluye que



“Debe quedar en claro, tanto desde la confusión terminológica que existe en este tema, como desde la ambigüedad con que se postulan diferentes síndromes afásicos, que esta es un área de la patología del lenguaje que proporciona un gran ámbito de investigación –más quizá que cualquier otro...”.

“La investigación sobre la afasia ha sido, de hecho, uno de los principales medios para indagar acerca de la estructura y funcionamiento cerebrales. Es el único síndrome en el cual puede considerarse que los diversos niveles del lenguaje (gramática, vocabulario, etc.) funcionan independientemente unos de otros. Al explorar qué es aquello que marcha mal, y el lugar que ocupa en el sistema del lenguaje, pueden apuntarse ideas acerca de cómo funciona el lenguaje que podrán utilizarse en otros contextos además del clínico. La afasia, se ha dicho (aunque no sin ser discutido) es la clave de nuestro conocimiento del lenguaje como totalidad”.

391 Habíamos adelantado, al compararla con la dispraxia, que “en la afasia no se puede decir lo que se quiere” y en la dispraxia “no se puede hacer lo que se quiere”. Ambas alteraciones las clasifica Crystal entre las patologías centrales. González Cruchaga (1969) distingue de la afasia la disartría, dislalia, ecolalia, palilalia y otras alteraciones, que ve como “síntomas que, aunque coinciden con los trastornos afásicos, carecen de la característica de asimbolía en un cuadro orgánico cerebral, que es lo definitorio de la afasia”.

Ecolalia: consiste en la repetición automática por el paciente de frases o palabras que se le dirigen. No es un eco pasivo de base física, explica González, sino una reacción primitiva de orden comunicativo en la que el paciente responde automáticamente a un estímulo de lenguaje nacido de otro hombre.

Palilalia: consiste en la repetición por el paciente de sílabas, palabras o frases que él mismo ha emitido, siendo a veces seguido el fenómeno por una aceleración paulatina de la expresión verbal que llega a hacer ininteligible lo que se trata de expresar.

392 Jerga (jergafasia): habla ininteligible. Circunloquios: expresiones en torno a un mismo tema. Palilalia: repetición involuntaria de sílabas, palabras o frases que el mismo paciente ha emitido. Estereotipias: conjunto de sonidos, siempre los mismos, que se repiten en cualquier circunstancia, a modo de respuesta o pregunta. Disprosodia: uso inadecuado de la entonación, junto a pausas irregulares. Anomia (afasia nominal): gran dificultad para encontrar los nombres, las palabras necesarias. Parafasia: trasposición, adición o sustitución no intencional de sonidos irrelevantes (parafasia literal), o de otras unidades básicas de lenguaje (sílabas, morfemas, palabras... lo que lleva a hablar de parafasia nominal y parafasia semántica, según el cambio obedezca a un parecido sonoro o de significado).

Cuetos (2003)³⁹³, investigador español, desde la perspectiva de la **neuropsicología cognitiva**, que contrasta con la neuropsicología clásica, dice que la aplicación de ese enfoque al estudio de los pacientes afásicos **“ha supuesto cambios en todos los niveles: desde las categorías utilizadas en la clasificación -ya que se abandonan los grandes síndromes- hasta la manera de enfocar la evaluación y la rehabilitación”**. La neuropsicología **cognitiva** muestra varias diferencias con la **clásica**, entre las cuales, la preferencia a **identificar los síntomas peculiares de cada paciente** más que pretender encasillarlo en un determinado **síndrome**. Junto a ello, se privilegian los estudios de **casos** por sobre los estudios de **grupos**. A este respecto, sostiene:



“La agrupación de los pacientes afásicos en síndromes ha servido para dar un cierto orden al confuso mundo de las afasias. Pero este sistema de clasificación tiene grandes inconvenientes. El principal es que raramente se encuentra un caso que muestre todos y sólo los síntomas de un determinado síndrome. Lo normal es que presente síntomas que pueden pertenecer a varios síndromes diferentes, por lo que resulta difícil su clasificación. De hecho, el número de pacientes que encajan claramente en alguno de los síndromes establecidos es bastante reducido, pues aunque varía de unos estudios a otros, en pocos se estima que pasen del 50% y algunos autores afirman que no más del 20 o el 30% de los pacientes afásicos se pueden incluir en alguno de los grandes síndromes”.

Este investigador estima que el hecho de clasificar a los pacientes en determinados síndromes puede ayudar a formarse una **idea genérica** sobre el trastorno que padecen, pero no resulta muy útil como información de la **naturaleza exacta del trastorno**, **“algo fundamental**, cuando el **objetivo del diagnóstico** es elaborar un **programa de rehabilitación que sea eficaz”**. Otro contraste de interés que hace ver entre la neuropsicología clásica y la cognitiva, es que aquella ha tratado de averiguar **qué síntomas aparecen asociados**. Por ejemplo, si la falta de fluidez, el agramatismo y problemas del procesamiento verbal se dan asociados (síntomas que se agrupan en la afasia de Broca), **se supone dependen de un mismo proceso cognitivo-neuronal**.

Ello, sin embargo, **no necesariamente es así**: lo que en realidad puede haber ocurrido es que, como dependen de sustratos anatómicos que están muy próximos, la lesión los ha afectado conjuntamente. La existencia de pacientes que presenten **alguno(s) de esos síntomas y no otro(s)**, es señal de que dependen de procesos distintos. La neuropsicología cognitiva se interesa justamente en determinar **qué procesos son disociables**, es decir, en las **disociaciones** más que en las asociaciones. Si alguien presenta un lenguaje fluente, pero agramático, quiere decir que ambas alteraciones son independientes. Más aun, si aparece el patrón opuesto, es decir, el caso de una persona afásica que tenga un lenguaje no fluente, pero correcto gramaticalmente (ocurre, así, una **doble disociación**), **“constituye una prueba irrefutable de que ambos trastornos tienen causas diferentes y que deben explicarse como daño a distintos componentes del sistema de procesamiento lingüístico”**.

Las **dobles disociaciones**, señala, son una importante herramienta metodológica ya que **sirven para separar procesos que tradicionalmente se habían considerado dependientes**. En otras palabras,

393 Cuetos, Fernando: “Evaluación de las afasias desde la neuropsicología cognitiva”. Revista Chilena de Fonoaudiología. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Medicina. U. de Chile. Vol. 4, N°1, 2003.



“Mientras que el neuro-psicólogo clínico coloca sobre la mesa los perfiles de los diferentes síndromes para ver, en función de los síntomas que observa, con cuál de ellos encaja mejor el paciente que está evaluando, el neuro-psicólogo cognitivo coloca sobre la mesa los modelos de procesamiento lingüístico para ver, en base a esos síntomas, qué componentes tiene dañados el paciente”.

Lo anterior ha llevado a un cambio importante tanto en el tipo de pruebas utilizadas para el diagnóstico y evaluación de los afásicos, como -más importante aún- en los procedimientos relativos al tratamiento. El autor avala con interesantes ejemplos sus afirmaciones.

Completamos el punto sobre las afasias, advirtiendo que **en niños no deben confundirse con las disfasias/trastornos específicos del desarrollo del lenguaje**, que trataremos a continuación. Estos últimos son trastornos del desarrollo y no alteraciones adquiridas. Es cierto que también en niños pueden darse verdaderas afasias, **cuando una lesión o daño cerebral los afecta después de haber adquirido el lenguaje**. Pero, explica Crystal, haciendo referencia también a los hallazgos de Lenneberg:



“Aquí hay grandes diferencias: si el daño ocurre suficientemente pronto en el ‘período crítico’ de adquisición del lenguaje, aparecerá algún tipo de recuperación espontánea, y esta será de índole muy diferente, y mucho más rápida que la que ocurre en caso de los adultos. La postura que se asume defiende que si el hemisferio izquierdo está extensamente dañado, el derecho es todavía lo suficientemente ‘flexible’ como para asumir las funciones del izquierdo”.

Trastorno específico del desarrollo del lenguaje TEL

DISFASIA

Hay niños que se encuentran **muy por debajo de sus pares en cuanto a desempeño lingüístico**, sin embargo, no presentan retardo mental, déficit auditivo u otra condición que explique tal retraso. A esta **patología del lenguaje, de carácter evolutivo**, se le ha denominado de varias maneras y tradicionalmente ha sido definida **por exclusión** (como las “learning disabilities”): no obedece a retardo mental, sordera, daño cerebral o alteraciones neurológicas, condiciones socio-ambientales adversas, etc. Ya que puede ocurrir **sin que se vean seriamente afectados otros aspectos del desarrollo** (lo que ha resultado ser discutible), se le ha catalogado como trastorno **específico** del lenguaje.

Se trata de un **trastorno del desarrollo del lenguaje**, de tipo **predominantemente expresivo o receptivo/ expresivo**, que puede darse con una capacidad intelectual normal (medida con pruebas no verbales), pero que **interfiere de manera significativa el aprendizaje académico o las interacciones de la vida cotidiana**.

Considerando que ha existido bastante confusión en relación a este cuadro, que hay variadas sub-categorías propuestas y denominaciones en uso, en general, los autores incluyen en él un **rango de alteraciones** que van desde:

- **Retrasos** simples: insuficiencia lingüística, es decir expresión y/o comprensión inferiores a lo esperado para la edad, con un desarrollo algo desfasado.

- Hasta **trastornos**: retrasos más definidamente estabilizados, mayores problemas asociados, afectando más severamente la comprensión -lo que incide en la expresión- y un desarrollo lingüístico eventualmente desviado y no sólo retrasado.

Aguado (1999, 2002), experto español³⁹⁴ en el área del trastorno específico del lenguaje, estima que este representa:



“Una zona, dentro de las patologías del lenguaje -de difícil ubicación o, al menos con límites imprecisos- que se encontraría entre la dislalia (alteración -omisión, distorsión o sustitución- de un fonema, que no afecta ni se ve afectado por la realización de los fonemas adyacentes) y los trastornos derivados de deficiencia motriz, intelectual o producidos por daño cerebral”.

Los **límites exactos** (tanto superior como inferior) de esta zona de patologías que van de menor a mayor severidad, son variables para los diferentes autores, si bien hay consenso en cuanto a sus síndromes centrales o más típicos. Algunos autores llaman **disfasia** (aceptando diferentes niveles de severidad) a todo el rango; otros reservan ese término sólo las para manifestaciones más severas. La clasificación de Ingram examinada más atrás (punto 5 y **fig. 13.2**) de lo que denomina **síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo** incluye subtipos organizados de menor a mayor severidad. El extremo más leve corresponde a un retraso centrado básicamente en la pronunciación de las palabras. Crystal (1983) reserva el término **disfasia del desarrollo** (o evolutiva) para los trastornos que afectan el desarrollo de la sintaxis y la semántica (el lenguaje), dejando, en cambio, fuera del cuadro las dificultades puramente fonéticas y fonológicas.

Aguado (1999), después de examinar las diferentes denominaciones que ha recibido el síndrome, propone adoptar la expresión **Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)** como la mejor manera de identificarlo. Entre las denominaciones que revisa están las de afasia congénita, afasia evolutiva, audiomudez, retraso del lenguaje, trastorno o deterioro evolutivo del lenguaje... Observa Aguado que traducciones francesas de los términos en inglés “(specific) language impairment (or disorder)” suelen ser “dysphasie”.

Si bien el término “**específico**” plantea problemas y ha sido cuestionado, explica el autor que existen evidencias que permiten hablar de un trastorno “específico” del lenguaje,



“ya que, aunque existan otros procesos psicológicos implicados (percepción, memoria de corto plazo limitada, etc.), estos parecen subordinarse a la alteración del lenguaje, o bien esta representa el núcleo del conjunto de procesos alterados o disfuncionales”.

En el país, un equipo de investigadores de la Escuela de Fonoaudiología -Facultad de Medicina- de la Universidad de Chile se ha destacado desde hace varios años por sus sustantivos aportes tanto en la conceptualización teórica como en la indagación empírica del TEL (Trastorno Específico del Lenguaje). El año 2002 dicho equipo editó un número especial de la **Revista Chilena de Fonoaudiología** -su órgano oficial- con el título “Trastorno específico del lenguaje: proyecciones clínicas y educativas”. Junto a los trabajos de varios de sus integrantes, aparecen artículos de Aguado, de la Universidad de Navarra, España, y de Gina Conti-Ramsden, de la Universidad de Manchester, Inglaterra.³⁹⁵

³⁹⁴ Aguado, Gerardo: “Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia”. Ediciones Aljibe, Málaga, 1999.

Aguado, Gerardo: “Trastorno específico del lenguaje: diversidad y formas clínicas”. Revista Chilena de Fonoaudiología, Vol. 3, nº 1, 48-74, 2002.

³⁹⁵ Resultaría muy extenso dar una cuenta cabal de las numerosas publicaciones y ponencias en diferentes eventos de este fecundo grupo investigador, integrado por fonoaudiólogos y lingüistas: María Mercedes Pavez, Mariangela Maggiolo, Carmen Julia Coloma, Zulema de Barbieri,

Pavez (2001) llevó a cabo una “puesta al día” de la clasificación de **Ingram** en el punto relativo al TEL (Trastorno Específico del Lenguaje), “precisando la semiología con criterios lingüísticos” y además complementando el trabajo del neurólogo de la Universidad de Edimburgo con “la experiencia obtenida tras varios años de investigación en niños con TEL en la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile”. Explica la autora que Ingram formuló su clasificación en los años ‘70 desde una perspectiva clínica “sin un manejo de conceptos ni de términos especializados”. El neurólogo aborda el lenguaje concentrándose en los aspectos morfosintácticos y fonológicos. En lo que concierne a lo semántico, se limita al vocabulario ignorando lo demás y, por cierto, sin hacer mención de los aspectos pragmáticos. Destaca Pavez el **rol que atribuye Ingram al déficit en la comprensión**, que, de hecho, define el criterio para diferenciar los cuadros leves y moderados, de los severos.

Recomendamos leer el autorizado análisis de Pavez en su versión completa. No obstante, al haber dado cuenta en páginas anteriores de los subtipos del **síndrome de trastorno evolutivo del habla** de Ingram,³⁹⁶ que reproducimos para comodidad del lector en la **fig. 14.1**, consideramos de interés entregar algunas de las contribuciones de la investigadora, de gran relevancia para el desarrollo de este punto.

Explica que la clasificación se basa en la severidad de los cuadros, la que se estima tomando en cuenta los **aspectos del lenguaje alterados**, la presencia o no de problemas de **comprensión** y la **velocidad del desarrollo lingüístico** del niño.

[a] Leve	Retraso en la adquisición de palabras. Lenguaje normal.	Dislalia.
[b] Moderado	Retraso más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión normal.	Disfasia expresiva evolutiva.

Selma Alfaro, Juana Barrera, Luis Martínez, Virginia Varela, entre otros. Algunos de sus trabajos:

Coloma, C. J.; Pavez, M. M. y Maggiolo, M.: Caracterización, análisis y estimulación del discurso narrativo de los niños con TEL. Rev. Chilena de Fonoaudiología, vol.3, nº1, 75-90, 2002.

De Barbieri, Z.: Conciencia fonológica en niños con trastorno específico del lenguaje. Rev. Chilena de Fonoaudiología, vol.3, nº1, 39-47, 2002.

Martínez, L.; Herrera, C.; Valle, J. y Vásquez, M.: Razonamiento analógico verbal y no verbal en niños con TEL. Rev. Chilena de Fonoaudiología, vol.3, nº1, 5-24, 2002.

Martínez, L.; Palomino, H.; De Barbieri, Z. y Villanueva, P.: Bases genéticas del trastorno específico del lenguaje. Rev. Chilena de Fonoaudiología, vol.4, nº1, 37-49, 2003.

Pavez, M.M.: Semiología lingüística de los trastornos específicos del lenguaje en el niño: la clasificación de Ingram. Rev. Chilena de Fonoaudiología, nº4, 45-63, 2001.

Pavez, M. M.; Coloma, C. J. y González, P.: Discurso narrativo y desempeño gramatical en niños con TEL. Rev. Logopedia, Foniatría y Audiología, XXI (3), 124-130, 2001.

Alfaro, S. y Tomiccic, G. La problemática del diagnóstico fonoaudiológico en los TEL. Rev. Chilena de Fonoaudiología, nº4, 5-11, 2001.

De Barbieri, Z. Estudio de habilidades meta fonológicas en niños con trastorno fonológico del lenguaje oral. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias de la Educación mención Dificultades del Aprendizaje. Fac. de Educ. PUC, 2003.

Barrera, J. Estudio acerca de la relación entre comprensión del lenguaje figurado y el rendimiento escolar en una muestra de estudiantes de enseñanza básica. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias de la Educación mención Dificultades del Aprendizaje. Fac. de Educ. PUC, 2003.

Pavez, M.M.; Coloma, C.J.; Martínez, L.; Maggiolo, M. y Luis Romero R. Procedimientos para evaluar discurso PREDI. Ediciones U. Católica de Chile, 2002.

Pavez, M.M.; Coloma, C.J. & Maggiolo, M. El desarrollo narrativo en niños. Ed. Ars Medica, 2008.

Pavez, M.M.; Maggiolo, M. & Coloma, C.J. Test para evaluar procesos de simplificación fonológica. Ediciones U. Católica de Chile, 2008.

En este equipo, especial mención hay que hacer de la eminente lingüista María Mercedes Pavez, desde 2008 miembro de la Academia Chilena de la Lengua, quien, como profesora guía de numerosos seminarios de título y tesis, ha contribuido en forma decisiva al conocimiento en el área de las patologías del lenguaje y el habla.

396 Developmental speech disorder syndrome. Ingram utilizó la denominación “speech disorders”, para englobar tanto los trastornos del “habla” como los del “lenguaje”.

[c] Grave	Retraso aun más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión deteriorada.	Disfasia receptiva evolutiva. Sordera a las palabras. No percepción auditiva.
[d] Muy grave	Falta de desarrollo del habla. Deterioro en la comprensión del lenguaje y en el significado de otros sonidos. A menudo, sordera manifiesta.	No percepción auditiva. Sordera central.

Fig. 14.1. Subtipos del **síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo, según Ingram.**

Examinemos, en primer lugar, cada subtipo, resumiendo la caracterización que realiza la lingüista chilena, que avala con citas textuales de Ingram. Posteriormente volveremos nuevamente a cada subtipo, sintetizando la puesta al día y precisión de la semiología que lleva a cabo la autora. Es el caso de hacer notar que sus publicaciones más recientes suponen una actualización de algunas de las observaciones que aparecen en este trabajo del año 2001.

- A. Los cuadros **leves** afectan a niños cuyo desarrollo del lenguaje se inicia **dentro de límites normales**, pero que presentan “un aprendizaje lento para producir los **sonidos de las palabras**”.
- Características:
- Enunciados difíciles de entender por los errores de articulación.
 - Vocabulario, formas gramaticales y comprensión adecuados.
 - Los sonidos afectados varían de niño en niño, dentro de una pauta consistente (se alteran consonantes y grupos consonánticos que se adquieren más tardíamente).
 - Los errores son similares a los de niños más pequeños.
 - Pronóstico bueno: la mayoría habla normalmente hacia los 7 años.
- B. Los cuadros **moderados** afectan a niños con un significativo **atraso** en su **lenguaje expresivo**.
- Características:
- Tienen una historia de atraso en el desarrollo comunicativo.
 - Balbuceo tardío (alrededor 18 m.) y primeras palabras inteligibles hacia los 2 ½ años o después.
 - Aparte del inicio tardío, el desarrollo del lenguaje es más lento: seis meses de un niño normal se logran en un año o más.
 - Mayor alteración en los sonidos de las palabras que en los niños con cuadros leves.
 - Emisiones con formas gramaticales simples e inmaduras.
 - PLE (Promedio de Longitud de Enunciado) inferior al correspondiente a su edad; menos uso de subordinación y uso inmaduro de preposiciones.
 - Vocabulario restringido.
 - Comprensión del lenguaje aparentemente normal (con deficiencias en un examen más riguroso).
 - Pronóstico menos bueno que en cuadros leves, pero la mayoría logra un lenguaje relativamente normal.
 - Probables problemas a lo largo de la escolaridad.
- C. Los niños con trastorno **grave** o **severo** se caracterizan por sus **dificultades para comprender el lenguaje oral**. Otras características:
- Severo retardo para enunciar los sonidos de las palabras.
 - Severo retardo para adquirir vocabulario y formas gramaticales.
 - Padres advierten que el niño es lento para reconocer su nombre y para comprender órdenes y preguntas.
 - Audición a sonidos diferentes a los del lenguaje, adecuada.

- Aunque parece oír y comportarse inteligentemente, no comprende lo que se le dice.
- No habla y prefiere gesticular para comunicarse.
- Desarrollo del lenguaje oral sumamente lento.
- Algunos de estos niños impresionan como sordos el primer año o más, reaccionando con mucha lentitud ante los sonidos.
- Pese a audición dentro de límites normales, problemas para discriminar sonidos.
- Tendencia a apoyarse en gestos y, a veces, en lectura labial.
- Si bien presentan “disfasia receptiva evolutiva” o “impercepción auditiva”, pueden ser diagnosticados erróneamente como deficientes mentales, autistas, niños con déficit auditivo o perturbación psiquiátrica grave.
- Pronóstico poco favorable: el problema del desarrollo del lenguaje es persistente; limitaciones verbales durante la escolaridad y dificultades serias en el aprendizaje de la lectoescritura.

D. Los niños con **trastorno muy grave** o **muy severo** presentan **graves dificultades para comprender el lenguaje oral**. Entre sus características principales:

- Dificultad, incluso, para reconocer y localizar ruidos no verbales de su entorno.
- Pueden parecer sordos por meses o hasta años.
- Parecen oír intermitentemente y pueden responder bien a sonidos de poca intensidad, mientras que en un test formal con sonidos más intensos. no responden.
- Se dice que presentan “sordera central” y se les ha llamado “no comunicadores”.
- Se comportan como si tuvieran un grave deterioro auditivo periférico.
- Expresión verbal inexistente o mínima.
- Pronóstico desfavorable: muchos de ellos no llegan a utilizar el lenguaje oral como medio de comunicación.

Después de esta caracterización de los subtipos TEL, basada en la terminología y el agudo análisis de Ingram, Pavez los retoma para su actualización y precisión semiológica. Al mismo tiempo, los complementa con nueva información. Se apoya también en un gráfico que ilustra, para cada subtipo, los aspectos que pueden verse afectados -tanto en la vertiente comprensiva como expresiva- ya sea en lo que concierne a forma (fonología, morfosintaxis) como a contenido (semántica lexical). Examinaremos en el mismo orden anterior los grupos **A** (leve), **B** (moderado), **C** (grave) y **D** (muy grave).

A. Los niños con un trastorno **leve** presentan problemas en la **expresión** del lenguaje, con una **comprensión normal**. Corresponde esta situación a un **trastorno fonológico**.

- El niño conserva procesos fonológicos de simplificación que ya debiera haber eliminado.
- Puede articular los fonemas aislados, pero el problema surge al unir los fonemas en una palabra.
- Las emisiones, muy simples, impresionan como lenguaje de niños de menor edad.
- En la expresión, el desarrollo morfosintáctico y el semántico-lexical son normales.
- La comprensión del lenguaje también es normal.
- Es posible que el trastorno fonológico expresivo coexista con problemas de percepción y discriminación auditiva, en especial de fonemas (pese a una audición normal).
- También pueden apreciarse dificultades en secuencias de praxias bucolinguales (siendo normales las praxias bucolinguales aisladas).
- Las dislalias en el habla afectan en particular fonemas de adquisición más tardía: /r/ /r̄/ /s/ /n/ /l/ /d/.

- En la experiencia clínica, los niños enviados a tratamiento a causa del trastorno leve son muy pocos, comparados con los casos de mayor severidad.
 - Las palabras con estructura fonológica compleja (con sílabas trabadas, con secuencias vocálicas y consonánticas, o de mayor metría) son indicadores sensibles para detectar un probable trastorno fonológico.³⁹⁷
- B. Los niños con trastorno **moderado** también presentan alterada la **expresión**, en mayor grado, con un **trastorno fonológico más severo** y, a diferencia de los cuadros leves, además con un compromiso **morfosintáctico**. Se aprecian **limitaciones léxicas**, aunque **la comprensión impresiona como normal** en la interacción de todos los días.
- Ha sido el más estudiado en nuestro medio, por su frecuencia en el ámbito educacional y fonoaudiológico.
 - El desempeño gramatical básico de los niños con trastorno moderado es deficitario.³⁹⁸
 - En situación de test, niños de 4.0-4.11 años muestran desempeño similar a niños de 3.0-3.11 años sin problemas de lenguaje, pero inferior a estos en lenguaje espontáneo.
 - Su índice PLE es equivalente a niños normales pero de menor edad cronológica.³⁹⁹
 - El déficit gramatical expresivo es especialmente evidente en el lenguaje espontáneo, pero también con tests formales: deficiencias notables observadas en inflexiones verbales; en uso de pronombres de distinto tipo; en nexos, como preposiciones y conjunciones.
 - Comprensión “impresiona como normal” en situaciones naturales y contextualizadas; en situación de test formal, sin tales claves, el rendimiento está significativamente por debajo del rendimiento normal.
 - En vocabulario, medido con el subtest correspondiente del Test de Carrow, sólo un tercio de los niños con TEL moderado presentaron un rendimiento por debajo de lo normal. Con el TEVI, en cambio, que evalúa vocabulario pasivo, casi las tres cuartas partes estuvieron por debajo de la norma.⁴⁰⁰
- C. Los cuadros **graves** o **severos** se caracterizan por el **déficit en la comprensión**, que afecta el nivel **fonológico** (problemas de percepción y discriminación auditiva, en especial de ítemes lingüísticos), la **sintaxis** y el **vocabulario**. En consecuencia, también se ve **seriamente** afectada la **expresión**.
- Si el niño habla, su expresión es difícil de entender por el severo trastorno fonológico.
 - Su limitación morfosintáctica es evidente: muchos niños se encuentran en una etapa pre-sintáctica, con enunciados holofrásticos.
 - Otros presentan un estadio sintáctico inicial, con enunciados de dos o tres palabras; si más largos, son agramaticales.
 - Las limitaciones léxicas son evidentes.
 - También se da una sintomatología no verbal: dificultades perceptivas, en especial auditivas; déficit de memoria, de procesamiento secuencial y de atención; problemas de estructuración del tiempo y el espacio, déficits práxicos.
 - Niños disfásicos de 6 a 8 años demuestran un desempeño significativamente deficitario comparados con niños normales de la misma edad en percepción de estímulos auditivos verbales (palabras y logotomas) y no verbales.⁴⁰¹

397 La observación puede efectuarse en lenguaje espontáneo o inducido. La prueba para evaluar los procesos fonológicos de simplificación es el TEPROSIF-R, descrito en el capítulo anterior.

398 Pavez informa de estudios comparativos de niños con trastorno moderado y niños normales de 4.0 a 4.11: los primeros demostraron un desempeño gramatical significativamente inferior tanto en el S.T.S.G. Toronto (situación de test), como en el D.A.S.G. Toronto (para lenguaje espontáneo). Los estudios corresponden a Seminarios de Titulación.

399 En uno de estos mismos estudios, niños entre 4.0 y 4.11 obtuvieron un PLE promedio 2.2, equivalente al de niños 2.8-2.9 años

400 Carrow, E. Test for Auditory Comprehension of Language. Learning Concepts. Austin, Texas, 1978. Adaptación de Acuña, C. y otros, E. de Fonoaudiología, U. de Chile, 1983.

TEVI: Test de Vocabulario en Imágenes. Echeverría, M. y otros, Ed. U. de Concepción, 1982.

401 Araya, F. y otros: “Desempeño perceptivo auditivo en niños disfásicos de 6.5 a 8.5 años”. Seminario de Titulación. E. de Fonoaudiología, U. de

- La comprensión de niños de 7 años con TEL severo (evaluado con el S.T.S.G.) corresponde al rendimiento de niños de 4.0 a 4.11 años.

D. En los cuadros **muy severos** la limitación verbal es de gran envergadura, viéndose **gravemente comprometidas tanto la comprensión como la expresión verbal**.

- Muchos niños pueden tardar años en adquirir alguna expresión verbal.
- La semiología lingüística en estos casos no tiene mucha relevancia, frente a las limitaciones comunicativas del niño.

Pavez -cuya cuidadosa descripción de las diferentes manifestaciones TEL hemos expuesto con detalle- advierte que los términos **leve, moderado, severo y muy severo**, usados en los diferentes subtipos, no suponen una apreciación puramente subjetiva de gradación: corresponden a un modo especializado de uso, que se basa en un conjunto de síntomas que definen el subtipo con precisión:



“Un niño con trastorno moderado no es aquél con un lenguaje que impresiona como ‘medianamente afectado’ frente a otros niños que presentan más limitaciones, sino aquél con la semiología característica del cuadro moderado”.

La investigadora hace ver, al mismo tiempo, la necesidad de complementar la descripción de los distintos grados de severidad propuestos por Ingram, con los **aspectos semánticos y pragmáticos deficitarios en los niños**, que han cobrado tanta importancia los últimos años. De hecho, da cuenta de algunos trabajos llevados a cabo en su equipo acerca del **discurso** en niños TEL.⁴⁰²

En relación a las clasificaciones **DSM IV - DSM IV TR** y **CIE 10**, se pueden establecer las siguientes relaciones con la clasificación de Ingram:

- El nivel [A] corresponde al **trastorno fonológico** del DSM IV y al **trastorno específico de la pronunciación** de la CIE 10.
- El nivel [B] corresponde al **trastorno del lenguaje expresivo** del DSM IV y al **trastorno de la expresión del lenguaje** de la CIE 10.
- El nivel [] corresponde al **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** del DSM IV y al **trastorno de la comprensión del lenguaje** de la CIE 10 (También conocido, según la CIE 10, como **trastorno mixto expresión/compreensión**).

Esta forma de clasificar los trastornos del desarrollo del lenguaje o TEL es ampliamente utilizada en la clínica. La oposición expresivo-receptiva proviene del campo de las afasias. Recuérdese, sin embargo, que los criterios a que se ciñen el DSM IV y CIE 10 son de tipo operacional y no etiológico. Para ilustrar el punto, anotamos comparativamente los criterios diagnósticos que establece el **DSM IV** para definir el **trastorno del lenguaje expresivo** y el **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** en la tabla adjunta (**fig. 14.2**). Para los demás trastornos remitimos al lector a las fuentes originales. Algunos de los criterios DSM que se muestran en la tabla han

Chile.

402 En la línea de estudios sobre el discurso, la autora publicó en colaboración con su equipo el PREDI Procedimientos para evaluar discurso, destinado al trabajo con estudiantes de enseñanza media. (Ediciones U. Católica de Chile, 2001), y más recientemente, El desarrollo narrativo en niños (Ed. Ars Medica, 2008).

sido criticados como, por ejemplo, la discrepancia que debiera darse entre los resultados en los tests de lenguaje y en los de inteligencia no verbal. Aguado (2002) discute en detalle esta cuestión.⁴⁰³ Por cierto, los criterios del DSM IV, demasiado genéricos, pueden verse claramente enriquecidos y fundamentados con la precisión semiológica y aportes de Pavez.

Trastorno del lenguaje expresivo	Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo
<p>Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo.</p> <p>El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.</p>	<p>Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal.</p> <p>Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.</p>
<p>Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.</p>	<p>Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.</p>
<p>No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p>No se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo.</p>
<p>Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.</p>	<p>Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.</p>

fig. 14.2. Tabla comparativa de los criterios diagnósticos según el DSM IV del **trastorno del lenguaje expresivo** y del **trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo**. En negrita se destacan algunos detalles para que sean percibidos con más facilidad por el lector.

Aguado revisa varias clasificaciones de los TEL, entre ellas:

Perelló y asociados (1978), admiten grados de intensidad de un mismo proceso patológico, y distinguen:

403 El libro de Gerardo Aguado Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia (Ediciones Aljibe, Málaga) representa una completa revisión de la materia en español. A fin de que el lector se forme una idea de los contenidos tratados, anotamos a continuación el listado de los capítulos que trae la obra. Gran parte de estos temas ni siquiera serán mencionados en nuestra apretada síntesis.

1. Caracterización del trastorno específico del lenguaje: conceptos básicos.
2. Diversidad dentro del TEL: clasificaciones.
3. Percepción y producción del habla.
4. El vocabulario en los niños con TEL.
5. Morfología, sintaxis y comprensión de oraciones.
6. Ámbito de la interacción: consecuencias del TEL.
7. Genes y cerebro: buscando el origen del TEL.
8. Evaluación del TEL.
9. Intervención en el TEL.

Aguado tiene trabajos anteriores sobre el TEL. Contribuyó al número especial de la Revista Chilena de Fonoaudiología del año 2002, dedicada al mismo tema, y de la cual ya hicimos mención.

- Retardo simple del habla.
 - Retardo puro del habla.
 - Retardo simple del lenguaje.
- Disfasia.

Bahares y Elizaincin, investigadores uruguayos⁴⁰⁴, proponen esta ordenación:

- Retardo de la palabra.
- Retardo simple del lenguaje.
- Disfasias del desarrollo.
 - Expresivas (admiten tres subtipos).
 - Receptivas.

Rapin y Allen propusieron una clasificación en los '80.⁴⁰⁵ Según Aguado, es la más utilizada por los terapeutas. Se basaron en las descripciones de estados patológicos del lenguaje observados en un significativo número de sujetos. Son "denominaciones del lenguaje de grupos homogéneos de sujetos". Aguado da cuenta, además, de algunas revisiones efectuadas por autores españoles. La clasificación de estas investigadoras es la que sigue:

- **Trastornos de la vertiente expresiva.**
 - **Trastorno de la programación fonológica.**
Cierta fluidez de producción, pero con articulación confusa (hasta llegar a la ininteligibilidad en enunciados de cierta longitud); notable mejoría de calidad articularia en tareas de repetición de elementos cortos aislados (sílabas y palabras); comprensión normal o casi normal.
 - **Dispraxia verbal.**
Grave afectación de la articulación (hasta la ausencia completa de habla); enunciados de 1 ó 2 palabras; articulación que no mejora con la repetición; comprensión normal o próxima a lo normal.
- **Trastornos de comprensión y expresión.**
 - **Trastorno fonológico-sintáctico.**
Déficit mixto receptivo-expresivo; fluidez verbal perturbada; articulación alterada; sintaxis deficiente: frases cortas, omisión de nexos o marcadores fonológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados (frases ordenadas según el movimiento del pensamiento que la suscita); comprensión mejor que la expresión. Variables de dificultad de comprensión: LME, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez de emisión.
 - **Agnosia auditivo-verbal.**
Sordera verbal; fluidez verbal perturbada; comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente; expresión ausente o limitada a palabras sueltas; articulación gravemente alterada; comprensión normal de gestos.

404 Behares, L. & Elizaincin, A. Adquisición del lenguaje: modelos y perspectivas. En C. Mendilaharsu (ed.): Estudios neuro-psicológicos. Delta. Montevideo, 1981.

405 Allen, D. Developmental language disorders in preschool children: clinical subtypes and syndromes. *School Psychology Review*, vol. 18, 4, 442-451, 1989.

Rapin, I. & Allen, D. Syndromes in developmental dysphasia. En E. Plum (ed.): *Language, communication and the brain*. Raven Press, N.York, 1988.

Rapin, I. & Allen, D. The semantic-pragmatic deficit disorder: classification issues. *International J. of Language and Communication Disorders*. Vol.33,1, 82-87, 1998.

- **Trastorno del proceso central de tratamiento y de la formulación.**

- **Trastorno léxico-sintáctico.**

Habla fluente con pseudotartamudeo ocasional por problemas de recuperación de palabras; articulación normal o con ligera dificultades; jerga fluente (en el niño pequeño); sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, uso incorrecto de marcadores morfológicos, frecuencia de muletillas; comprensión normal de palabras sueltas; deficiente comprensión de enunciados.

- **Trastorno semántico-pragmático.**

Desarrollo inicial del lenguaje más o menos normal; articulación normal o con ligeras dificultades; habla fluente, a menudo logorreica; puede emitir frases aprendidas de memoria; enunciados bien estructurados gramaticalmente; grandes dificultades de comprensión: puede haber una comprensión literal y no responder más que a una o dos palabras del enunciado del interlocutor; falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo: deficiente ajuste pragmático a la situación y al interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseveración.

Para **Pavez**⁴⁰⁶ el trastorno **leve** de Ingram equivale al **trastorno de programación fonológica** de estas autoras; el cuadro **moderado** es similar al **trastorno fonológico sintáctico**; y los **severo** y **muy severo** se corresponden con la **agnosia auditivo-verbal** o **sordera verbal**. Hace ver la investigadora que en la clasificación de Ingram (por razones obvias) no hay una propuesta respecto del **déficit semántico-pragmático**, que "incluso actualmente es objeto de grandes e interesantes controversias teóricas en cuanto a su existencia como entidad diagnóstica".

Aguado (2002) establece los puntos de contacto entre la clasificación de Rapin y Allen y las otras que examina, algunas de las cuales no hemos mostrado acá. Por otra parte, en lo que dice relación con la **dispraxia verbal**, afirma que se trata de un trastorno que no está bien definido y que sus manifestaciones clínicas se solapan y confunden con los trastornos graves de programación fonológica. Algunos autores habrían llegado a decir que "es una etiqueta en busca de población". De todos modos:



"De alguna manera, la dispraxia verbal sería a la producción lo que la agnosia auditivo-verbal es a la comprensión y, de la misma forma, su relación con afectaciones neurológicas evidenciables (especialmente, epilepsia) -al menos en algunos casos- permitiría considerar este trastorno fuera del TEL que, como ya se sabe, se define por exclusión, entre otras causas, de alteraciones neurológicas".

"Algo similar puede decirse de la agnosia auditivo-verbal. Su relación con el síndrome de Landau-Kleffner⁴⁰⁷ parece también evidente, aunque muchos de los niños con este trastorno no sufren ataques epilépticos. Sin embargo, sus problemas de comprensión, a pesar del buen estado de su percepción auditiva, y el hecho de que algunos de estos niños muestren dificultades también con material no verbal, no parece permitir considerarlo como parte del continuum característico del TEL".⁴⁰⁸

406 En "Semiología lingüística" Revista Chilena de Fonoaudiología, 4, 45-63, 2001.

407 Ver nota en capítulo anterior.

408 La agnosia auditivo-verbal, a juicio de Aguado (2002), corresponde a la afasia congénita y la audiomudez. Explica también que el trastorno léxico-sintáctico de Rapin y Allen tiene que ver con la limitación en el funcionamiento de los procesos de recuperación de palabras del léxico mental y corresponde al subtipo específico disnómico de Korkman y Häkkinen-Rihu:

Korkman, M. & Häkkinen-Rihu, P. A new classification of developmental language disorders. Brain and Language, 47, 96-116, 1994.

Aguado concluye su análisis crítico de las diferentes clasificaciones con dos afirmaciones:

1. La diferenciación entre **TEL-expresivo** y **TEL-mixto** está bien fundamentada, tanto en la investigación como en la actividad terapéutica.
2. Se hace necesario añadir a estos dos grupos de trastornos el de la **dimensión pragmática**, como ha sido propuesto por varios investigadores (entre los cuales, Rapin y Allen).

Como puede apreciarse de lo expuesto hasta aquí, **los niños con TEL constituyen un grupo heterogéneo cuyo sistema de lenguaje por una razón u otra no se corresponde con sus capacidades cognitivas** (Conti-Ramsden, 2002).⁴⁰⁹ **Algunos subtipos** descritos (varios de los de Ingram y su revisión por Pavez; algunos de los de Rapin y Allen) son “mejores ejemplares” de la categoría o “zona de patologías” TEL. Otros son más periféricos y se traslapan con cuadros y etiologías que hacen más dudoso considerarlos sin más trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

En lo que dice relación con las **estrategias de intervención**, aparte de la información que puede recabarse de la bibliografía citada en las páginas inmediatamente anteriores, remitimos al lector al capítulo pertinente en Gallardo y Gallego (1995), preparado por García Vílchez⁴¹⁰, y los trabajos publicados en la Revista Chilena de Fonoaudiología. García Vílchez explica que la intervención tiene “un triple aspecto educativo” que debiera tener en cuenta los contextos y las personas implicadas: la **familia**, el **centro escolar** y el **logopeda**. Describen el **Programa de entrenamiento en los usos cognitivos del lenguaje**, adaptación española del programa de desarrollo del lenguaje elaborado por Bereiter y Engelman en USA. Bautista (1993), en el libro dedicado a las NEE (Necesidades Educativas Especiales), incluye un capítulo sobre las alteraciones del lenguaje oral y dentro de ellas **el retraso en el desarrollo del lenguaje** -redactado por Gallardo y Gallego- que, a diferencia del manual de logopedia, está más centrado en la labor de aula y la adecuada integración de los niños.

Con esto completamos el punto dedicado a las **disfasias / trastornos específicos (del desarrollo) del lenguaje** en este manual dedicados a profesores y estudiantes de pedagogía que, confiamos, les permitirá formarse una visión de conjunto -aunque limitada por su carácter introductorio- en un problema del desarrollo que afectaría, según estimaciones de Leonard⁴¹¹, a más de un 7% de los niños en edad escolar.⁴¹² Otros autores entregan estimaciones ligeramente

409 Conti-Ramsden, Gina: Continuidad académica y educativa en niños con TEL. Revista Chilena de Fonoaudiología, vol. 3, nº1, 25-38, 2002.

410 Visitación García Vílchez: Capítulo XV “Retraso en el desarrollo del lenguaje oral”. En Gallardo y Gallego (1995).

El esquema desarrollado por García Vílchez contempla:

1. Intervención familiar
 - Información-formación a los padres.
 - Modificación de conductas no lingüísticas.
 - Modificación de conductas lingüísticas.
2. Intervención escolar.
 - Depende de la organización del centro, del personal que participa, condición del niño, etc.
3. Intervención logopédica:
 - Establecimiento de repertorios básicos de entrada.
 - Reeduación del lenguaje (desarrollo fonológico, sintáctico, semántico y pragmático.)

411 Leonard, L. B. Children with specific language impairment. MIT Press, Cambridge, MA, 1998.

412 Recientemente, en la Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile, la fonoaudióloga y psicóloga Virginia Varela M., docente e investigadora, dirigió un Seminario de Grado que trae en su marco teórico una actualizada revisión crítica sobre los TEL.

diferentes. En lo que concierne a la normativa MINEDUC para la detección, evaluación y tratamiento de los TEL, están vigentes el Decreto Supremo N° 1300/2002, que “Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con trastornos específicos de lenguaje”, y el Instructivo N° 0610, más reciente, que complementa al decreto anterior. Ambos documentos se pueden ver in extenso en la página web MINEDUC. Teniendo presente que los niños que asisten a “Escuelas Especiales de Lenguaje” lo hacen sólo a nivel de educación parvularia y después deben integrarse al sistema regular, todo educador de aula debe estar preparado para atender una faceta tan significativa de la diversidad, que plantea serios desafíos. Al mismo tiempo, debe conocer más de cerca la labor que realizan profesionales especializados, con los cuales trabajará colaborativamente.

Encontrándose el manuscrito de este manual ya en manos de la Editorial, entró en vigencia el Decreto N° 0170 de 2009 que fija normas para determinar los alumnos con NEE que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial. En el Título III, dedicado al diagnóstico de los alumnos beneficiarios de la subvención de NEE de “carácter transitorio”, el Párrafo 2 incluye la normativa relativa al Trastorno Específico del Lenguaje.

Trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones

En este apartado final, siguiendo la clasificación que se muestra en la **fig. 13.5** del capítulo anterior, haremos una breve referencia a alteraciones del lenguaje (y del habla) que se asocian o son **consecuencia o manifestación de otros problemas** que justifican el diagnóstico principal. Ingram en el punto 4 de su clasificación enumera varios de tales problemas, los que, advierte, se pueden presentar combinados:

- Defectos mentales.
- Defectos de la audición o pérdida auditiva.
- Disfasia “auténtica” (afasia, por daño cerebral).
- Trastornos “psiquiátricos”: aquí incluye las psicosis, el autismo y el mutismo selectivo.
- Deprivación social grave.

Lo extenso de estos dos capítulos nos obliga a hacer unos breves alcances en torno a estas cuestiones, ya que algunas de ellas han sido tratadas y otras serán vistas en los capítulos que siguen. Los problemas del lenguaje asociados a **déficit mental** (intelectual) serán examinados en el capítulo 15, que sigue, dedicado a las “diferencias cognitivo-intelectuales”. De las **afasias** ya nos ocupamos en el apartado anterior. Problemas del lenguaje secundarios a **deprivación social** serán mencionados en el capítulo final. El **autismo** será examinado con algún detalle en el capítulo 16, dedicado a los trastornos generalizados del desarrollo. Del **déficit auditivo y sordera**, hicimos una breve mención dentro del punto referido a las discapacidades en el capítulo sobre NEE. Recuérdese que la pérdida auditiva admite grados: desde una ligera dificultad a responder a unas cuantas frecuencias de baja intensidad (lo que apenas interferirá con la comunicación normal) hasta una pérdida donde no existe respuesta detectable a ninguna frecuencia, por intenso que sea el sonido. La mayoría de las personas diagnosticadas como sordas tienen alguna audición residual. Anteriormente recomendamos sobre el punto bibliografía especializada, atendiendo al tema de la integración e inclusión.

A los especialistas (fonoaudiólogos, profesores de niños con trastornos de la audición y lenguaje), Gallardo y Gallego (1995) dedican el capítulo XVIII de su manual de logopedia: “Alteraciones del lenguaje en el deficiente auditivo”.⁴¹³

El **lenguaje psicótico**, por otra parte, por ejemplo el esquizofrénico, acusa los trastornos más de fondo en un cuadro que se ve acompañado de alucinaciones, incoherencia, desvarío del pensamiento, delirio, pobreza de contenido, falta de lógica, conducta desorganizada (Sarason y Sarason, 1996). Ello se traduce en un vocabulario estereotipado, jerga o invenciones sin sentido, perseveraciones, expresión emocional inapropiada, fonología distorsionada, asociaciones de palabras idiosincrásicas, etc.

El **mutismo selectivo o “electivo”** consiste en la incapacidad del niño para hablar en situaciones sociales específicas, en las que se espera hable, pese a tener la capacidad de hacerlo, como lo puede evidenciar, de hecho, en otras situaciones. Sin embargo, aparte del mutismo selectivo, hay otras explicaciones posibles frente al caso de un **niño que no habla** y que no presenta sordera o trastorno generalizado del desarrollo. La manera como Gallardo y Gallego (1995) definen al **niño que no habla**, supone una noción más amplia del concepto: “es aquél cuyo lenguaje oral **no se manifiesta a una edad en la que los demás niños hablan normalmente**, siendo esta ausencia del lenguaje la única alteración evidenciable”. La **fig. 14.3**, original de estos autores, y que se atiene a dicha definición, les permite incluir alteraciones que acá hemos tratado en el punto dedicado al TEL. Sin embargo, es una tabla muy valiosa para el diagnóstico diferencial.

El niño que no habla	Retraso en la aparición del lenguaje.	Retraso puro del habla.
		Retraso simple del lenguaje lenguaje.
	Mutismo adquirido.	Mutismo total.
		Mutismo electivo.

Fig. 14.3. Clasificación del **mutismo infantil**, según Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995).

413 El capítulo XVIII de Gallardo y Gallego incluye los siguientes puntos:

1. Descripción de las sorderas.
2. Tipos de deficiencia auditiva.
3. Desarrollo del lenguaje en el deficiente auditivo.
4. Estrategias de evaluación:
 - Evaluación de la audición.
 - Estrategias útiles para detectar deficiencias auditivas.
 - Medición de la audición.
 - Los audiogramas: su interpretación.
 - Pruebas de inteligibilidad.
 - Evaluación del lenguaje.
5. La intervención logopédica:
 - Sistemas metodológicos.
 - Estrategia de intervención logopédica.
6. Ayudas técnicas para la deficiencia auditiva.

Mutismo selectivo

Examinemos ahora la tabla comparativa que se muestra en **fig. 14.4**, sobre el **mutismo selectivo**, que es un tipo de mutismo adquirido. Se comparan los criterios **CIE 10** y **DSM IV**, con una gran coincidencia en lo esencial del mutismo, si bien la ordenación de tales criterios (que hemos respetado en los dos casos) es algo diferente. La **incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas, en las que se espera que el sujeto hable, a pesar de poder hacerlo**, es lo más típico del mutismo selectivo. Las condiciones que deben cumplirse aparecen con claridad en la tabla, por lo que no se hace necesario ahondar en ellas. El **mutismo selectivo**, para Gallardo y Gallego '**electivo**', sólo se da ante ciertas personas o en determinadas situaciones y suele aparecer, según estos autores, a los tres años y con mayor frecuencia, hacia los seis. En su etiología hacen referencia a varios factores (que se traslapan en el análisis que hacen con los del TEL, ya que se refieren genéricamente "al niño que no habla"): sobreprotección familiar; abandono, descuido y falta de la necesaria estimulación lingüística; preocupación excesiva y estándares paternos perfeccionistas; relaciones ambivalentes dependencia-hostilidad con el niño; bilingüismo mal integrado; déficit lingüístico hereditario; posible incapacidad comunicativa específica, etc.⁴¹⁴

Para su tratamiento integran un **modelo lingüístico** que apunta a la "desmutización" con tareas de diferente tipo; el **modelo conductual**, que incluye técnicas de desensibilización sistemática, de moldeamiento e imitación; el **modelo clínico**, de carácter psicoterapéutico, y proponen, finalmente, estrategias de **intervención psicomotriz**.

DSM IV y DSM IV TR	CIE 10
MUTISMO SELECTIVO (antes 'mutismo electivo')	MUTISMO SELECTIVO
A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p.ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.	A. Expresión y comprensión lingüística, evaluadas mediante tests de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.	B. Evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales a pesar de poder hablar en otras.
C. La duración de la alteración es por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).	C. La duración del mutismo selectivo excede las cuatro semanas.
D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.	D. Ausencia de trastorno generalizado del desarrollo psicológico.

414 Atendiendo a estos factores, Ingram incluye el mutismo selectivo en las alteraciones del habla secundarias, relacionadas con trastornos "psiquiátricos".

E.

El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p.ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

E.

El trastorno no puede ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.

Fig. 14.4. El **mutismo selectivo** según el DSM IV y la CIE 10.

El **mutismo total** implica una desaparición del lenguaje, repentina o progresiva. Puede ser de tipo histérico, tras un fuerte choque afectivo, o por enfermedad laríngea. (Ajuriaguerra, 1979, citado en Gallardo y Gallego). Ya hicimos referencia a la **logofobia** o miedo a hablar, que puede darse, por ejemplo, en el tartamudo, y a la **afonía de conversión** o histérica. Algunos autores han descrito con finura mutismos neuróticos y mutismos psicóticos, que escapan ampliamente a los temas de este manual.

Trastornos del lenguaje no verbal

En nuestra “Psicología del Lenguaje”, en el punto relativo a los déficit en habilidades sociales y en el capítulo dedicado a la comunicación no verbal, se pueden encontrar algunos antecedentes sobre la materia, así como acerca de la importancia del gesto y la expresión corporal al servicio de la comunicación. El intercambio de información o **puesta en común de significaciones** que supone la comunicación humana, se lleva a cabo tanto con procedimientos verbales como no verbales.

La introducción a este punto nos lleva a una breve reflexión. No hay comunicación sin una relación entre las personas: **sin embargo, ocurren interacciones de muy variada naturaleza:** casuales o deliberadas, breves o muy extensas, positivas o negativas, amigables, indiferentes u hostiles, fáciles o difíciles, constructivas o destructivas... **En los contextos educativos, en atención a la esencia misma de la labor pedagógica, es esperable que las relaciones sean constructivas, enriquecedoras, sanas.** En otras palabras, que reúnan características positivas. Rasgos tales como autenticidad, veracidad y respeto por el otro, deben estar a la base de tales relaciones. Sólo así el educador y los especialistas pueden llevar a cabo una labor efectiva en el desafío de las barreras en el aprendizaje y la participación de los alumnos con dificultades de aprendizaje y necesidades educativas especiales. Normalmente, lo no verbal complementa, acentúa, reemplaza o contribuye a regular lo que decimos con palabras; **en ocasiones, en cambio, lo contradice.** Puede ocurrir que el mensaje que entrega verbalmente el educador a sus alumnos se acompañe de señales que no sólo no acentúan ni complementan, sino que niegan o al menos desmerecen la calidad de lo dicho.

En general, somos buenos “lectores” de las claves no verbales. Sin embargo, hay grandes diferencias entre las personas en el uso de recursos no verbales al servicio de la comunicación. Más aun, hay personas con serias dificultades y otras con evidentes alteraciones en el plano no verbal. Los déficit en habilidades sociales se manifiestan muchas veces en trabas de comunicación no verbal (aspectos kinésicos, proxémicos y paralingüísticos), junto a limitaciones, en algunos casos, en competencia comunicativa verbal. En el capítulo 12 de este manual se mencionó

el “síndrome de hemisferio derecho”. Así como las afasias están relacionadas para la gran mayoría de las personas con daños en el hemisferio izquierdo, con efectos muy severos en la comunicación verbal, los daños en el hemisferio derecho se asocian a limitaciones significativas en el plano no verbal, por ejemplo, en la percepción de claves emocionales en otras personas o del significado de gestos y actitudes corporales. En los protocolos de observación de los aspectos pragmáticos de la comunicación, en el plano no verbal, se observan los gestos, la expresión facial, la dirección de la mirada, la postura corporal, la proximidad física, etc. para así conocer la efectividad del sujeto como “comunicador”.

Es sabido que los trastornos generalizados del desarrollo -más adelante hablaremos del espectro autista- se caracterizan por serias alteraciones en el desempeño comunicativo no verbal: junto a la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados, se da una perturbación en habilidades para la comunicación y habilidades para la interacción social. El niño evidencia una incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros con manifestaciones atípicas en expresión facial, contacto ocular, posturas corporales, claves reguladoras de la interacción, reciprocidad social o emocional, etc.

El educador de aula debe estar preparado también para atender esta otra faceta de la diversidad. El autismo admite grados y con educación -con la participación de los especialistas y la interacción con la familia- los niños pueden desarrollar habilidades sociales que les permiten interactuar de manera más efectiva con su medio. Ya hemos señalado que la discapacidad es resultado de la interacción entre limitaciones personales y las barreras que pone el medio. El propósito de este manual es contribuir a la eliminación de tales barreras.

DIFERENCIAS COGNITIVO-INTELECTUALES

► Temas del capítulo

Diversidad: inteligencia y otras variables.
Diversidad: inteligencia y CI (Cociente Intelectual).
Niveles del déficit intelectual: CI y comportamiento adaptativo.
Otras consideraciones acerca del déficit intelectual.
Capacidad intelectual límite.
Capacidad intelectual superior.
La educación de niños con talento en Iberoamérica.
CI y desempeño académico.

Diversidad: inteligencia y otras variables

Diversidad se ha asociado tradicionalmente en el contexto de la educación especial a déficit, discapacidad y trastornos. Sin embargo, atendida la manera como se distribuyen las características que determinan las diferencias individuales en la población -inteligencia, rasgos de personalidad, habilidades verbales, creatividad, talento musical, etc., y propiedades físicas como peso, tamaño, etc., que tienden a seguir una distribución normal, la diversidad se manifiesta de manera ostensible en aquellos puntajes **que se alejan sustantivamente** del promedio, pero **en ambos sentidos**.

Cada ser humano es único, irreplicable y esencialmente diferente a todos los demás. Ya lo hemos destacado desde las primeras páginas de este manual. **Diversidad**, para el diccionario de la RAE equivale a 'variedad', 'desemejanza', 'diferencia'. La segunda acepción, que muestra otra cara de la diversidad, es 'abundancia' y 'gran cantidad de varias cosas distintas'. La diversidad, la desemejanza, lo que permite a cada cual distinguirse de las demás personas es, por tanto, muestra de **riqueza** y **variedad**. Este es el sentido que se valora en este manual y que lo inspira.

En el capítulo 3 se explicó que uno de los **criterios de normalidad-anormalidad** es el **estadístico**: lo anormal es lo poco frecuente, lo excepcional estadísticamente. Este criterio resulta insuficiente, como se advirtió, para muchos efectos, debiendo ser complementado con otros. No obstante, entrega **una primera aproximación** para estimar la diversidad. Mientras más nos desplazamos hacia **uno u otro extremo** de la curva normal, los casos serán menos frecuentes: la diversidad, que se expresa como aquello que se aleja del promedio, debe ser vista -por tanto- no sólo desde el punto de vista del déficit de una determinada característica, sino también del de la sobredotación. Esto justifica el nombre de este capítulo: "diferencias"

y no “deficiencias”. La tabla que se muestra en la fig. 15.1 ilustra el punto en relación al CI (Cociente Intelectual). El extremo de la “deficiencia” o subnormalidad intelectual corresponde a un $CI \leq 70$, con un % relativamente pequeño de la población. El otro extremo ($CI \geq 130$), que también se aleja notablemente del promedio, corresponde igualmente a muy pocos sujetos, y representa la sobredotación o abundancia, las personas muy talentosas. Ambos márgenes pueden asociarse a NEE (Necesidades Educativas Especiales), no sólo el del déficit. Jiménez Correa y Lou Royo (en Lou y López, 1999) de la Universidad de Granada, España, puntualizan a este respecto:



*“Por encima de la media de los alumnos existe un porcentaje de población escolar, la de los superdotados, a los que el sistema educativo prácticamente ignora, con la errónea convicción de que sus disponibilidades personales los hace autosuficientes y, por lo tanto, toda atención diferente es superflua e innecesaria. Esta actitud expresa un lamentable error ya que descuida, en ocasiones de forma irreparable, unas cualidades extraordinarias en sujetos que, de suyo, son el capital humano inestimable en cualquier sociedad que se precie”.*⁴¹⁵

Inteligencia	CI	% Población Según distribución normal.
Brillante	≥ 130	2,2 %
Sobresaliente	120-130	6,7 %
Normal superior	110-120	16,1 %
Normal promedio	90-110	50,0 %
Normal lento	80-90	16,1 %
Límite	70-80	6,7 %
Deficiente	≤ 70	2,2 %

Fig. 15.1. Clasificación del CI basada en Wechsler. Se indica el porcentaje de la población que corresponde a cada tramo. En cada uno de ellos se redondearon los puntajes para simplificar la tabla (120-129 aparece como 120-130; 80-89, como 80-90, etc.). Los CI **70** y **130** corresponden en la curva normal a 2 desviaciones estándar bajo y sobre el promedio, respectivamente.

A fin de ilustrar con mayor precisión lo anterior, en la fig. 15.2, donde se representa la curva normal -que es simétrica- se detallan los porcentajes de casos para cada una de sus áreas y se establecen relaciones entre diferentes puntuaciones, entre ellas el CI. Obsérvese que casi un **70%** (68.26%) de la población tiene un CI entre **85** y **115** puntos. En tanto, un **95,44** tiene un CI entre **70** y **130**. **Menos de un 5%**, es decir el porcentaje por **debajo** o por **sobre** las **dos desviaciones estándar** desde el promedio matemático, posee un CI que se aleja sustantivamente de los CI más frecuentes y es, por tanto, excepcionalmente diferente. Lo esencial, desde la perspectiva psicopedagógica, es que tanto un niño con una escasa dotación intelectual, como un niño “genio” en la misma sala de clase, tienen igual derecho que sus demás compañeros a crecer como personas y sacar el máximo partido de sus potencialidades. Y ambos pueden experimentar los efectos de las barreras en el aprendizaje y la participación. El término **diversidad**, obviamente, engloba muchos aspectos y condiciones, Shea y Bauer (2000) organizan su influyente tratado de educación especial, que plantean desde un enfoque ecológico, centrándose en la **diversidad de aprendizajes**.

⁴¹⁵ Armando Jiménez Correa y M. Ángeles Lou Royo: “Necesidades educativas del niño superdotado”. (Cap. 15 en Lou y López, 1999).

Incluyen también a los aprendices “sobresalientes, creativos y talentosos”. El esquema, que puede ser de interés para el lector, es el siguiente:

- **Aprendices que difieren en sus interacciones:**
 - Aprendices identificados como con trastornos emocionales / conductuales.
 - Aprendices de grupos étnicos, culturales y lingüísticos diversos.
- **Aprendices que difieren en su acceso al entorno:**
 - Aprendices con trastornos de la comunicación.
 - Aprendices con necesidades físicas especiales y con deterioros de la salud.
 - Aprendices con necesidades visuales especiales.
 - Aprendices con problema auditivos.
- **Aprendices que difieren en sus estilos y ritmos de aprendizaje:**
 - Aprendices con problemas de aprendizaje.
 - Aprendices con deficiencia mental leve o moderada.
 - Aprendices con necesidades educativas especiales leves.
 - Aprendices con necesidades educativas especiales severas y múltiples.
 - Aprendices sobresalientes, creativos y talentosos.

La escuela y la sala de clase se distinguen habitualmente por una gran heterogeneidad, si bien los programas de curso y muchas actividades curriculares han sido diseñados, por lo general, como si se tratara de sistemas homogéneos. El “currículo flexible”, la “adaptación curricular” vienen a entregar un marco de referencia muy favorable para facilitar “las ayudas pedagógicas que determinados alumnos requieren para su desarrollo y crecimiento personal”. Normalmente en los contextos educacionales la preocupación principal (y, a veces, la única) ha tenido que ver con los logros de naturaleza académica o pre-académica (“funciones básicas”) y sus deficiencias.

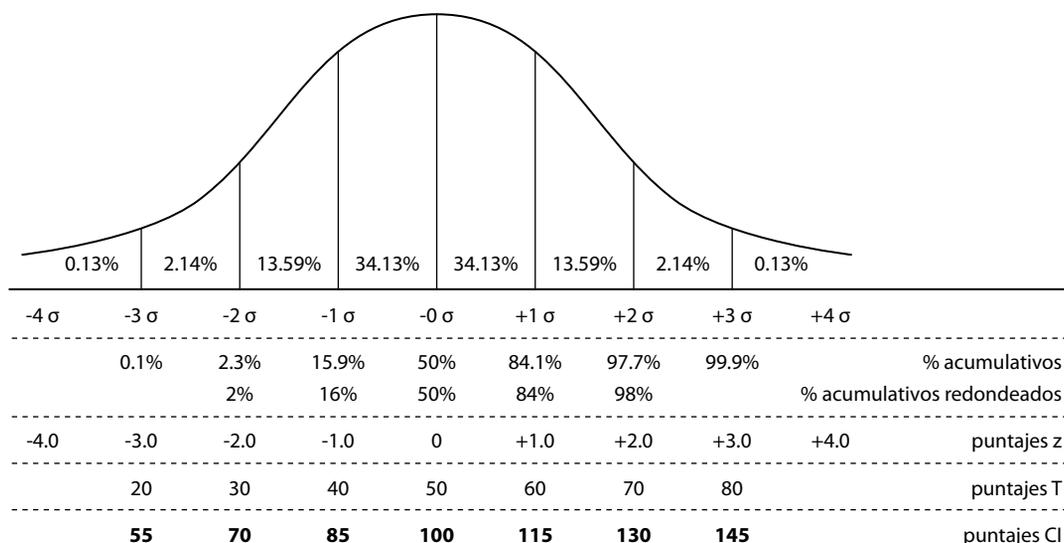


Fig. 15.2 Porcentaje de casos en cada sector de la curva normal. Obsérvese que entre -1 y +1 desviaciones estándar se acumula el 68.26% de los casos (34.13 + 34.13). Entre -2 y +2, el 95.44%. Entre -3 y +3, el 99.74%.

Si bien el discurso pedagógico dice lo contrario, han recibido menos atención cuestiones de gran relevancia que también inciden en lo académico, y que son fuente de heterogeneidad, como las **características de personalidad de los alumnos, sus motivaciones y expectativas, su grado de vulnerabilidad frente a los estresores o estímulos amenazantes, su salud mental y capacidad de afrontamiento**, etc.⁴¹⁶

Es cierto que se acostumbra entregar a los alumnos, junto a sus calificaciones, un “informe de personalidad” que puede resultar orientador en muchos aspectos. Sin embargo, muchos niños y adolescentes dicen no sentirse comprendidos o apoyados en aspectos que estiman esenciales. Esto explica la importancia que se ha dado en este manual a tales variables. El maestro que quiere atender debidamente a la diversidad tendrá que estar alerta a una multiplicidad de factores que van más allá de lo puramente académico, ya que su labor no se limita a “enseñar materias”, sino a formar personas. Los prejuicios y la discriminación no sólo afectan el rendimiento en los estudios: suelen minar también la autoestima, los sentimientos de auto-eficacia, la motivación de logro, la fe en los otros y la salud mental.

Diversidad: inteligencia y CI (Cociente Intelectual)

Al hablar de los **mecanismos cognitivos del aprendizaje** (Bermeosolo, 1997, 2001) explicamos cómo el **conocimiento intelectual** (o aprehensión intelectual), que los autores suelen identificar con el término amplio de **cognición** -que se apoya en el **conocimiento sensorial**, común con los animales, aunque lo trasciende ampliamente- se hace posible gracias a la acción del **pensamiento** y el **lenguaje**. El **conocimiento intelectual** permite la aprehensión de la esencia de las cosas, la captación de los significados, logros exclusivamente humanos. El pensamiento, “eje” de la actividad intelectual, se apoya en muchas de sus manifestaciones en sistemas simbólicos compartidos socialmente, en especial en el lenguaje verbal.

Al ocuparnos en este capítulo de **diferencias cognitivo-intelectuales**, resulta evidente que no todas las personas tienen la misma calidad de pensamiento ni están igualmente dotadas en habilidades verbales y otras formas de lenguaje. Un **déficit intelectual** se expresa en una serie de insuficiencias tanto en la naturaleza del pensamiento como en variados aspectos del lenguaje. Mientras más severo es el déficit, más afectados se verán pensamiento y lenguaje, lo

⁴¹⁶ La alta incidencia de enfermedad mental en la población chilena, puesta de manifiesto a través de diferentes estudios y con frecuentes informes en la prensa, hace ver las condiciones poco favorables que enfrentan muchos niños y adolescentes en sus hogares y en otros medios. La salud mental de los mismos niños es un tema que debiera recibir mayor atención y que hace ver la necesidad de contar con especialistas en el área en las escuelas. Esto es motivo de preocupación en diferentes partes del mundo. Los “profesionales de la salud mental” enfrentan complejos desafíos.

En un número de Newsweek (Newsweek.MSNBC.com: Newsweek Information. September 24, 2003), aparece un trabajo de Claudia Kalb, titulado: “Troubled souls: mental illnesses are so complex in children that health-care professionals can’t always detect them”.

Hace ver lo que ocurre en USA y cómo las enfermedades mentales también golpean a los niños, incluso pequeños, y lo hacen con dureza. “One in five children and adolescents has a mental disorder that causes at least some impairment. Many have more than one”. Como en los niños los síntomas pueden ser inespecíficos -dolores de estómago, irritabilidad- los papás y profesores a menudo no logran darse cuenta de problemas serios, por lo cual “menos del 20% de los niños con enfermedades mentales cuentan con la ayuda que requieren”. Se informa de cómo se quiere revertir esta situación y la autora detalla qué está ocurriendo con alteraciones no siempre evidentes para los adultos, como las de ansiedad (que afectan al 13% de los niños y jóvenes entre 9 y 17: cita el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad de separación, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social...); la depresión y el trastorno bipolar (“too often, parents don’t consider that a child is depressed”); trastornos de conducta y ADHD, etc. Los científicos, afirma, están sabiendo cada vez con más precisión cuestiones relativas a factores genéticos y desencadenantes ambientales, pero, pese a los progresos, “we cannot ignore the fact that we have serious work to do”.

“The disorders, in the meantime, are very real. Left untreated, they can lead to academic failure, substance abuse and even suicide, the third leading cause of death in kids 10 to 19”.

que queda de alguna manera “cuantificado” a través de la aplicación de tests de inteligencia. La **inteligencia**, entendida (y definida) de muy variadas maneras, es -en esencia- un **constructo**, basado en mediciones, que expresa el **nivel general de desempeño cognoscitivo**, explican Ausubel y colaboradores.⁴¹⁷ Corresponde, en otras palabras, al **nivel** (cuantitativo) **del desempeño o actividad intelectual** a una edad determinada:



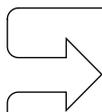
“Constituye un constructo de medición que pretende cuantificar capacidades intelectuales como el razonamiento, la resolución de problemas, la comprensión verbal y la captación funcional de conceptos y expresa la puntuación compuesta en función de la aptitud escolar general”.

Al medir la inteligencia se hace una **estimación del funcionamiento intelectual**. En esencia... del **pensamiento** y el **lenguaje**. A mejor funcionamiento intelectual (del pensamiento y el lenguaje), más inteligente se demuestra el sujeto, con puntuaciones más altas en los tests. Las definiciones tradicionales de inteligencia han incluido las nociones **de habilidad verbal** y de **habilidad para solucionar problemas**. Algunas han puesto énfasis en la **capacidad de adaptarse y de aprender de las experiencias** (lo que supone, de alguna manera, resolver problemas). Allport (1968) hace ya varias décadas explicaba:



“La mayoría de los escritores la definen (la inteligencia) como el potencial innato que hay en una persona para realizar juicios apropiados, aprovecharse de la experiencia y afrontar adecuadamente nuevos problemas y condiciones de vida”.

El mismo autor, que reconocía la legitimidad de describir tanto inteligencias **especiales** como una inteligencia **general**, destacaba el **peso de variables ambientales** -entre ellas, la acción de la familia, estimulación del medio, recompensas, etc., en la modificabilidad del nivel de funcionamiento mental. Rasgos tales como independencia y espíritu de iniciativa, entre otros, caracterizaban a niños que aumentaron su CI, según estudios que cita el autor. Tanto la temática de las **inteligencias especiales**, como lo relativo a la **modificabilidad cognitiva**, han tenido un enorme desarrollo los últimos años, ocupando una parte importante de las preocupaciones de la psicología cognitiva y de la psicología educativa.



Un problema aparte es que los **tests de inteligencia** midan efectivamente todo lo que comprende la “capacidad intelectual”. Algunos investigadores han diferenciado tanto “tipos” como “factores” de inteligencia (Gardner, Sternberg, Spearman), que, en realidad, son formas, componentes o manifestaciones de la actividad intelectual. Guilford, en su conocida proposición acerca de la **estructura del intelecto**, combinando operaciones, contenidos y productos, señaló la posibilidad de describir... ¡**120 factores** diferentes!

La visión **psicométrica** tradicional de la **inteligencia** y el **CI** ha sido cuestionada las últimas décadas.⁴¹⁸ Ello ha incidido, entre otras cosas, en la manera como ahora se entiende y define

417 Ausubel, D.; Novak, J. & Hanesian, H.: “Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo”. 2a. edic. Trillas, 1983.

418 Se atribuye a William Stern la creación del concepto de CI (en inglés IQ) o cociente intelectual (¡no “coeficiente” ni tampoco “coeficiente!”). Cociente es el resultado de la división de un número por otro: el CI es la relación entre la edad mental y la edad cronológica de un sujeto.

La fórmula que arroja las puntuaciones del cociente intelectual es: $CI = EM / EC \times 100$. Si un niño tiene 10 años de edad y en las pruebas obtiene resultados equivalentes a una edad mental de 10 años, tendrá un $CI = 100$. $(10/10 \times 100)$ Si la edad mental está por sobre la edad cronológica, el niño será más inteligente. Si ocurre lo contrario, su CI estará por debajo del promedio.

el déficit intelectual,⁴¹⁹ y en una concepción más amplia y multifacética de la actividad intelectual. Los tests de **CI** han estado destinados a medir aspectos estrechamente relacionados con el desempeño y la aptitud escolar, privilegiándose la **inteligencia lingüística** y la **lógico-matemática**, pese a la inclusión de aspectos no verbales. Otras “inteligencias”, como las descritas por Gardner (espacial interpersonal, intrapersonal, cenestésico-corporal, musical, y naturalística)⁴²⁰ corresponden a dimensiones no menos importantes de la adaptación intelectual y ponen de relieve otras facetas de la diversidad y riqueza de los seres humanos.

Niveles del déficit intelectual: CI y comportamiento adaptativo

En este punto ahondaremos en las diferencias cognitivo-intelectuales y de adaptación asociadas al déficit intelectual. El DSM IV (y DSM IV-TR) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), que adopta aún la denominación **retraso mental**⁴²¹, lo caracteriza en estos términos:

1. **Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior** en un test de CI administrado individualmente (en caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
2. **Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual** (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), **en por lo menos dos de las áreas siguientes**: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
3. El inicio es anterior a los 18 años.

La tabla que muestra la **fig.15.3** ilustra los niveles del retraso mental que aparecen descritos en el **DSM IV** y la **CIE 10**. Después de la tabla, siguiendo básicamente el DSM, anotamos los rasgos más característicos de cada nivel:

Discapacidad Intelectual.				
	DSM IV y DSM IV TR	%	CIE 10	
Leve	CI entre 50-55 y 70	85%	CI: 50-69	EM (Edad Mental): 9 a menos de 12 años
Moderado	CI entre 35-40 y 50-55	10%	CI: 35-49	EM: 6 a menos de 9 años
Grave	CI entre 20-25 y 35-40	3-4%	CI: 20-34	EM: 3 a menos de 6 años
Profundo	CI inferior a 20-25	1-2%	CI: < 20	EM: menos de 3 años

Fig. 15.3. Clasificación del “retraso mental” en el **DSM IV** y la **CIE 10**.⁴²² Ambas nosologías utilizan los mismos niveles. La CIE 10 los define con puntos de corte exactos. El DSM IV muestra un mayor grado de flexibilidad al relacionar el nivel del trastorno con la puntuación CI. La CIE 10 entrega una referencia de la **edad mental (EM)**.

419 Ver en capítulo 9 el punto relativo a las NEE asociadas a discapacidad.

420 Gardner, H. *Frames of mind*. Basic Books, N. York, 1983.

Gardner, H. *Multiple intelligences*. Basic Books, N. York, 1993.

421 En el Capítulo 9 ya hicimos notar que la AAMR (Asociación Americana para el Retardo Mental) ha pasado a denominarse AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES AAIDD, dejando de lado la denominación ‘retardo mental’ por la connotación negativa que se le ha asociado (“Mental retardation, no more” anotan en su página web), y define la condición como “Discapacidad caracterizada por significativas limitaciones, tanto en el funcionamiento intelectual, como en las conductas de adaptación que se manifiestan en habilidades conceptuales, sociales y prácticas”.

422 También existe la categoría “retraso mental de gravedad no especificada” que se utiliza cuando existe una clara presunción de retraso mental, pero no se hace posible verificar la inteligencia de la persona con los tests habituales. El DSM cita los casos de sujetos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o niños pequeños.

Para el MINEDUC, la **'deficiencia mental'** es "aquella que presentan los alumnos o alumnas cuyo rendimiento intelectual es igual o inferior a 70 puntos de cociente intelectual, medido por un test validado por la OMS. Incluye los rangos de leve o discreta, moderada, y severa o grave". Se indica que podrá derivarse a un niño a una escuela especial con un cociente intelectual de hasta 75. Ello, sin embargo, "deberá ponderarse conjuntamente con el grado de adaptación social que presente el educando".

- **Retraso mental leve:**
 - Equivalente a lo que se considera en la categoría pedagógica de "educable".
 - Corresponde aproximadamente al **85 %** de las personas con retraso mental.
 - En conjunto, estas personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0 a 5).
 - Tienen insuficiencias mínimas en áreas sensorio-motoras.
 - Con frecuencia no se distinguen de niños sin retraso mental, hasta edades posteriores.
 - En los últimos años de la adolescencia pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un 6° curso de enseñanza básica.
 - En la vida adulta acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para la autonomía mínima.
 - Pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado.
 - Contando con apoyo adecuado, acostumbran vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, o en establecimientos supervisados.
- **Retraso mental moderado:**
 - Equivalente aproximadamente a la categoría pedagógica de "adiestrable".⁴²³
 - Corresponde aproximadamente al **10 %** de las personas con retraso mental.
 - La mayoría de los individuos adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.
 - Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal.
 - También puede beneficiarse de "adiestramiento" (sic) en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un 2° nivel en materias escolares.
 - Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares.
 - En la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas.
 - En la edad adulta pueden realizar trabajos no cualificados o semi-cualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo.
 - Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.
- **Retraso mental grave:**
 - Corresponde al **3-4%** de las personas con retraso mental.
 - Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo.

423 En el DSM se advierte que no debería utilizarse este término anticuado, porque "implica erróneamente que tales personas no pueden beneficiarse de programas pedagógicos". Curiosamente, en el mismo manual se utiliza. En la traducción del DSM III se usa el término "modificable" y no el de "adiestrable".

Kirk, Karnes & Kirk (1969) usan las denominaciones:

- Educable para el retraso mental leve.
- Susceptible de ser guiado para el retraso mental moderado.
- Totalmente dependiente para los niveles grave y profundo.

- En edad escolar pueden aprender a hablar y ser “adiestrados” (entrenados) en habilidades elementales de cuidado personal.
 - Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas (alfabeto, cálculo simple), pero pueden lograr la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia.
 - En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones.
 - En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiere cuidados especializados u otro tipo de asistencia.
- **Retraso mental profundo:**
 - Corresponde aproximadamente al **1-2%** de las personas con retraso mental.
 - La mayoría de las personas con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.
 - Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio-motor.
 - Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador.
 - El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un “adiestramiento” adecuado.
 - Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

Como se explicó en el Capítulo 9, los **cambios en la manera de ver y de definir el déficit intelectual** por parte de la ex-AAMR⁴²⁴, entre otros factores, han influido estos últimos años en el **rechazo** a ver dicha condición **como un rasgo definitivo** del sujeto, poniendo, en cambio, mayor énfasis en la interacción entre el individuo y su entorno, es decir, en su **comportamiento adaptativo**. Tanto la CIE 10, como el DSM IV han acogido esta tendencia (ver punto 2 de la definición DSM IV). Si se comparan, por otra parte, minuciosamente las descripciones que se hacen para cada nivel de retraso mental en el DSM III y el DSM IV, se pueden observar sutiles cambios que se introducen en este último y que dan cuenta de un mayor optimismo en los efectos favorables del entorno educativo y social. Se afirma en el DSM IV:



“Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen las características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que puede coexistir con el retraso mental. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo más estable a lo largo del tiempo”.

424 Actualmente: AAIDD AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES.

Paula (2003) se refiere con detalle al punto, revisando lo que opinan diferentes autores, y cita en especial un trabajo de Schalok.⁴²⁵ Explica que el retraso mental hace referencia al **funcionamiento presente** más que a un estado permanente, “en función de las habilidades adaptativas existentes y de las demandas de la vida”, por tanto, debe definirse en su **contexto social**. Asegura también que, con **apoyos apropiados**, durante un período prolongado, **tal funcionamiento experimenta mejoras**. Por otra parte, los servicios de rehabilitación deben basarse en las **capacidades, limitaciones y necesidades de apoyo** de las personas, y precisa:



“El cambio de paradigma ha tenido también repercusiones en los patrones de prestación de servicios, situando el énfasis de la actuación profesional en las posibilidades y capacidades de la persona, en los entornos normalizados, en los servicios integrados con apoyo y en la capacitación de las personas”.

La investigadora advierte que la sociedad debe asumir tres compromisos con las personas con limitaciones de este tipo:

1. El compromiso de la **comprensión** de sus limitaciones, colocándolas en un plano de normalización y circunscribiéndolas a los aspectos que les son propios.
2. El compromiso de la **confianza** en sus capacidades, que a veces pasan tan a segundo plano que olvidamos que las poseen.
3. El compromiso del **apoyo** para que con sus limitaciones y sus capacidades puedan aspirar a una participación en igualdad de condiciones con sus semejantes.

Basándose en autores que exponen los aportes de la AAMR concernientes a las **NEE (Necesidades Educativas Especiales) relacionadas con los procesos de transición a la vida adulta** en personas con discapacidad intelectual, Paula enumera las **dimensiones** más importantes, diez en total, que incluyen las **habilidades adaptativas** esperables.⁴²⁶ Citamos algunas de las habilidades que corresponden a cada dimensión. Recomendamos al lector revisar el trabajo de Paula para ver el listado completo:

1. Comunicación:

- Capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos.
- Capacidad de comprender o recibir un consejo, una emoción, una felicitación, una protesta o un rechazo.

2. Autocuidado:

- Aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.

2. Habilidades de vida en el hogar:

- Cuidado de la ropa, tareas del hogar, preparación de comidas, seguridad en el hogar, comportamiento en el vecindario, planificación diaria.

425 Schalok, R.L. “Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyo de la AAMR de 1992”. Siglo Cero, 26 (1), 5-13, 1994.

426 Isabel Paula (2003) analiza en su tratado de educación especial 4 puntos en relación a las necesidades educativas asociadas al retraso mental, que anotamos para el lector interesado :

1. Diagnóstico precoz e intervención temprana en personas con retraso mental.
2. Adaptaciones curriculares de acceso en personas con retraso mental.
3. Los procesos de transición a la vida adulta en personas con retraso mental.
4. Atención e intervención con las familias de personas con retraso mental.

Las 10 dimensiones enumeradas arriba corresponden exactamente a las áreas que pueden evidenciar déficit o alteraciones, nombradas en el punto 2 de la definición DSM IV de retraso mental.

4. Habilidades sociales:

- Iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; reconocer sentimientos; proporcionar feedback positivo y negativo; ayudar; hacer y mantener amistades; compartir; controlar los impulsos.

5. Utilización de la comunidad:

- Utilización del transporte público; visitar tiendas, librerías, parques, calles; comprar en supermercados; ir al cine.

6. Auto dirección:

- Aprender a seguir un horario; completar las tareas necesarias o requeridas; demostrar asertividad adecuada y habilidades de autodefensa; resolver problemas en situaciones familiares y en situaciones novedosas; buscar ayuda en casos necesarios.

7. Salud y seguridad:

- Identificar síntomas de enfermedad; tratamiento y prevención de accidentes; primeros auxilios; seguir reglas y leyes; utilizar cinturón de seguridad; cruzar las calles; protegerse de comportamientos criminales.

8. Habilidades académicas funcionales:

- Habilidades cognitivas relacionadas con aprendizajes escolares; conocimiento del entorno físico y la propia salud y sexualidad; adquisición de habilidades académicas funcionales en términos de vida independiente.

9. Ocio y tiempo libre:

- Entretenimiento individual y con otros; desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio; jugar socialmente con otros; respetar el turno; finalizar o rehusar actividades de ocio o recreativas; ampliar la duración de la participación.

10. Trabajo:

- Poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad; finalizar las tareas; conocimiento de los horarios; manejo del dinero; recibir críticas y mejorar las habilidades; habilidades relacionadas con el ir y volver del trabajo; interacción con los compañeros.

A la luz de estas dimensiones debe ser estimada la **eficacia** del niño o joven con deficiencias cognitivo-intelectuales **para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural**, y, en caso contrario, el monto del **déficit en su actividad adaptativa actual**, lo que es importante (según el punto 2 de la definición DSM IV) para determinar el nivel de retraso.

Tabla para estimar el nivel de retraso

Nivel de desarrollo ↓	EDUCABLE Si la edad del niño está entre:	SUSCEPTIBLE DE SER GUIADO Si la edad del niño está entre:	TOTALMENTE DEPENDIENTE Si la edad del niño está entre:
1 año	1½ a 2 años	2 a 4 años	4 o más años
1½ año	2 a 3 años	3 a 6 años	6 o más años
2 años	2½ a 4 años	4 a 8 años	8 o más años
2 a 3 años (2½)	3½ a 5 años	5 a 10 años	10 o más años

3 años	4 a 6 años	6 a 12 años	12 o más años
3 a 4 años (3½)	5 a 7 años	7 a 14 años	14 o más años
4 años	5½ a 8 años	8 a 16 años	16 o más años
4 a 5 años (4½)	6 a 9 años	9 o más años	
5 años	7 a 10 años	10 o más años	
5 a 6 años (5½)	7½ a 11 años	11 o más años	
6 años	8½ a 12 años	12 o más años	

Fig. 15.4. Tabla para estimar el **nivel de retraso**, relacionando el **nivel de desarrollo** con la **edad cronológica**.

Ya advertían **Kirk, Karnes y Kirk** (1969) que no hay un método rápido y fácil que permita a padres -y tampoco a especialistas- decidir de forma taxativa y concluyente el **nivel de retraso mental** de un niño **si este se encuentra todavía en una edad muy temprana**. El desarrollo anormal se pone de manifiesto tempranamente si el retraso es muy acusado. En muchos casos, en cambio, la determinación es relativamente clara sólo a partir de los 3 ó 4 años. En otros, sólo cuando el niño tiene ya 6 ó 7 años.

La tabla (**fig.15.4**), original de los autores, resulta útil para una estimación del nivel de retraso. La incluimos ya que puede servir para que el lector se forme una idea más precisa de la relación entre **nivel de desarrollo** (equivalente, de alguna manera a “edad mental”) y la **edad cronológica**. Para el uso adecuado de la tabla se hace necesaria una valoración aproximada del **nivel de desarrollo** del niño. Con este propósito, los autores dedican varias páginas a informar a los padres sobre las **normas típicas de comportamiento** por edad, basándose en importantes aportes de la psicología evolutiva, así como en su rica experiencia. Las **normas típicas** (desde los tres meses a los seis años) están organizadas de acuerdo a los siguientes apartados:

- **Comportamiento físico.**
- **Esparcimientos.**
- **Cuidado de su persona.**
- **Reacciones de carácter social.**
- **Lenguaje.**

Kirk y equipo usan las denominaciones:

- **Educable** para el retraso mental **leve**: el índice de desarrollo mental corresponde a la mitad o a las tres cuartas partes del índice mental de un niño de inteligencia promedio.
- **Susceptible de ser guiado** para el retraso mental **moderado**: el índice de su desarrollo mental está comprendido entre un cuarto y la mitad del de un niño de inteligencia promedio.
- **Totalmente dependiente** para los niveles **grave** y profundo: el niño se desarrolla, según los autores, a razón de una cuarta parte del desarrollo de un niño normal.

El libro de estos autores⁴²⁷, aunque antiguo, constituye una **guía práctica** de inapreciable valor

427 Samuel A. Kirk; Merle B. Karnes & Winifred D. Kirk: “You and your retarded children”, traducido al español como “Educación familiar del subnormal” (Fontanella, Barcelona, 1969).

Samuel Kirk, creador de la categoría diagnóstica y el área de las “learning disabilities”, como se explicó en páginas anteriores, fue además una autoridad en el campo de la discapacidad intelectual. Director del Institute for Research on Exceptional Children de la U. de Illinois, entre otras

para los padres, así como para profesionales que se desempeñan en el área. Siendo una de las preocupaciones básicas lograr **que el niño sepa valerse por sí mismo**, varios capítulos cumplen ese propósito:

- **Ayuda a que tu hijo se ayude** (capítulo V):
 - Principios generales para todo tipo de enseñanza.
 - Los hábitos en las comidas.
 - Las visitas al cuarto de baño.
 - Cómo educar al niño para que sea limpio.
 - Cómo hacer que el niño aprenda a vestirse y desnudarse.
 - La regulación de los hábitos de descansar y dormir.
- **Ayuda a que tu hijo se independice** (capítulo VI):
 - Cómo infundirle sensación de seguridad.
 - Sugerencias de carácter práctico.
- **Ayuda a que tu hijo juegue** (capítulo VII):
 - El valor del juego.
 - Factores que influyen en el juego.
 - Características del juego en los niños con retraso mental.
 - Sugerencias para ayudar a que jueguen.
 - Sugerencias para la selección de los juguetes.
- **Ayuda a que tu hijo hable** (capítulo VIII):
 - Manipulación de los sonidos vocales.
 - La imitación.
 - La asociación de sonidos vocales con las ideas.
 - Cómo aumentar la precisión del lenguaje.
- **Ayuda a que tu hijo sea aceptable** (capítulo IX):
 - Problemas del comportamiento.
 - Las buenas maneras.
 - El aspecto persona.
 - La independencia.
 - La salud.
 - La interpretación que hay que ofrecer a los demás del retraso mental que aqueja a nuestro hijo.
- **Ayuda a que tu hijo sepa dominarse** (capítulo X):
 - Libertad y disciplina.
 - Fijación de límites.
 - Actitud firme, pero afectuosa.
- **Ayuda a que supere sus problemas de comportamiento** (capítulo XI):
 - El niño tímido y retraído.
 - El niño sobre-activo.
 - El niño agresivo.
 - Hábitos de tipo nervioso.

distinciones, recibió el primer Premio Internacional de la Fundación Joseph P. Kennedy para quienes se dedican profesionalmente a solucionar los problemas que plantea el déficit intelectual.

Conocido, además, por el Test de Illinois de Habilidades Psicolingüísticas, que elaboró en conjunto con McCarthy y Osgood.

- El hábito de mojar la cama.
- Las rabietas.
- La postura negativa.

Los capítulos arriba mencionados muestran los **problemas prácticos** que plantean los niños y jóvenes con discapacidad intelectual en su actividad adaptativa y la **solución** a tales problemas -no siempre rápida, ni fácil- que ofrecen con sabiduría y buen criterio Kirk y sus colegas. Con constancia, amor y confianza en las capacidades de los propios niños y jóvenes, se obtienen los logros que tantas veces admiramos en ellos. Es de interés destacar que muchas de las recomendaciones de los autores son útiles también para la labor pedagógica con niños con algún otro tipo de discapacidad, así como con niños “normales”.

A este respecto, también resultan muy útiles las Guías “**Escuela, Familia y Discapacidad**”, que el lector puede revisar en la página web del MINEDUC.⁴²⁸ El material, compuesto por un conjunto de tres guías, “está destinado a entregar principios y criterios orientadores a las familias de estudiantes que presentan alguna discapacidad, proporcionando datos y sugerencias para el desarrollo familiar del niño con NEE, en su proceso de integración al sistema escolar. En las tres guías se hace una revisión pormenorizada sobre las **formas en que la familia puede participar del proceso educativo de niños en edad escolar, constituyéndose en un apoyo fundamental para el docente**. Se proponen, además, actividades y ejercicios relacionados con la vida diaria, la comunicación, los juegos y momentos de recreación, en el contexto de la actual Política de Educación Especial”.

La **1ª guía** orienta e informa frente a inquietudes tan importantes como: ¿Qué sucede en nuestra familia cuando llega un hijo con discapacidad? ¿Qué efectos causa en el grupo familiar? ¿Por qué son importantes las redes de apoyo entre familias de niños con y sin discapacidad? ¿Por qué es importante la familia en el desarrollo y aprendizaje de sus hijos? La **2ª guía** se refiere a la **familia y la escuela como contextos de enseñanza de habilidades sociales** y dedica apartados especiales a las familias de niños con discapacidad visual y ceguera; con discapacidad auditiva; con discapacidad intelectual; con discapacidad motriz; y con autismo. La **3ª guía** se refiere a la nueva política de educación especial en el país e incluye anexos con datos de instituciones públicas y organizaciones privadas donde los padres y familiares pueden buscar información, ayuda u orientación en el cuidado y educación de sus hijos con NEE.

Otras consideraciones acerca del déficit intelectual

El **DSM IV** entrega una visión apretada y actualizada de una serie de hallazgos acerca del retraso mental, útiles también para el educador. Resumimos los puntos más relevantes:

- Síntomas y trastornos asociados:
 - **No** hay características **comportamentales** o de **personalidad** específicas asociadas unívocamente al retraso mental: algunas personas son pasivas, tranquilas, dependientes; otras, impulsivas y agresivas.⁴²⁹

428 www.mineduc.cl En ‘Educación Especial’, ubicar: Recursos de apoyo al aprendizaje.

429 Clarizio & McCoy (1986), junto con aclarar que no existe ningún patrón de personalidad que se asocie únicamente al retardo mental, nombran

- Algunas **enfermedades médicas** asociadas a retraso mental se caracterizan por determinados síntomas comportamentales (no el retardo en sí).⁴³⁰
- Las personas con retraso mental pueden ser **vulnerables a la explotación** ejercida por otros (por ejemplo, sufrir abusos físicos o sexuales) o ver **negados sus derechos y oportunidades**.
- Las personas con retraso mental presentan una **prevalencia de trastornos mentales comórbidos** 3 a 4 veces mayor que en la población general (que pueden depender más bien de las discapacidades o insuficiencias asociadas).
- Factores predisponentes:
 - Los factores etiológicos pueden ser primariamente **biológicos, psicosociales** o alguna **combinación** de ambos.
 - En un 30-40% de sujetos en centros clínicos **no puede determinarse una etiología clara** del retraso mental, pese a múltiples exámenes.
 - Principales factores predisponentes:
 - 1. Herencia:**
 - ▶ Aproximadamente **5%**.
 - Errores innatos de metabolismo heredados, anomalías de un único gen, aberraciones cromosómicas (Down por translocación, síndrome X frágil).
 - 2. Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario:**
 - ▶ Aproximadamente **30%**.
 - Alteraciones cromosómicas (Down por trisomía 21), afectación prenatal por toxinas (consumo materno de alcohol, infecciones).
 - 3. Problemas del embarazo y perinatales:**
 - ▶ Aproximadamente **10%**.
 - Malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones, traumatismos.
 - 4. Enfermedades médicas adquiridas en la infancia y niñez:**
 - ▶ Aproximadamente **5%**.
 - Infecciones, traumatismos, envenenamiento (por ejemplo, plomo).
 - 5. Influencias ambientales y otros trastornos mentales:**
 - ▶ Aproximadamente **15-20%**.
 - Privación de crianza y de estimulación social, lingüística, etc.; trastornos mentales graves (trastorno autista).
- Prevalencia:
 - La tasa de prevalencia del retraso mental ha sido estimada aproximadamente en un **1%**.
 - Diferentes estudios dan **otras tasas**, en función de las definiciones utilizadas, métodos de evaluación y población estudiada.⁴³¹
- Curso:
 - El curso puede estar influido por la **enfermedad médica** subyacente y por **factores ambientales**: si la enfermedad es de carácter estático, el curso será variable dependiendo de factores ambientales.
 - Los retrasos más graves (en especial, si se asocian a un síndrome con fenotipo característico, ej. Down) se reconocen más tempranamente; el retraso leve de origen desconocido se suele observar posteriormente.
 - En muchos retrasos resultantes de una **causa adquirida** (ej., encefalitis) la afectación intelectual se presenta bruscamente.

rasgos frecuentes: perseveración, lentitud, interés por lo concreto, dependencia...

430 Se cita, a modo de ejemplo, el síndrome de Lesch-Nyhan, caracterizado por un "intratable comportamiento autolesivo".

431 Clarizio & McCoy (1986) hablan de una tasa de incidencia típica del 3% de la población general, aunque reconocen que otros autores informan de tasas menores (2%), o mayores, dependiendo del "corte" en los puntajes CI. Ver más atrás la curva normal.

- **El retraso mental no es necesariamente un trastorno que dure toda la vida:** personas con retraso leve temprano, acentuado por las exigencias académicas, con oportunidades y estimulación adecuada desarrollan en otras áreas buenas habilidades adaptativas y más tarde ya no presentan el grado de afectación requerido para el diagnóstico de retraso mental.
- Diagnóstico diferencial:
 - Los criterios diagnósticos de retraso mental no incluyen **ningún criterio de exclusión:** para el diagnóstico basta que se cumplan los criterios requeridos, prescindiendo de la posible presencia de otro trastorno.
 - En los **trastornos del aprendizaje** y en los **trastornos de la comunicación** (no asociados a retraso mental) se observa la alteración del desarrollo **en un área específica** (ej. lectura, lenguaje expresivo), sin la afectación generalizada del desarrollo intelectual y de la capacidad adaptativa.
 - Se puede diagnosticar un **trastorno del aprendizaje** o un **trastorno de la comunicación** en una persona **con retraso mental**, si el **déficit específico es desproporcionado** respecto del nivel de gravedad del retraso mental.
 - En los **trastornos generalizados del desarrollo** existe una afectación cualitativa del desarrollo de la interacción social y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social.
 - El retraso mental **suele acompañar** a los trastornos generalizados del desarrollo: 75-80% de los sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo también presentan retraso mental.
- CI y sesgo cultural:
 - Se deben tomar medidas para asegurar que los procedimientos de **evaluación intelectual** (que debe hacerse **individualmente**) reflejen una consideración adecuada al origen **étnico** o **cultural** del sujeto: se deben utilizar tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en la muestra de normalización de la prueba.
 - La prevalencia del retraso mental debido a **factores biológicos** conocidos es **similar** en los niños de niveles socioeconómicos altos y bajos, aunque **ciertos factores etiológicos** están asociados a un estatus socioeconómico inferior (envenenamiento por plomo, nacimientos prematuros).
 - Cuando **no** puede identificarse una **causa biológica específica**, las clases sociales más bajas suelen estar excesivamente representadas y el retraso mental tiende a ser más leve, aunque se den todos los niveles de gravedad.

Otro dato de interés en relación retraso mental es que se trata de una condición algo más frecuente en hombres que en mujeres. Se da en una proporción varón:mujer aproximada a 1,5:1. En Chile, entre las iniciativas de **integración** que se llevan a cabo en diferentes instituciones, participan numerosos niños y niñas con **síndrome de Down**, condición que se asocia a retraso mental.⁴³² Los nuevos enfoques médicos y psicopedagógicos que se llevan a cabo con estos niños -como la intervención precoz y la integración- se traducen en un mejor aprovechamiento de sus capacidades, junto a una calidad de vida más satisfactoria y plena.⁴³³ La meta es

432 En EEUU se estima que el síndrome corresponde a 1/3 de las causas de retardo mental de moderado a severo. La gran mayoría (95%) de los casos son trisomías 21. El resto corresponde a translocaciones y mosaicismo. Aparte de los rasgos físicos fácilmente reconocibles, el síndrome suele ir asociado a una serie de problemas físicos que exigen cuidados y apoyo multidisciplinario.

433 Como promedio, uno de cada 800 bebés nace con el síndrome. Aunque el 80% de ellos nace de madres menores de 35 años -la etapa en que la mayoría de las mujeres tiene sus hijos- la posibilidad de tener un niño con Down es mayor a medida que aumenta la edad de la madre. Mientras una mujer de 25 años tiene una posibilidad en 1500 de tener un hijo afectado, aumenta la posibilidad a una en 750 a los 35, y una en 300 a los 40 años. En mujeres mayores de 45, la cifra llega a uno de cada cuarenta nacimientos. Se habla también de la edad del padre como uno de los factores que incide.

A comienzos del siglo XX, la expectativa de vida de los niños Down alcanzaba a los 9 años; en 1950 la sobrevivencia había aumentado a 20 años. En los 90 se estimaba que el 80 % estaba llegando a los 55 años. (Claudia Adriaola, *Visa Magazine*, 32, 1992).

Una experiencia modelo de integración de niños con el síndrome la lleva a cabo en Chile la educadora María Fernanda Niño de Zepeda en colegios de la Institución Teresiana y otros colegios particulares, a través de su proyecto "Excepcionales". En él participan, junto al equipo especialista, con reuniones sistemáticas de trabajo y apoyo, los padres de los niños, los profesores de aula regular que atienden a tales niños y un

convertirlos en adultos socialmente adecuados, capaces de ganarse la vida y autosuficientes. La firme convicción que inspira a instituciones como “Excepcionales” (ver nota) está arraigada en estos puntos:

- Todos los niños y niñas son competentes para aprender y tienen derecho a la educación.
- Nuestros niños y niñas, con el apoyo de la familia, educadores y la sociedad tendrán la posibilidad de desarrollarse integralmente.
- La autonomía es trascendental para tener la opción de ejercer su libertad.
- El aporte de la diversidad, bajo el prisma de lo que somos y no de las capacidades intelectuales.
- La necesidad de crear cambios culturales.

Concluimos el punto relativo al déficit intelectual afirmando con Verdugo (1995, en Paula, 2003) que la creación de una **transición eficaz** de la **escuela** al **trabajo** y a la **vida adulta**, en los niños y jóvenes con retraso mental, es un proceso decisivo,



*“que se ha de iniciar, a través de una programación escolar adecuada, en la escuela infantil, continuar en la escuela primaria y secundaria y culminar en la formación profesional para desembocar en la ubicación de estos jóvenes adultos en un lugar de trabajo y en una vida integrada en la comunidad”.*⁴³⁴

Capacidad intelectual límite

Si se examina la **fig. 15.5** se puede observar una zona **entre** el déficit intelectual o **retraso mental** ($CI < 70$) y el **CI normal lento** ($CI > 80$), que corresponde a lo que se conoce como **CI límite** o **“limítrofe”**.⁴³⁵ Oscila entre las puntuaciones CI 70 y 80, aunque en el DSM IV se extiende hasta el puntaje 84, ocupando de esta manera toda la zona que en la curva normal está representada entre -2σ y -1σ (se traslapa, así, con el CI normal lento). Esto se explica, porque una puntuación CI puede tener un **error de medida** aproximadamente de 5 puntos, lo que depende del instrumento de medición. Por otra parte, una σ (dev. estándar) en los test de inteligencia equivale a 15 puntos y no a 10, como se suele creer por el modo como están definidos los tramos de la distribución del CI en la población. (Basta comparar, a este respecto, las **figs. 15.1** y **15.2** más atrás). A causa de esto, y así se aclara en el mismo DSM IV, resulta posible diagnosticar retraso mental en personas con puntuaciones CI entre 71 y 75 **si**

equipo de tutores que, en trabajo directo con cada niño, hacen de “puente” entre el aula y el hogar. Con una actitud diferente -a los niños se les considera “integrantes” y no “integrados”- se pretende “darles (a los niños) la mayor cantidad de experiencias sociales y académicas para poder elegir su camino de felicidad y autonomía, dándoles también la posibilidad a otras personas a enriquecerse con el aporte de la diversidad”.

Página Web: www.excepcionales.cl

“La Fundación Excepcionales -explican sus creadores- nació el año 2000, cuando 3 parejas, a las que nos unen la experiencia de tener un hijo o hija con Síndrome de Down, nos reunimos a hacer “algo” en este lejano país. Investigamos, estudiamos, compartimos e invitamos a crear nuestro Proyecto Excepcionales a quienes creyeran, como nosotros, que nuestros niños y niñas merecen las oportunidades para desarrollar al máximo sus potencialidades. Nuestro propósito es facilitar el proceso de inclusión de personas con síndrome de Down o con dificultades educativas similares, en los contextos familiares y educacionales”.

434 Miguel Ángel Verdugo es catedrático en psicología en la Universidad de Salamanca. Invitado a Chile por la Fundación Donnebaum en julio 2003, dictó conferencias sobre su especialidad dentro del campo del retraso mental: el empleo con apoyo, y empleo y calidad de vida. Para contactarse con el Instituto Comunitario de Integración a la Comunidad (INICO) de la U. de Salamanca: www.usal.es/inico/inico.html

435 Que no hay que confundir con el trastorno límite de personalidad.

presentan déficit significativos de comportamiento adaptativo que cumplan con los criterios de retraso mental. No resulta, en consecuencia, fácil distinguir en algunos casos retraso mental leve de CI límite. Aparte de los logros en las pruebas psicométricas de capacidad intelectual, aplicadas individualmente y en su versión completa, se requiere un cuidadoso examen de las diferentes habilidades adaptativas del sujeto examinadas en las páginas anteriores.

Inteligencia	CI	% Población Según distribución normal
Brillante	≥ 130	2,2 %
Sobresaliente	120-130	6,7 %
Normal superior	110-120	16,1 %
Normal promedio	90-110	50,0 %
Normal lento	80-90	16,1 %
Límite	70-80	6,7 %
Deficiente	≤ 70	2,2 %

Fig. 15.5. Reproducción de la fig. 15.1 Se destaca la zona que corresponde al CI límite.

Los **niños con CI límite**⁴³⁶ marcan la frontera entre el CI normal y el deficitario. Si bien se les ha caracterizado como ‘niños de aprendizaje lento’ -por su desempeño académico- hay variaciones individuales en su desempeño cognitivo-intelectual, que marcan diferencias entre ellos.⁴³⁷ Un determinado **CI límite** puede estar más cerca de la zona del retardo; otro, en cambio, más cercano al desempeño normal lento. Ello ya marca diferencias entre los niños, lo que, además, está determinado por los contextos en que se desenvuelven. Por otra parte, el rendimiento en los **diferentes sub-tests** de la batería de inteligencia puede ser muy homogéneo en un niño, y muy disparejo en otro, aunque el CI total sea el mismo para los dos. Puede ocurrir también que un niño con **CI límite** como **CI Total** de la batería, haya tenido un desempeño dentro de límites normales en la parte “manual” de la prueba (**CI Manual**), y otro dentro de la zona del retraso mental en la parte “verbal” (**CI Verbal**). En los niños con trastorno específico del desarrollo del lenguaje, por ejemplo, se suele dar discrepancia entre CI verbal y manual, con mejores logros en este último. También puede ocurrir la situación inversa: el CI total límite resulta de un CI “verbal” normal y un pobre desempeño en la parte “manual” de la batería.

Para entender mejor estas posibilidades, haremos una breve referencia a los **tests de inteligencia**. En Chile, los psicólogos utilizan normalmente las escalas de David **Wechsler** con este propósito. Incluyen formas revisadas (y estandarizadas en el país) para el nivel preescolar (**WPPSI**), para niños y adolescentes (**WISC**), y para adultos (**WAIS**).⁴³⁸ Cada una de estas baterías tiene una

436 En Chile, algunos utilizan la peyorativa denominación de “niños limítrofes” para aludir a los niños con CI límite.

437 Kephart, colaborador directo de Werner y Strauss, se había referido anteriormente a los niños de aprendizaje lento. Con una vasta experiencia en niños con retardo mental y más adelante con niños con “daño cerebral mínimo” e inteligencia normal, escribió “The slow learner in the classroom”, centrando sus explicaciones esencialmente en los aspectos perceptivo-motrices a la base de la actividad intelectual y académica. En consecuencia, sus técnicas exploratorias y de desarrollo de las “funciones mentales básicas” están centradas en una gran cantidad de ejercicios para la reeducación perceptivo-motora y no en los aspectos lingüístico-verbales. (El libro fue traducido al español como “El alumno retrasado”. Edit. L.Miracle, Barcelona, 1968).

438 WPPSI = Wechsler Preschool Primary Scale of Intelligence.

WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children.

WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale.

Las siglas van seguidas de una R (ej., WISC-R) en su versión revisada. Como dato de interés, desde 1949 el WISC ha sido revisado en dos ocasiones:

parte **verbal** y una parte **manual** o “de ejecución”. En el WISC-R, por ejemplo, la escala verbal y la escala de ejecución constan de 6 **sub-tests** cada una (un par de ellos opcionales). Cada sub-test, a su vez, consta de una serie de **ítems de complejidad creciente y con tiempo límite**. En algunos casos se bonifica la velocidad de respuesta, según el tiempo ocupado en responder: a menor tiempo, mejor puntaje. A mayor cantidad de ítems respondidos correctamente y dentro del tiempo esperado, más alta será la puntuación del sujeto en el sub-test. Las personas con un **CI límite** tenderán a tener mejores puntuaciones (ya sea en los sub-tests, como en la prueba en general o en una de sus dos partes) que las que presentan **retraso mental moderado**, pero inferiores a quienes demuestran capacidad intelectual **normal**. En condiciones de “normalidad”, a su vez, los resultados en el test se asociarán a las diferentes subcategorías: mejores puntuaciones globales obtiene quien demuestra poseer una inteligencia **sobresaliente** (ver **fig.15.1**) que quien presenta capacidad normal **superior**, aunque sus logros serán inferiores a los de quien posee una inteligencia **brillante**. Una breve descripción de la prueba servirá para informar al lector sobre qué tipos de tareas debe enfrentar normalmente el sujeto a quien se le aplica, y qué tipos de habilidades son las que se pretende evaluar. La **1a parte** de la batería se caracteriza por tareas que exigen lenguaje verbal en las respuestas y las demandas de razonamiento. La conforman los siguientes sub-tests:

INFORMACIÓN	Incluye una serie de preguntas para comprobar los conocimientos que tiene el niño. Mide memoria verbal, información académica, cultura general.
COMPRENSIÓN	Se le plantean al niño situaciones a través de las cuales se evalúa sentido común, capacidad para utilizar las experiencias pasadas, juicio crítico e inteligencia social.
ARITMÉTICA	Problemas de razonamiento numérico planteados en su casi totalidad en forma oral y que deben ser resueltos mentalmente. Aparte del lenguaje matemático, exige concentración y adecuado uso de memoria operativa o de trabajo.
SEMEJANZAS	Se presentan al niño pares de palabras debiendo descubrir en qué se parecen o qué categoría las subsume. Evalúa formación de conceptos verbales, analogías y capacidad de abstracción.
VOCABULARIO	Como su nombre lo indica, mide el vocabulario del niño y la calidad de la definición de los conceptos.
DÍGITOS	Repetición de series de dígitos, cada vez más largas, en sentido directo e inverso. Mide memoria inmediata y atención.

La **2a parte** plantea tareas perceptivo-motrices y de razonamiento que no exigen necesariamente utilización de lenguaje verbal. Los sub-tests que la integran son:

COMPLETACIÓN	Prueba de discriminación y análisis visual fino en que el niño debe identificar qué le falta a cada una de una serie de figuras.
ORDENACIÓN	El niño debe poner en orden con sentido lógico tarjetas que componen historietas y que el examinador entrega desordenadas: exige capacidad de síntesis y de deducción de un todo a partir de sus elementos.

 en 1974 (WISC-R) y en 1992 (WISC-III).

En 2007 apareció la adaptación y estandarización del WISC III a la población chilena. La investigación se realizó con una muestra de 1.924 niños seleccionados aleatoriamente en tres regiones del país. La versión chilena del test, a cargo de Valeria Ramírez y Ricardo Rosas, Escuela de Psicología PUC, se presenta con sus respectivas normas y baremos por edad y “es el referente obligatorio de la evaluación de inteligencia infantil en el mundo entero”. Ediciones U. Católica de Chile.

CUBOS	En niño debe reproducir figuras usando cubos de colores, conforme a los modelos que le va mostrando el examinador en unas láminas: mide coordinación viso-motora y capacidad de análisis y síntesis.
ENSAMBLAJE	El niño debe armar varios puzzles o rompecabezas, cuyas partes le presenta el examinador desordenadas, debiendo identificar la figura que se obtiene: exige capacidad de anticipación y de reconocimiento, junto a destreza óculo-manual.
CLAVES	Prueba de velocidad de coordinación viso-manual en que el niño debe asociar sistemáticamente determinados símbolos.
LABERINTOS	Como su nombre lo indica, el niño deber recorrer a lápiz varios laberintos hasta la meta, sin equivocarse de camino, es decir, evitando errores: exige capacidad de anticipación, velocidad y precisión.

El test incluye tablas de puntajes **brutos** y puntuaciones **estándar** por edad para cada uno de los sub-tests, así como tablas para la obtención del **CIV** (CI verbal), **CIM** (CI manual) y **CIT** (CI TOTAL). A medida que los niños crecen van teniendo mayores puntajes brutos, es decir, responden más ítemes en los diferentes sub-tests: sin embargo, la puntuación estándar correspondiente (que depende de las comparaciones con el grupo de estandarización para cada edad) es la que marca la referencia para determinar su CI y el nivel de logros real del niño en relación a lo que se espera para su edad cronológica.⁴³⁹ Aparte de la determinación de los **CIT**, **CIV** y **CIM**, resulta importante observar el **perfil** del niño en sus puntuaciones en los diferentes sub-tests, de relevancia para el diagnóstico. Niños con resultados globales muy similares, pueden mostrar perfiles disímiles.

A modo de ejemplo, la **fig. 15.6** muestra el perfil obtenido por un niño de 8 años, con un CI total **normal promedio**. El CI verbal fue de 103. Su CI manual, en cambio, de 90. Puede observarse que el CIV está prácticamente en el promedio matemático, en cambio el CIM, aunque en el rango normal promedio, se ubica en su límite inferior. Se aprecian importantes discrepancias entre sub-tests. El perfil permite formarse una visión bastante clara de las fortalezas y debilidades del niño, al menos de las capacidades medidas por la batería. Como se trata del perfil de un niño con CI normal, las puntuaciones de los sub-tests oscilan en torno al promedio 10 y, en este caso, no van más allá de una desviación estándar por sobre y bajo el promedio (10 ± 3).

En cambio, en el caso de una persona con capacidad intelectual límite (CI 70-80), las puntuaciones estándar en los diferentes sub-tests tienden a ubicarse en el rango -2 a -1 desviaciones estándar, es decir, entre los 4 y 7 puntos. Esto indica que los logros en la prueba muestran, en general, un procesamiento insuficiente de la información: puede tratarse de una memoria verbal deficitaria (tanto en el registro como en la recuperación de información) y de otras capacidades ostensiblemente por debajo de las de una persona con CI normal: pobreza de análisis y síntesis, escaso juicio crítico, abstracción deficiente, conceptos muy concretos y analogías elementales, problemas de memoria inmediata y de atención, etc. Este rendimiento en los contextos escolares es el que más fielmente representa a los “niños de aprendizaje lento”.

439 El análisis factorial del WISC ha arrojado los siguientes factores de mayor peso:

- VC (verbal comprehension): explicado por vocabulario, información, comprensión y semejanzas.
- PO (perceptual organization): cubos, ensamblaje, completación, laberintos.
- FD (freedom from distractability): aritmética, dígitos, claves.

En niños retardados lectores el factor más deficitario suele ser FD, dándose la siguiente secuencia: $FD < VC < PO$.

Sin embargo, las denominaciones de este tipo son relativas, ya que tanto un niño con un CI normal lento (80-90), como uno con CI normal promedio -en su límite inferior- impresionarán como “niños de aprendizaje lento” en un contexto escolar con un alto nivel de exigencias.

Inform.	Compr.	Aritmét.	Semej.	Vocab.	Digitos	Compl.	Orden.	Cubos	Ensam.	Claves	Laber.	
PARTE VERBAL						PARTE MANUAL						
												18
												17
												16
												15
												14
												13
												12
												11
												10
												09
												08
												07
												06
												05
												04
												03
												02
												01

Fig. 15.6. Perfil en el test WISC-R de un niño de 8 años con un CIT normal promedio. Se le aplicaron 6 sub-pruebas en la parte verbal y seis en la manual. La última columna a mano derecha muestra la escala de puntuaciones estándar (con promedio **10** y desv. est. **3**).

La tabla que muestra la **fig. 15.7** ilustra cómo a mayor edad hay que obtener un puntaje bruto más alto -es decir, aprobar más ítemes- para lograr una misma puntuación estándar. Se seleccionó, a modo de ejemplo, sólo el sub-test **vocabulario**, y los puntajes brutos por edad correspondientes a la puntuación estándar **10**. En este sub-test, a cada respuesta del sujeto se le asigna, según su calidad, 0, 1 ó 2 puntos.

Puntuación estándar	Puntuación bruta en vocabulario					
	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años
10	13	22-23	28-29	35-37	40-42	45-48

Fig. 15.7. Puntajes brutos a diferentes edades cronológicas correspondientes a la puntuación estándar **10** en el sub-test de **vocabulario**. Las personas con capacidad intelectual límite y con retraso mental obtienen puntajes equivalentes a edades cronológicas inferiores. (Datos del WISC-R estandarización en inglés. The Psychological Corporation, New York, 1974).

El CI constituye, por cierto, una variable a ser tenida en cuenta en la toma de decisiones con aquellos niños que no logran los objetivos esperables para su curso. El informe del psicólogo entrega una información valiosa para las **adaptaciones curriculares** y el **trabajo colaborativo** entre educador de aula y educador especialista, ya que aclara cuáles son las fortalezas del niño, las que sirven de base para las actividades que se llevarán a cabo. Por otra parte, contribuye a determinar hasta qué punto las dificultades del niño obedecen a, o se traslapan -por ejemplo, en el caso de un TEA- con cuestiones de naturaleza intelectual. Teniendo presente que los tests de CI tradicionales han estado destinados a estimar la aptitud escolar, **existe una imbricación significativa entre las tareas que exigen los tests y las demandas escolares y académicas**, privilegiándose, como ya se explicó, la “inteligencia lógico-matemática”. Es posible que no queden representadas del mismo modo la inteligencia emocional, la inter e intrapersonal, la cinestésico-corporal, la musical, etc. Sin embargo, esto no deja de carecer de controversias. Algunos críticos estiman (Sanrock, 2001) que:



“Clasificar la destreza musical como un importante tipo de inteligencia carece de fundamento, porque esto parece implicar que muchas otras destrezas dominantes también deberían considerarse de la misma forma. Por ejemplo, existen excelentes jugadores de ajedrez, boxeadores, escritores, políticos, médicos, abogados, ministros y poetas y, sin embargo, no se habla de inteligencia para jugar ajedrez, inteligencia de boxeo, etc. Otros críticos argumentan que no se ha hecho una investigación que apoye la tesis de que la teoría de las tres inteligencias de Sternberg y la de las ocho inteligencias de Gardner son las mejores formas de clasificar la inteligencia”.

Es cierto que estudiosos tales como Gardner, Sternberg, Goleman... han llamado la atención sobre dimensiones de la adaptación intelectual no suficientemente tenidas en cuenta en los tests de CI convencionales, si no ignoradas. Para muchos niños pueden resultar decisivas al momento de entender sus deficiencias, fortalezas y las motivaciones de su conducta. De todos modos, aparte del valor predictivo del CI sobre los resultados académicos (controlándose otras condiciones), las pruebas parecen también medir algo más, según lo acreditan Sprinthall, Sprinthall y Oja (1996) en un análisis crítico sobre la relación entre los resultados en tales pruebas y el éxito en la vida. Sin embargo, aclaran que, **si bien las puntuaciones elevadas de CI se asocian con una amplia variedad de logros en diferentes áreas, “no explican la historia en su totalidad”.**



“Variables de personalidad como la fuerza del ego y la motivación, y variables físicas como la salud o los accidentes, juegan un papel fundamental a la hora de determinar la capacidad de un sujeto para enfrentarse a la vida y conseguir éxito”.

Otro hecho de importancia que destacan estos autores, de indudable valor psicopedagógico, dice relación con **los efectos del déficit acumulativo sobre el CI**. Conocidos son los efectos de la privación en que viven muchos niños, y que tienden a acumularse a medida que crecen si no se hace algo importante para revertir la situación. Ilustran el punto diciendo que si un niño que procede de un ambiente empobrecido está un curso por debajo del que le correspondería por su edad -6 años- podría perder otro curso más y situarse dos curso por debajo de su nivel cuando cumpla 12 años: “Al igual que el individuo que intelectualmente es rico, se hará más rico, el que es intelectualmente pobre se hará más pobre. Estos estudios nos ayudan a explicar cómo afecta el ambiente al desarrollo intelectual”.

Capacidad intelectual superior

Como explicamos al comienzo del capítulo, la diversidad también se pone de manifiesto en el otro extremo de la curva normal: el de la capacidad intelectual superior. Con variadas denominaciones para quienes se destacan -personas brillantes, genios, etc.- en los contextos educativos se ha utilizado la etiqueta de “alumno superdotado” o “sobredotado”, aunque hay educadores que prefieren hablar de niños “talentosos” o “con talentos especiales”. Comenta Paula (2003) en su monografía dedicada a las técnicas de intervención en la educación especial:



“Dentro del marco de las necesidades educativas especiales, que implican una atención educativa individualizada, es preciso considerar que las necesidades de los alumnos de capacidades excepcionalmente superiores conforman otra manifestación de tales necesidades. No obstante, haciendo un recorrido histórico, se constata una clara inclinación de la atención educativa hacia los déficit, los trastornos y los problemas de aprendizaje. Tal preocupación es obviamente indispensable, pero nunca debe monopolizar el campo de las necesidades educativas especiales. Afortunadamente, el panorama está modificándose. Hay una clara tendencia a la eliminación de las etiquetas y a contemplar individualmente los problemas de cada alumno”.

Según Santrock (2002), los niños sobredotados “tienen un promedio de **inteligencia superior** al promedio (por lo general definido como un cociente intelectual de 120 o más) y/o tienen un **talento superior** en artes, música o matemáticas”. Dice que en EEUU, **si bien la inteligencia definida por una puntuación de CI** es un componente clave de los criterios de varios estados para colocar a un niño en un programa para niños sobredotados, **las nuevas concepciones incluyen ideas como las de inteligencias múltiples de Gardner, “por eso el criterio de colocación se aleja cada vez más de una puntuación específica de CI”.** Cita a Winner⁴⁴⁰, autoridad en creatividad y en niños sobredotados, quien define 3 criterios para caracterizar a tales niños:

- **Precocidad:** comienzan a dominar un área más temprano que sus pares. Les supone menos esfuerzo que a los otros niños. En muchos casos son sobredotados porque nacieron con una gran habilidad en particular, pero fue preciso que ese talento fuera identificado y alimentado.
- **Avance al ritmo propio:** los niños sobredotados aprenden de una manera cualitativamente diferente a la de los otros niños. Requieren menos ayuda o “andamiaje” de parte de los adultos. Con frecuencia rechazan las instrucciones explícitas. Descubren por sí solos y resuelven problemas de manera original en el área en que se distinguen. En otras áreas pueden tener un desempeño normal o incluso por debajo de lo normal.
- **Pasión por alcanzar pericia en su área:** pueden manifestar un interés obsesivo e intenso y una habilidad especial para focalizarse en la tarea. Sus padres no necesitan incitarlos. Normalmente tienen un alto grado de motivación interna.

Otras características que cita y que recoge de diferentes autores, incluyen: un ritmo más rápido para procesar información, mayor destreza en el razonamiento, uso de buenas estrategias y de auto-monitoreo. Advierte, además, que muchas veces los alumnos sobredotados se aburren en clases, no asisten a ellas, se vuelven pasivos y apáticos con la escuela. Según Ellen Winner, muy a menudo se aíslan socialmente. La experta recomienda que si están poco motivados en clase,

440 Winner, Ellen: Gifted children: myths and realities. Basic Books. N. York, 1996.

Winner, Ellen: Exceptionally high intelligence and schooling. Am. Psychologist, 52, 1070-10 81, 1997.

se les permita asistir a clases avanzadas en el área en que sobresalen. Santrock, basándose en Hertzog⁴⁴¹, cita 4 tipos de **programas** que apuntan a dar respuesta a las necesidades educativas especiales de estos niños en EEUU:

- Clases especiales, el procedimiento más tradicional, las que funcionan durante la jornada regular y se les conoce como “clases de apoyo extracurricular”. A veces se imparten después del horario regular, en verano o los sábados.
- Enriquecimiento y aceleración del ambiente de la sala de clases regular. Los programas de **enriquecimiento** proporcionan al niño oportunidades para aprender, que normalmente no están consideradas en el currículum (por ejemplo, habilidades de pensamiento crítico y creativo, con posibilidad de seleccionar áreas de estudio). Los programas de **aceleración** llevan al niño a través del currículo tan rápido como sea capaz (incluso saltando cursos y entrando más temprano que los otros niños a los diversos niveles de formación, entre ellos, la universidad). Se discute sobre las ventajas y desventajas de cada una de estas dos modalidades.
- Programas de tutoría y aprendizaje, con procedimientos para motivar, estimular y educar efectivamente al estudiante sobredotado.
- Programas de estudio/trabajo y /o programas de servicio a la comunidad.

En EEUU hay una serie de asociaciones e iniciativas que se ocupan de niños y personas con talento excepcional, como la National Association for Gifted Children (**NAGC**), la American Association for Gifted Children (**AAGC**) en la Duke University, el National Research Center on the Gifted and Talented, la Pennsylvania Association for Gifted Education, etc., todos con información en la red.⁴⁴²

La educación de niños con talento en Iberoamérica

Una revisión completa de la materia en el contexto de la atención a la diversidad y cómo se aborda la educación de los niños con talento en Iberoamérica, la llevan a cabo Benavides, Maz, Castro y Blanco (2004), con el patrocinio de la UNESCO. Junto a la delimitación conceptual del problema, definen “talento”, “superdotación” y términos relacionados. Presentan, por ejemplo, una tabla que compara estudiantes “con alto rendimiento”, “superdotados” y “creativos”, señalando características y rasgos de cada grupo, a veces marcadamente contrastantes entre ellos. Dedican un capítulo completo a la identificación y evaluación de niños con talento y otro a la respuesta educativa que se les debe otorgar. Detallan las estrategias para la atención educativa, que organizan así:

1. Aceleración.
2. Agrupamiento:
 - a. Atención individualizada en el aula común.

441 Hertzog, N.B.: Gifted education specialist. Teaching Exceptional Children. 39-43, January-February, 1998.

442 A fin de ilustrar el punto, por ejemplo la **NAGC** se presenta en la web como “a non-profit organization of parents, teachers, educators, other professionals and community leaders who unite to address the unique needs of children and youth with demonstrated gifts and talents as well as those children who may be able to develop their talent potential with appropriate educational experiences”.

En su página se informa que están abiertas las postulaciones a programas de verano, campamentos, programas de enriquecimiento, etc. Se describe el PCM (Parallel Curriculum Model) con materiales de apoyo para el aprendizaje a distancia. Se organizan Seminarios de entrenamiento y formación académica en el PCM, con una completa biblioteca online, información de nuevas publicaciones etc. Para más detalles, ver: www.nagc.org.

- b. Grupos de aprendizaje fuera del aula común a tiempo total o parcial.
 - c. Grupos flexibles.
3. La adaptación o modificación del currículum:
 - a. Compactar el currículum.
 - b. Enriquecimiento curricular.
 4. Tutorías.
 5. Los mentores.

En este mismo capítulo dedicado a la respuesta educativa, los autores se concentran en la atención a los alumnos con talento dentro del aula, con sugerencias para adoptar los métodos o procesos de enseñanza a dichos alumnos. Analizan, posteriormente, en capítulos separados, lo que ocurre en la educación de los niños con talento en **Argentina, Brasil, Colombia, Chile, España, México, Perú y Venezuela**. Para cada país se describe el marco legal, en algunos casos se hace una breve reseña histórica, y los procedimientos de identificación de los niños, las experiencias de intervención, investigaciones realizadas y perspectivas. El último capítulo ofrece las conclusiones generales de la obra, con un análisis de las perspectivas futuras. El lector interesado puede encontrar una rica información sobre lo que ocurre en los países mencionados. De las experiencias chilenas, las primeras que describen se centraron en el campo del conocimiento específico de la matemática, con participación de autores del libro. Dedicamos posteriormente un par de párrafos al programa PENTA-UC el cual posteriormente se ha hecho muy conocido en el país, por lo cual entregamos a continuación una descripción algo más detallada.

Se trata de una iniciativa especial con niños talentosos, que se lleva a cabo en esta Casa de Estudios. El **PENTA UC**, descrito por sus impulsores como



“Un programa innovador que busca identificar a niños y jóvenes que posean talentos académicos sobresalientes y ofrecerles, a lo largo de una secuencia importante de años, un conjunto coherente y científicamente fundado de servicios educacionales de excelencia, que sean complementarios a las experiencias de aprendizaje que les brinda su escolaridad regular”.

Otorga una oportunidad de aprendizaje a quienes poseen talento y que, sin embargo, no cuentan con los recursos socioeconómicos para desarrollarlo.⁴⁴³ Explican sus creadores que los estudiantes con talento académico tienen habilidades o aptitudes sobresalientes en una o más áreas del conocimiento “aunque por diversas razones, estas no siempre se manifiestan en un alto rendimiento escolar”. Lo anterior presenta muchos desafíos para identificar a los niños con talento, especialmente “aquellos en los cuales está oculto o disfrazado o se mantiene a nivel de

443 PENTA = Programa Educacional para Niños con Talentos Académicos.

La misión del programa ha sido definida como “sembrar oportunidades y cultivar talentos”. El objetivo principal es “estimular el desarrollo de las potencialidades de los niños y jóvenes talentosos a través de una formación integral, es decir, una educación que permita desarrollar el conjunto de su personalidad y no sólo sus talentos generales y específicos”.

La Directora es la psicóloga Violeta Arancibia C., que cuenta con el apoyo de un Directorio y de un Consejo conformado por académicos e investigadores de primera plana en las áreas de la matemática, física, química, biología, ciencias sociales y humanidades. Consideran importante “formar niños y jóvenes creativos, críticos y propositivos, que mantengan y aumenten su pasión por el conocimiento”. Con esto desean “enriquecer su proceso de maduración personal y social, facilitando el desarrollo de su autoestima, la confianza y seguridad en sí mismo y en sus capacidades, junto a una actitud ética y socialmente responsable”.

La Universidad ha acogido con gran interés la iniciativa. De hecho, se afirma: “la PUC considera de gran trascendencia y valora decididamente la posibilidad de reconocer y estimular tempranamente el despliegue de los atributos y potenciales de los jóvenes talentosos del país”.

un potencial todavía no desarrollado”. Esto explica que deban llevar cabo un riguroso proceso de selección que contempla varias etapas. El programa está dirigido a estudiantes que cursan entre 6° año básico y 4° año de Enseñanza Media. Ofrece un currículum variado con cursos disciplinarios e interdisciplinarios, talleres de desarrollo personal y cursos instrumentales que los alumnos escogen de acuerdo a sus intereses. El 2001 se comenzó a implementar una experiencia piloto en las comunas de La Florida y Puente Alto, para alumnos de 6° año básico, 1° y 2° año de enseñanza media, ampliando gradualmente la cobertura de manera de atender a los estudiantes con talento académico que cursen entre 6° año básico y 4° año medio de estas comunas. La fase piloto inicial 2001-2004 contempló entregar una formación extracurricular compatible con la escolaridad, de aproximadamente 300 horas anuales presenciales, divididas en dos períodos semestrales de 130 horas aproximadamente cada uno y un período de verano intensivo de 60 horas. PENTA UC funciona en dos ciclos; un primer ciclo con alumnos de 6° a 8° año básico y un segundo ciclo con alumnos de 1° a 4° año medio.⁴⁴⁴

El año 2009, el Ministerio de Economía publicó un libro que reúne las iniciativas más exitosas surgidas en Chile entre los años 2000 y 2009, vinculadas a la ciencia y la tecnología. El Programa de Educación para Niños con Talentos Académicos PENTA UC fue uno de los 70 elegidos. Entre las razones de tal decisión, el libro especifica que el Programa PENTA UC ha puesto en práctica desde 2001 “un modelo de enriquecimiento educativo que estimula el pensamiento analítico, crítico y creativo de los niños participantes”. Resalta asimismo que, “debido a sus excelentes resultados”, el Programa se implementa actualmente en diversas regiones de Chile a través de alianzas con otras universidades. También destaca un proyecto piloto que el PENTA UC desarrolla desde mediados de 2007 para probar la aplicación del modelo en el primer ciclo básico del sistema escolar, y concluye: “El impacto de un proyecto como este, pensado a escala nacional, puede redundar en un mejoramiento del capital humano del país, mejorando las oportunidades de formación de los menores y motivando, además, su proyección a la educación superior”.

Jiménez y Lou, de la Universidad de Granada en España -en el manual varias veces citado de **Lou y López** (1999) dedicado a las bases psicopedagógicas de la educación especial-redactaron el capítulo dedicado al tema que nos ocupa. Aparte de los referentes históricos y las “teorías clásicas sobre el genio”, los investigadores describen las características más frecuentes y definitorias de los “hombres eminentes”. Llevan a cabo un análisis crítico de los diferentes términos que se han utilizado para designar la sobredotación, e informan de los procedimientos que han servido para identificarla (estudios de casos, examen estadístico, tests de inteligencia, análisis biográfico, historiometría). Dedicar una parte importante del capítulo a los **modelos de sobredotación**: modelos basados en las capacidades, en el rendimiento, de componentes cognitivos y socioculturales. Los **ámbitos** más aceptados en el estudio de la sobredotación (o de la “superdotación”) incluyen:

- a. El talento intelectual en cualquiera de sus manifestaciones.
- b. El talento creativo.
- c. El talento psicomotor.
- d. El talento social.

La **identificación** de los alumnos con talentos especiales debe satisfacer una serie de inquietudes (teniendo presente que ello lleva consigo un problema de “estigmatización” entre sujetos

444 Para mayores detalles, ver: www.uc.cl/pentauc

superdotados y los no superdotados): **qué** se tiene que diagnosticar, **porqué**, **para qué**, **cuándo**, **cómo** diagnosticar... Advirtiendo que hay múltiples criterios y estrategias para la identificación (y en todos hay deficiencias) recomiendan los siguientes:

1. Test colectivo de inteligencia.
2. Juicio de maestros.
3. Rendimiento y calificaciones.
4. Test individual de inteligencia.
5. Evaluación de la madurez social y emocional.
6. Entrevista con los padres.
7. Temperamento y aspiraciones del alumno.

El punto que más nos interesa del capítulo (aunque muy breve en el tratamiento que le dan los autores) dice relación con la **intervención educativa**. Siguiendo a Genovard,⁴⁴⁵ explican que la respuesta educativa a los casos de superdotación ha seguido tres grandes vías: la **aceleración**, el **agrupamiento** y el **enriquecimiento** (que ya citamos anteriormente y que también analiza Paula, 2003). Sin embargo, anotamos el punto de vista crítico de estos autores:

- La **aceleración**, el sistema más tradicional, permite al alumno aventajado seguir estudios en cursos superiores donde “debería sentirse mejor acoplado, al necesitar y requerir de una más completa instrucción”. Ventajas: economía de medios de la solución y entorno más estimulante y motivador. Desventajas: la socialización y el desarrollo emocional no calzan con la experiencia vital del sujeto. Podría producirse “una disincronía nada deseable”. En España la aceleración está regulada por la normativa vigente, estableciéndose los criterios para “flexibilizar, con carácter excepcional, la duración del período de escolarización obligatoria”.
- Al **agrupamiento** consiste en reunir a todos los sujetos con las mismas características cognitivas en aulas especiales o en centros específicos “lo que se opondría a todo planteamiento integrador”. Por otro lado, “estaríamos generando un mundo aparte de relaciones más complejas no comunes al resto de los chicos”. Una versión mitigada sería la **agrupación parcial**: en horarios y modo oportunos, los niños trabajarían en objetivos adecuados a sus necesidades personales.
- El **enriquecimiento personal** consiste en realizar ajustes curriculares personalizados. Según Renzulli, director de la NAGC (ver más atrás), autoridad en el área⁴⁴⁶, “es la solución que ha manifestado mayor efectividad”. Para la investigadora española Paula (2003) “es uno de los procedimientos más efectivos, dado que normaliza e integra, no se dan desajustes físicos ni sociales y posibilita el desarrollo de la capacidades del alumnado”. Como dato a favor, los sobredotados comparten espacio-tiempo con sus compañeros, aunque trabajando en objetivos académicos pensados para ellos. Desventaja: es la vía que comporta mayores gastos ya que exige un equipo de especialistas y materiales específicos.

Jiménez y Lou -junto con entregar bibliografía de autores que han trabajado en el área- señalan las **alternativas para el enriquecimiento curricular** propuestas por Castelló, cuyas referencias anotamos a pie de página por el interés que puedan tener para el lector.⁴⁴⁷ Tales alternativas son planteadas también como **niveles**:

445 Genovard Roselló, C. “Hacia un esquema previo para el estudio del superdotado”. Cuadernos de Psicología, I, 115-144, 1982.

446 Renzulli, J.S.: “What makes giftedness? Reexamining a definition”. Phi, Delta, Kappa, 60, 180-184, 1978. Joe Renzulli forma parte del comité directivo de la NAGC.

447 Castelló, A.: “Panorama de la educación cognitiva en niños superdotados”. En S. Molina y M. Fandos (coord.): “Educación cognitiva”. Mirá Editores, Zaragoza, 1996.

Castelló, A. “Concepto de superdotación y modelos de inteligencia”. En Y. Benito (coord.): “Desarrollo y educación de los niños superdotados”. Amarú, Salamanca, 1992.

- a. **Ampliaciones del currículo:** consiste en formular un mayor número de objetivos curriculares durante un período determinado, lo que parece ser lo más apropiado para los alumnos precoces. Se trata de “profundizar en los objetivos comunes con fórmulas paralelas y colaterales”, lo que constituye una suerte de “enriquecimiento horizontal”.
- b. **Adaptaciones del currículo:** es decir, “una reconfiguración de este, aglutinando los objetivos ordinarios en unidades más complejas, en las que se prioriza el establecimiento de relaciones”. Constituye una suerte de “enriquecimiento radial”.
- c. **Entrenamiento metacognitivo:** con inspiración en las ideas de Feuerstein, se apunta al desarrollo de los esquemas de pensamiento. “A través de procedimientos de concienciación, planificación y verificación, se consigue que el alumno conozca sus recursos y las mejores opciones para utilizarlos”.
- d. **Enriquecimiento aleatorio:** parte de la motivación del mismo alumno, quien decide -en un marco de currículo flexible y alternativo- con qué ofertas va a trabajar y en qué profundidad. Se privilegia el acceso a los materiales y a los medios de profundización de los temas y no el control en sí, “lo que confiere libertad al alumno y por ende seguridad en sí mismo”.

Jiménez y Lou completan el tema sobre las necesidades educativas de estos alumnos justificando la necesidad de contar con de profesores especializados.

CI y desempeño académico

Como explicamos en nuestro manual dedicado a la psicología del aprendizaje (Bermeosolo, 2005, 2007), **igualadas otras condiciones**, un niño con una mejor capacidad intelectual aprenderá más rápido que uno con una capacidad menor. Este último -que también puede y debe aprender- es posible que plantee mayores desafíos a maestros y especialistas, como se deriva de lo expuesto en el capítulo. Sin embargo, **el CI es una entre muchas otras variables que explican la diversidad y el rendimiento académico**. Las más decisivas para determinar las diferencias individuales en el aprendizaje -en este caso, **aprendizaje académico**- las organizamos de acuerdo a **tres puntos de vista**, familiares a cualquier docente. Son las relativas a:

1. El **sujeto** o aprendiz.
2. La **tarea**, materia o contenidos de aprendizaje.
3. Las **estrategias** o procedimientos utilizados.⁴⁴⁸

Es necesario tenerlas presente, **en especial al momento de evaluar qué ocurre con aquellos estudiantes que fracasan o que no rinden de acuerdo a lo esperado** en determinada(s) asignatura(s). El docente deberá ajustar sus prácticas instruccionales y sistemas de evaluación a las necesidades específicas de tales alumnos, atendiendo a la diversidad, si quiere que realmente progresen. La lista no pretende ser exhaustiva. En el libro antes citado se hace un breve comentario de cada una de ellas y aquí las presentamos para que sean tenidas en cuenta, tanto por el profesor de aula, como por el especialista. **El CI no lo explica todo**. Sin embargo, no está demás advertir que una persona más inteligente puede sacar mejor partido de muchas de las variables que aparecen en la lista:

⁴⁴⁸ No se incluyen otros tipos de variables (¿dónde? ¿cuándo?), consideradas por lo general como secundarias, pero que si no están suficientemente atendidas pueden perjudicar la acción de las variables principales.

Variables del **sujeto**: **¿QUIÉN APRENDE?**:

- **Nivel intelectual del estudiante.**
- Edad y maduración.
- Motivación y expectativas.
- Pre-requisitos o conocimientos previos.
- Estado emocional.
- Estilo cognitivo y estilo de aprendizaje.
- Locus de control.
- Disposición para el aprendizaje significativo y no sólo memorístico.
- “Calidad de pensamiento”, etc.

Variables de la **tarea**: **¿QUÉ SE APRENDE?**

- Cantidad de materia.
- Grado de dificultad.
- Significado (en sentido ausubeliano).
- Significado (en sentido rogeriano).
- Organización y estructuración de la materia o contenido.
- Coherencia.
- Presentación, etc.

Variables de las **estrategias**: **¿CÓMO SE APRENDE?**

- Hábitos de estudio.
- Práctica (distribuida o masiva).
- Retroalimentación.
- Estrategias seriales, holísticas o versátiles.
- Aprendizaje por descubrimiento, por recepción significativa o repetitivo.
- Re-aprendizaje y sobre-aprendizaje.
- Uso de claves asociativas.
- Mnemotécnicas.
- Simple lectura versus auto-recitación.
- Reformulación en los propios términos.
- Estrategias metacognitivas: planificación, predicción, auto-regulación, autoevaluación) etc.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

► Temas del capítulo

Trastornos del desarrollo: específicos y generalizados.
Los trastornos generalizados del desarrollo: descripción.
Autismo: ¿categoría única o espectro con dimensiones variadas?
Una revisión del autismo desde la investigación actual.
Estrategias educativas.

Trastornos del desarrollo: específicos y generalizados

Tanto el **DSM IV** -y DSM IV-TR- (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) como la **CIE (ICD) 10** (**CIE-10** es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) dedican un apartado especial a los trastornos **generalizados** del desarrollo. (Véase **fig. 16.1**). Ambas nosologías incluyen también una sección que se ocupa de los trastornos **específicos**, a los que nos referimos ya en páginas anteriores. Conviene advertir que el DSM IV -a diferencia de las versiones III y III-R- omite dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia” el subtítulo “**Trastornos específicos del desarrollo**”, al considerarlo innecesario, e incluye directamente las alteraciones de ese tipo: trastornos de las **habilidades motoras**, trastornos de la **comunicación** y trastornos del **aprendizaje**. En la CIE 10, en cambio, se sigue utilizando la adjetivación de ‘específico’: “trastorno **específico** del desarrollo psicomotor”, “trastornos **específicos** del desarrollo del aprendizaje escolar”, etc.

Los trastornos **generalizados** del desarrollo, según el DSM IV, en contraste con los ‘específicos’,

“se caracterizan por una **perturbación grave y general** de **varias áreas del desarrollo**:

1. Habilidades para la interacción social.
2. Habilidades para la comunicación.
3. La presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente **impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto**”.

En el manual se precisa que estos trastornos se suelen poner de manifiesto los **primeros años** de vida y **acostumbran asociarse a algún grado de retraso mental** (que debe codificarse en el eje II). A veces, se observan en **enfermedades médicas** (anormalidades cromosómicas y otras). Se aclara, por otra parte:



“Aunque en algún momento se utilizaron términos como ‘psicosis’ y ‘esquizofrenia infantil’ para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos a favor de que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior)”.

Deutsch Smith (2003) entrega antecedentes de interés al explicar que, del total de la población de niños autistas:

- El 80% padece retraso mental asociado.
- El 50% nunca llega a desarrollar un lenguaje funcional.
- El 40% muestra un alto porcentaje de conductas autolesivas.
- El 33% sufre fuertes crisis epilépticas.
- 4 de cada 5 son varones.

Como se detallará a lo largo del capítulo, el **autismo** -el trastorno generalizado del desarrollo más estudiado- constituye una perturbación grave de la comunicación y la conducta, de comienzo muy temprano (antes de los tres años), que plantea serios desafíos a la dinámica familiar y al entorno social. Si bien el término ha sido utilizado en psicología y en psicopatología para describir ciertos tipos de comportamientos mentales, el **autismo infantil temprano** -así lo denominó en 1943 el psicólogo infantil Leo Kanner- concentra un conjunto poco frecuente de síntomas. Su incidencia es aproximadamente de unos cuatro casos cada 10.000, y los niños que lo presentan superan a las niñas.

DSM IV y DSM IV-TR

- TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
 - Trastorno autista.
 - Trastorno de Rett.
 - Trastorno desintegrativo infantil.
 - Trastorno de Asperger.
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico).

CIE 10

- TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
 - Autismo infantil.
 - Autismo atípico.
 - atipicidad en la edad de comienzo.
 - atipicidad sintomática.
 - atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática.
 - Síndrome de Rett.
 - Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
 - Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
 - Síndrome de Asperger.
 - Otros trastornos generalizados del desarrollo.
 - Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

Fig. 16.1. Los trastornos generalizados del desarrollo contemplados en el DSM IV (y DSM IV-TR) y la ICD (CIE) 10.

Por lo general, el niño autista es incapaz de utilizar el lenguaje con sentido, o de procesar de manera normal la información que recibe del medio. Cerca de la mitad de los niños autistas son prácticamente mudos, y los que hablan, tienden a repetir de manera mecánica lo que escuchan. El término pretende caracterizar esa **actitud y expresión ausente o perdida, que no corresponde a un alejamiento voluntario**. Entre los rasgos que más llaman la atención en los autistas, están la atracción que demuestran por los objetos mecánicos, la respuesta ritualizada a los estímulos y su notable resistencia a cualquier variación del medio. Algunos de estos niños, como se verá más adelante, presentan capacidades precoces.

La causa y el pronóstico del autismo todavía están en estudio. Algunas investigaciones sugieren como causa un defecto genético que se traduciría en alguna forma de enfermedad autoinmune o de enfermedad degenerativa de las células nerviosas cerebrales. En general, se tiende a postular una etiología multimodal, con alteraciones genéticas y neurobiológicas que se traducen en una disfunción cerebral. La educación especial ha jugado un papel importante en el trabajo con autistas, promoviendo un aprendizaje intenso y gradual, con un control estricto de la conducta del niño. Se están probando también tratamientos con fármacos. Por lo general, el pronóstico es más negativo en aquellos niños que permanecen sin hablar pasados los cinco años de edad. Los niños que hablan, mejoran mucho y algunos de ellos logran adaptarse bien.

Los trastornos generalizados del desarrollo: descripción

Por la importancia que reviste para educadores de aula y educadores especiales, a continuación entregamos una breve descripción de los cuadros que se nombran en las dos clasificaciones (ver **fig. 16.1**). En los manuales respectivos, el lector encontrará la versión completa.⁴⁴⁹ Nos guiaremos, en general, por el DSM IV:

- **Trastorno autista** (en la CIE 10, **autismo infantil**): categoría que se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico (por ejemplo, un trastorno de la voz). El retraso o funcionamiento anormal en interacción social, lenguaje y juego simbólico aparece **antes de los tres años**.
Deben darse **6 o más** síntomas de [1], [2] y [3]:
 1. Alteración cualitativa de la interacción social (al menos, 2 de estas características):
 - a. Alteración importante del uso de comportamientos no verbales: contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otros entretenimientos, intereses y objetivos.
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. Alteración cualitativa de la comunicación (al menos, 1 de estas características):
 - a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (sin intentos de compensarlo con gestos o mímica).
 - b. En sujetos con habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (al menos 1 de estas características):
 - a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés, anormal en su intensidad o en su objetivo.
 - b. Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos. (La CIE 10 es más explícita en este punto: "Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos, tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen").
- **Trastorno de Rett**: Ocurre después de un desarrollo pre y perinatal aparentemente normal, un perímetro craneal normal en el parto y un desarrollo psicomotor normal los primeros 5 meses. Se inicia ahí una desaceleración del crecimiento craneal hasta los 4 años. Junto a ello se da una pérdida de habilidades manuales intencionadas previamente adquiridas, desarrollo de movimientos manuales estereotipados y mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco. El desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo se ve gravemente afectado, con un retraso psicomotor grave.

⁴⁴⁹ Una descripción detallada de las diferentes manifestaciones del espectro autista la puede encontrar el lector en la guía N°6 ("NEE de autismo") en las Guías de Apoyo Técnico–Pedagógico: NEE en el nivel de Educación Parvularia (2008), en la página web del MINEDUC.

- **Trastorno DESINTEGRATIVO infantil:** Se da después de un desarrollo aparentemente normal por lo menos los dos primeros años, con comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales y conducta adaptativa apropiados a la edad.⁴⁵⁰ Ocurre una pérdida clínicamente significativa de habilidades ya adquiridas, antes de los 10 años, en al menos dos de estas áreas: lenguaje expresivo o receptivo; habilidades sociales o comportamiento adaptativo; control intestinal o vesical; juego; habilidades motoras.

Se dan anormalidades en al menos dos de estas áreas: interacción social; comunicación; patrones de comportamiento (con síntomas semejantes a los del trastorno autista).

- **Trastorno de Asperger:** Se dan los mismos síntomas descritos en los puntos [1] y [3] del trastorno autista:

[1] Alteración cualitativa de la interacción social (al menos dos de las características).

[3] Patrones de conducta, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (al menos una de las características).

Junto con un deterioro de la actividad social, laboral, etc., no hay retraso general del lenguaje (clínicamente significativo), del desarrollo cognoscitivo, de las habilidades de autoayuda propias de la edad, del comportamiento adaptativo distinto de la interacción social, ni en la curiosidad acerca del ambiente.

- **TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO:** (Aquí se incluye el **autismo atípico** de la CIE 10): trastorno en que se da una alteración grave y generalizada de la interacción social recíproca, o de las habilidades de comunicación no verbal, o hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de los otros trastornos generalizados (o de esquizofrenia). En el 'autismo atípico', por ejemplo, no se satisfacen los criterios del trastorno autista, ya sea por una edad de inicio posterior, o por una sintomatología atípica o subliminal, o por todo ello a la vez.
- **TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS:** cuadro que incluye la CIE 10 y que, con un CI<50, se caracteriza por hiperactividad motora grave, con problemas de la actividad y la atención (actividad excesiva, carreras, saltos, dificultad para permanecer sentado, cambios rápidos de actividad, si bien las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo); patrones de conducta repetitivos y estereotipados (manierismos motores de todo o partes del cuerpo, repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia algún fin, autoagresiones repetidas). Sin embargo, hay **ausencia** de alteración social de tipo autístico (puede haber adecuado uso de la mirada, expresión y postura; adecuadas relaciones con compañeros, incluyendo compartir intereses o actividades, a veces participando de la alegría de otros, etc.). Puede haber un acercamiento desinhibido a personas extrañas.

Autismo: ¿categoría única o espectro con dimensiones variadas?

Deutsch Smith (2003) explica que las características que presentan quienes padecen autismo no son siempre las mismas –lo que se puede apreciar en las descripciones anteriores– ni presentan la misma intensidad, por lo que resulta posible definir subcategorías. Quienes asumen este punto de vista, proponen como criterios para establecerlas el **nivel de funcionamiento intelectual**, el **momento en que aparecen los síntomas**, y la **cantidad y severidad** de los mismos: “A medida que la definición de autismo se va ampliando, gracias a

⁴⁵⁰ La CIE 10 insiste en que para el diagnóstico se exige un comportamiento normal en esos tres aspectos hasta los dos años. Lo denomina “otro trastorno desintegrativo de la infancia” (ya que anteriormente se refirió al Síndrome de Rett).

la utilización de procedimientos diagnósticos cada vez más sofisticados, es posible etiquetar a un mayor número de sujetos dentro del **espectro autista**". La idea de un "espectro" expresa que los rasgos del trastorno autista pueden situarse también en otros cuadros que afectan al desarrollo.

Ejemplifica las complicaciones de naturaleza diagnóstica que se han ido enfrentando, aludiendo a uno de los cuadros más frecuentemente incluidos dentro del espectro: el síndrome o trastorno de **Asperger**. La categoría se reserva, como se pudo observar en la descripción que aparece en el punto anterior, para niños con autismo, aunque con mejores capacidades cognitivas y buen desarrollo del lenguaje. Es interesante destacar que **Hans Asperger** publicó sus hallazgos casi al mismo tiempo (muy poco después) que **Leo Kanner**.⁴⁵¹ Deutsch Smith, dice que ha estado en discusión si se trata de una subcategoría del autismo o debiera constituir un cuadro aparte. Autismo y Trastorno de Asperger **comparten características**, pero difieren en lo que dice relación con las habilidades antes nombradas. Precisa, a este respecto:



“Los individuos con síndrome de Asperger muestran importantes deficiencias en sus interacciones sociales. Así, aunque pueden demostrar un cierto interés hacia los demás, no son capaces de comprender las reglas que regulan el comportamiento social, ni de mantener el contacto ocular. Por el contrario, son capaces de desarrollar el lenguaje, lo que los diferencia de los autistas. No obstante, muestran ciertos retrasos en el desarrollo del lenguaje. Hasta la edad de 5 años no son capaces de hablar con cierta fluidez, y muestran problemas con las funciones pragmáticas del lenguaje. Además, sus capacidades intelectuales son un auténtico misterio, ya que, si bien se sitúan en torno a la media, muestran problemas en las siguientes áreas: resolución de problemas, organización de la información, generalización de los aprendizajes y discriminación de la información relevante”.

La autora señala que, debido a lo poco habitual, la gente tiende a prestar mucha atención a los 'autistas excepcionales' (un 5% de la población de autistas), como el caso que cita de un niño con capacidad para resolver problemas matemáticos sumamente complicados, -aunque con enormes dificultades para comprender normas sociales-. Algunos de estos niños pueden recordar con mucha facilidad las cosas más increíbles, con una memoria mecánico-asociativa que asombra, pero que no resulta funcional para el sujeto.

451 Kanner es quien acuñó el término y describió inicialmente el síndrome, procurando diferenciarlo de la psicosis infantil. ("Autistic disturbances of affective contact" *Nervous Child*, 2, 217-250, 1943).

Lutz, en su ya clásico manual de *Psiquiatría Infantil* (Gredos, Madrid, 1968), dice que se comenzó a reparar en los niños autistas desde que en 1943 Kanner describió el 'autismo infantil temprano' y en 1944, Asperger, la 'psicopatía autística'.

Lutz apuntaba que el cuadro "ya es visible en los primeros meses de vida: el lactante no sonríe en respuesta a las amabilidades de la madre ni extiende más tarde sus bracitos hacia ella. Imita muy poco. Estos niños aprenden a hablar muy tarde, o no lo aprenden en absoluto, y cuando surge y se desarrolla el lenguaje, la palabra 'yo' aparece con años de retraso. Viven en un mundo estrecho, a menudo en mejor relación con los objetos que con los hombres, sin la capacidad de construir y participar en un mundo común. Dependen forzosamente de procesos esquemáticos, por ejemplo, del transcurso del día, de las costumbres del sueño".

Explica Deutsch Smith (2003) que, en EEUU, a partir de la legislación IDEA (1990, 1997) se le considera como una categoría independiente en la educación especial, ya que antes se le solía incluir con el retardo mental, la discapacidad física o los trastornos emocionales.

Leo Kanner lo caracterizó mediante dos síntomas: aislamiento extremo desde los primeros momentos de la vida y una obsesión excesiva por las rutinas.

Una revisión del autismo desde la investigación actual

Martos y Martínez (2001), investigadores españoles, llevaron a cabo una puesta al día sobre el tema del **autismo**, avalados en investigaciones y hallazgos recientes.⁴⁵² Recomendamos leer el trabajo in extenso. Nos limitamos a hacer una síntesis de sus ideas más relevantes. Según estos expertos, “estos últimos 20 años, se ha buscado la unificación y riqueza de explicaciones que provienen de diferentes áreas de investigación y de la clínica, con el fin de conocer siempre algo más acerca del autismo”. A su juicio, en lo esencial, la descripción original de Kanner sigue siendo la base de la definición del trastorno.⁴⁵³ Dicen que la descripción inicial de Asperger resultó ser muy parecida a la de Kanner (que no conocía). Explican que, sin embargo, hoy en día la categoría diagnóstica ‘**síndrome de Asperger**’ tiende a reservarse a niños con autismo, aunque con buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. No es fiel a la descripción inicial de Asperger, pero “**la delimitación de esta categoría ha demostrado ser útil desde el punto de vista clínico**”. Atendida la época en que aparecen estas publicaciones, con la influencia de las corrientes predominantes entonces en el plano psicológico y psiquiátrico, las causas del autismo se atribuyeron a un **ambiente externo inadecuado, como el estilo de interacción de los padres con el niño** o factores psicógenos similares. Aparece el mito de la “madre inadecuada” o “madre nevera”, que constituye para Martos y Martínez “una de las situaciones que más daño ha provocado en las familias de los niños con autismo”. Enfatizan que las explicaciones actuales “dejan de lado y anulan cualquier relación causal con las figuras de crianza”.



“Científicamente, hoy en día, se habla del autismo como un trastorno del desarrollo con base biológica, con un fuerte componente genético”. Estudios en familiares y gemelos indican que hay una base genética y que esta es la consecuencia de la alteración en varios genes, ya sea un defecto en uno o varios de ellos, o bien en su expresión y/o interacción”.

A este respecto, citan estudios que demuestran que la incidencia del autismo es 4 veces superior en niños que en niñas. Además, es más frecuente entre los hermanos de personas con autismo. Parte importante del trabajo de Martos y Martínez está dedicada a revisar los criterios de Kanner, a la luz de la investigación actual. Anotamos algunas de sus observaciones:

- Se mantienen actualmente **la mayoría** de los rasgos descriptivos de Kanner, que giran alrededor de una **triada de alteraciones** (que utilizan el DSM IV y la CIE 10):
 - En el establecimiento de relaciones personales.
 - En el lenguaje y la comunicación.
 - En la flexibilidad mental y comportamental.

452 Martos, Juan y Martínez, Candelas: Autismo: una revisión desde la investigación actual. Revista Psykhe. Santiago de Chile, Vol.10, Nº 2, 3-10, 2001. Martos y Martínez forman parte del equipo DELETREA de Madrid. E-mail: deletrea@terra.es

453 Dicha descripción incluía estos rasgos:

- Extremo aislamiento: incapacidad para relacionarse normalmente con las situaciones y las personas.
- Deseo obsesivo de invarianza ambiental.
- Memoria excelente.
- Buen potencial cognitivo.
- Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
- Hipersensibilidad a los estímulos.
- Retraso y alteración en la adquisición y uso del habla y del lenguaje.
- Ecolalia demorada.
- Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

- En relación al “buen potencial cognitivo”, se hace ver que desde los años 70 se reconoce que un **cuadro de autismo lleva asociado retardo mental en, al menos, un 75% de los casos**⁴⁵⁴.
- El rasgo descriptivo de Kanner “aspecto físico normal y fisonomía inteligente”, se acepta actualmente para las edades tempranas, en la mayoría de los casos. Los adolescentes y adultos autistas, en cambio, “pueden presentar fenotipos que evocan la deficiencia y, más frecuentemente, una expresión escasamente intersubjetiva”.⁴⁵⁵
- En lo que concierne a la aparición del cuadro, también se han reconsiderado los datos de Kanner. Según los criterios diagnósticos vigentes, el autismo se manifiesta antes de los 3 años. Un 25% de los casos presenta anomalías el primer año. Según Rivière, el **segundo año** es cuando los padres se alarman ante el conjunto de síntomas: se trata de un momento del desarrollo infantil en que ocurren importantes transformaciones cerebrales, cognitivas, afectivas y comunicativas, las que se ven seriamente afectadas.⁴⁵⁶
- La prevalencia del cuadro es mayor que la estimada por Kanner, en especial si se considera el “espectro autista”. En España se hace una estimación de un caso por cada 1.000 -1500 nacidos.

Otros hallazgos que refieren Martos y Martínez apuntan a que los rasgos autistas no se producen sólo en trastornos profundos del desarrollo: también ocurren en otros trastornos neurobiológicos. Afirman que hay “muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo”. Hay, por otra parte, aspectos “que aparecen sistemáticamente alterados en los niños con autismo”. Consideran importante determinar si las conductas autistas son **primarias** o **secundarias**, es decir, si están o no asociadas a otro cuadro. En especial, en la práctica diagnóstica cobra gran relevancia la noción de “espectro autista”:



“La heterogeneidad y variabilidad en grados de afectación nos puede llevar a diagnosticar, en un extremo, niños con autismo con claras conductas de aislamiento y evitación activa de la relación social, hasta niños con autismo motivados a la relación, pero claramente limitados en la adquisición y comprensión de reglas que regulan la interacción y que implican conceptos psicológicos tan sutiles como la empatía y, entre otros, la interpretación en otros y en sí mismos de creencias, deseos o emociones”.

Junto con entregar un listado de varios indicadores de autismo típico -tomados de Rivière- que se dan tempranamente en la etapa de 18-36 meses⁴⁵⁷, anotan las dimensiones que, a juicio de este mismo autor, se ven alteradas en los cuadros del espectro autista:

454 El retardo mental, de por sí, no explica los problemas de los autistas en sus relaciones sociales. La causa fundamental, para Martos y Martínez (y avalan sus observaciones en los hallazgos de diversos investigadores), se debe encontrar en un mecanismo cognitivo independiente del CI: ello explica porqué las personas con autismo, incluso con alto nivel intelectual, fracasan sistemáticamente en sus relaciones con el mundo social, lo que no ocurre con personas con RM sin autismo.

455 Los autores citan trabajos de Baron-Cohen (1995) y Frith (1991), quienes afirman que el componente más importante del trastorno consistiría en la alteración de la capacidad cognitiva de atribuir mente e inferir los estados emocionales de las personas:

Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness: an essay on autism and theory of mind. Boston:MIT Press. Bradford Books.

Frith, U. (1991). Autism and Asperger's síndrome. Cambridge. Cambridge University Press.

456 Rivière, A. ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En A. Rivière y J. Martos (comp.): El niño pequeño con autismo. APNA. Madrid, 2000.

457 El listado incluye rasgos tales como:

Sordera aparentemente paradójica: falta de respuesta a llamadas e indicaciones; no comparte focos de atención con la mirada; tiende a no mirar a los ojos; no suele mirar a las personas; presenta juego repetitivo o rituales de ordenar; las novedades le disgustan; no señala con el dedo índice para pedir o compartir experiencias; tiende a ignorar completamente a los niños de su edad; etc.

01. Trastornos cualitativos de la relación social.
02. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjunta).
03. Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
04. Trastorno de las funciones comunicativas.
05. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
06. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
07. Trastornos de las competencias de anticipación.
08. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
09. Trastornos del sentido de la actividad propia.
10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la capacidad de hacer significantes.

Los autores describen también con detalle la **extensa gama de problemas comunicativos** que se dan dentro del espectro autista, haciendo hincapié en las fallas evidentes en los aspectos **pragmáticos** de la comunicación, en la **prosodia**, y en el uso e interpretación de la comunicación **no verbal**. Llamen la atención sobre la **ausencia del juego de ficción** -que consideran “otra alteración nuclear”- lo que se traduce en “un juego obsesivo y repetitivo con claros indicadores de falta de imaginación”.

El trabajo de Martos y Martínez concluye con un análisis de las explicaciones psicológicas actuales más fundamentadas. Centrándose en las “**dificultades para compartir el mundo**” que caracterizan a las personas con autismo, describen un enfoque para abordarlas de tipo más bien “afectivo” y otro fundamentalmente “cognitivo”:

- En el primero, del cual citan varios estudiosos que lo suscriben, el déficit cognitivo es secundario a una alteración en la forma de relacionarse con otros. El problema esencial ocurre en la “intersubjetividad”. Entre otras cosas, se aprecia un trastorno innato en la capacidad de percibir y responder a las expresiones faciales. “**El autismo sería esencialmente un trastorno de las pautas de relación afectiva**”.
- Para el otro enfoque (conocido como teoría de la mente), con gran apoyo experimental, “el trastorno fundamental está en la **alteración de la capacidad cognitiva de atribuir mente e inferir los estados mentales de las personas**”. Se ha reconocido a esta teoría el mérito de dar cuenta de la ‘tríada de alteraciones’ que ocurren en el autismo. Entre otras cosas, la habilidad para atribuir estados mentales o pensamientos a los demás es básica para poder entender y predecir sus acciones. Esto lleva a un fracaso en darle sentido al mundo social y en lograr una comunicación efectiva con los demás.

Se ha hecho ver también que en las personas con autismo se da “un procesamiento alterado de la información”. En las tareas, por ejemplo, que exigen el reconocimiento de una ‘gestalt’, “parece existir un procesamiento preferente por las partes por sobre el todo”.

Finalmente, otros trabajos actuales que revisan muestran que algunas de las características que están presentes en personas con lesiones frontales, se dan también en niños con autismo: “La conducta de los niños con autismo es a menudo rígida e inflexible, y se manifiesta en su insistencia en el rechazo a que se alteren sus rutinas, llegando a mostrar altos niveles de ansiedad ante cambios nimios en su entorno” La postura conocida como “teoría de la función ejecutiva”

es la que explica los desajustes conductuales producidos por lesiones frontales. Martos y Martínez citan trabajos que aportan suficiente evidencia empírica “para apoyar la existencia de déficit de función ejecutiva en las personas con autismo en un amplio abanico de edades cronológicas y mentales”. “Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad del pensamiento y acción”.

Estrategias educativas

Resulta orientador iniciar este punto con lo que escribió **Ángel Riviére** -a quien ya citamos anteriormente- cuando era asesor técnico de la APNA (Asociación de Padres de Niños Autistas), España. Bajo el título **¿Qué nos pediría un Autista?**⁴⁵⁸ anota estas sabias recomendaciones, que transcribimos textualmente:

- Ayúdame a comprender. Organiza mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder. Dame orden, estructura y no caos.
- No te angusties conmigo, porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más.
- No me hables demasiado, ni demasiado deprisa. Las palabras son “aire” que no pesa para ti, pero pueden ser una carga muy pesada para mí. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo.
- Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, que de algún modo, cuándo he hecho las cosas bien y ayúdame a hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo que a ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.
- Necesito más orden que el que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir.
- Me resulta difícil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener sentido concreto y descifráble para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.
- No me invadas excesivamente. A veces, las personas sois demasiado imprevisibles, demasiado estimulante. Respeta las distancias que necesito, pero sin dejarme solo.
- Lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me golpeo, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es difícil atender o hacer lo que me pides, no estoy tratando de hacerte daño. ¡ya que tengo un problema de intenciones, no me atribuyas malas intenciones!
- Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y, muchas de las conductas que llamáis “alteradas” son formas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Haz un esfuerzo por comprenderme.
- Las otras personas sois demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado sino simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan sin tapujos y mentiras, tan ingenuamente expuesto a los demás, que resulta difícil penetrar en él. No vivo en una “fortaleza vacía” sino una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible. Tengo mucho menos complicación que las personas que os consideraréis normales.

⁴⁵⁸ El lector puede encontrar este texto, junto a abundante información orientadora sobre el tema del autismo, en la página web de la Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas <www.ASPAUT.cl>

- No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. El autista soy yo, no tú.
- No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis “normales”. Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es más lo que compartimos, que lo que nos separa.
- Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.
- No me agredas químicamente. Si te han dicho que tengo que tomar una medicación, procura que sea revisada periódicamente por el especialista.
- Ni mis padres ni yo tenemos culpa de lo que pasa. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpéis unos a otros. A veces, mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de “culpa” no produce más que sufrimiento en relación con mi problema.
- No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer. Pero pídemelas que puedo hacer. Dame ayuda para ser más autónomo, para comprender mejor, para comunicarme mejor, pero no me des ayuda de más.
- No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mí alrededor para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que pasa.
- Ayúdame con naturalidad, sin convertirlo en una obsesión. Para poder ayudarme, tienes que tener tus momentos en que reposas o te dedicas a tus propias actividades. Acércate a mí, no te vayas, pero no te sientas como sometido a un peso insostenible. En mi vida he tenido momentos malos, pero puedo estar cada vez mejor.
- Acéptame como soy. No condiciones tu aceptación a que deje de ser autista. Sé optimista sin hacerte “novelas”. Mi situación normalmente mejora, aunque por ahora no tenga curación.
- Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís “normales”. Me cuesta comunicarme, pero no suelo engañar. No comprendo las sutilezas sociales, pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser satisfactoria si es simple, ordenada, tranquila. Si no se me pide constantemente y sólo aquello que más me cuesta. Ser autista es un modo de ser, aunque no sea normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya “normal”. En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos y compartir muchas experiencias.

Dentro de la abundante bibliografía actual sobre la materia, hacemos nuevamente referencia a las Guías de Apoyo Técnico-Pedagógico: **NEE en el nivel de Educación Parvularia**, que el lector puede revisar en la página web del MINEDUC (www.MINEDUC.cl). En la guía correspondiente al autismo, la 2ª. Parte, dedicada a las respuestas educativas para niños y niñas que presentan NEE asociadas a trastornos del espectro autista, entrega sugerencias sobre:

- Cómo preparar el contexto educativo para dar respuestas de calidad a la diversidad y a las NEE.
- Cómo trabajar con las familias para favorecer el aprendizaje y la participación de todos los niños.

En lo que concierne a las orientaciones para la organización y planificación del proceso de enseñanza y aprendizaje, los expertos del MINEDUC se expresan en los siguientes puntos, de gran interés, en especial, para educadores-as de párvulos:

- Criterios generales para el diseño de la respuesta educativa.
- Respuestas educativas específicas para los alumnos y alumnas con autismo:
 - Orientaciones técnico-pedagógicas para trabajar con niños y niñas de 0 a 3 años,
 - Orientaciones técnico-pedagógicas para trabajar con niños y niñas de 3 a 6 años,

En lo relativo a la preparación del contexto educativo para dar respuestas de calidad a la diversidad y a las NEE, explican que “la educación eficaz para promover el aprendizaje y lograr el bienestar del niño o niña con autismo y su familia, debe apoyarse en la organización de un contexto natural estable que les permita la comprensión de los sucesos que tienen lugar. Una estabilidad de condiciones que la persona pueda reconocer, sobre las que pueda actuar y que pueda transformar”. El **ambiente**, que juega un papel muy importante en el aprendizaje de los niños, debe ser, a juicio de los expertos:

- **Organizado**, que haya un lugar y un momento para cada cosa, evitando los contextos caóticos.
- **Estructurado**, donde el niño o niña saben y conocen las pautas básicas de comportamiento, tienen seguridad de lo que se espera de ellos/as; el adulto dirige y organiza las situaciones.
- **Predecible**, saben cómo van a suceder las cosas y qué esperan los adultos de ellos/ellas. Igualmente, cómo responden los adultos frente a sus comportamientos. La falta de anticipación y de estructura, crea grandes dificultades para organizar el mundo del autista.
- **Facilitador de aprendizajes**; el adulto aprovecha aquellos momentos cotidianos y naturales en los cuales se les pueden enseñar aprendizajes no programados, allí está la oportunidad para dar sentido a una palabra, acción o situación.

Además, explican que el tipo de **materiales** que se utilice será decisivo en el desarrollo de las habilidades del niño con autismo, teniendo en cuenta su tendencia a centrar más la atención en los objetos que en las personas. Es importante seleccionar los que facilitan la interacción social, prefiriendo aquellos hacia los cuales se siente atraído con facilidad. Teniendo presente, además, que pierde el interés rápidamente, se deben ir cambiando. Se ofrece un completo listado de los que más despiertan el interés de estos niños, y de aquellos que facilitan la interacción, la comprensión y uso de la comunicación, la comprensión de reglas y la imitación y el juego simbólico.

La profesora Juana Espíndola, experta que colaboró en la guía del MINEDUC recién descrita, en una presentación que hizo sobre la integración del niño autista en la sala de clase⁴⁵⁹, entre los diversos puntos que abordó (enseñanza de habilidades sociales, de la comunicación y el lenguaje, de habilidades de pensamiento, el manejo de los problemas de conducta), explica que en la actualidad está ampliamente extendido el uso de sistemas alternativos de comunicación, dando preferencia a la presentación de información visual. “La utilización de medios gráficos, pictóricos, fotos reales, etc. conjuntamente con signos, es habitual en la práctica diaria para el desempeño de distintas tareas. En los últimos años, se ha desarrollado el uso de pictogramas en “agendas” en los contextos de aprendizaje. Tales procedimientos, que implican la planificación diaria de actividades, facilitan la anticipación y la comprensión de situaciones. Pueden aplicarse a niños de nivel cognitivo relativamente bajo y tiene efectos positivos en la tranquilidad y en el bienestar de las personas autistas”. Se incluyen también los

⁴⁵⁹ Seminario “La educación diferencial en la sala de clases” organizado por el Centro de Alumnos de Pedagogía Básica PUC en el Campus San Joaquín en junio 2001.

medios informáticos y el ordenador como medios útiles para el desarrollo del lenguaje y la comunicación en personas autistas. Dice la profesora que la utilización de sistemas alternativos con las personas autistas se justifica por las siguientes razones:

- Se incide en el punto fuerte de procesamiento de información del autista: el visual.
- Se favorece la intención comunicativa.
- Se estimula la aparición del lenguaje verbal.
- Se favorecen procesos de atención.
- Se favorece la interacción social.
- Se incide en la solución de las dificultades conductuales.
- Contribuyen a una mejor comprensión del entorno.
- Favorecen la capacidad de anticipación y de predicción.
- Contribuyen a una organización más “significativa” de los datos de la memoria.
- Estimulan las funciones más complejas del lenguaje, la planificación, la dirección de la acción, etc.

En cuanto al manejo de los problemas de conducta, la experta explica, basándose en diversos investigadores, que la conducta problema generalmente cumple un objetivo para la persona que la manifiesta”. Si un niño aprende que la única manera de obtener atención es golpearse la cabeza, entonces golpearse se convierte en una respuesta adecuada para lo que desea”. Es preciso descubrir la razón o finalidad de la conducta para prestar ayuda a largo plazo. Los problemas de conducta generalmente tienen muchas finalidades y, por tanto, requieren muchas intervenciones. El objetivo último es el cambio del estilo de vida. “Reducir los problemas de comportamiento no es suficiente. Es necesaria una intervención más amplia que afecte de forma positiva cómo las personas viven su vida”.

Completamos este capítulo dando cuenta de una línea de trabajo que ha alcanzado mucha importancia estos últimos años, utilizando el modelo de **memoria de trabajo** propuesto por Baddeley, que aparece descrito en detalle en nuestro libro “Cómo aprende los seres humanos” (Bermeosolo, 2007). Un estudio reciente llevado a cabo por Alloway, Rajendran y Archibald (2009) tuvo como propósito comparar directamente las habilidades de memoria de trabajo en estudiantes con diferentes trastornos del desarrollo a fin de investigar si la especificidad de su diagnóstico producía impacto en sus habilidades de memoria. Los autores entregan resultados que confirman perfiles de memoria diferentes sobre la base de los siguientes trastornos del desarrollo:

- Trastorno específico del lenguaje (SLI).
- Trastorno del desarrollo de la coordinación (DCD).
- Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (ADHD).
- Síndrome de Asperger (AS).

En este estudio, se midió el desempeño de la memoria utilizando una herramienta informática estandarizada, el Automated Working Memory Assessment AWMA (Alloway, 2007 a, 2007 b). El desarrollo del AWMA se basó en la conceptualización dominante de la memoria de trabajo como un sistema que consta de componentes múltiples cuya actividad coordinada proporciona la capacidad para el almacenamiento provisional y la manipulación de información en una variedad de dominios. El almacenamiento provisional corresponde a la memoria de corto

plazo (verbal, viso-espacial); la manipulación de la información, ya que participa el “ejecutivo central”, a la memoria de trabajo propiamente tal. El AWMA suministra tres medidas para cada uno de los aspectos (verbal y viso-espacial) de memoria a corto plazo y memoria de trabajo. Los autores encontraron que las **alteraciones del lenguaje** estuvieron asociadas con déficit selectivos en memoria de corto plazo verbal y memoria de trabajo verbal, mientras que los **trastornos motores** estaban asociados con déficit selectivos en memoria de corto plazo viso-espacial y memoria de trabajo viso-espacial. Los niños con **problemas de atención** se vieron afectados en memoria de trabajo (y no de corto plazo) tanto verbal como viso-espacial, mientras los niños con **Asperger** tenían déficit en memoria de corto plazo verbal pero no en algún otro componente de memoria. Lo interesante de este trabajo es que entrega recomendaciones para la labor psicopedagógica, ya que se trata de perfiles de memoria diferentes, que exigen un tratamiento ajustado a sus peculiaridades. Todo ello forma parte de la diversidad en el aula.

OTRAS VARIABLES QUE DETERMINAN LA DIVERSIDAD EN EL AULA

► Temas del capítulo

La diversidad en el aula.
Prejuicios, discriminación, estereotipos, pedagogía intercultural y educación multicultural.
Diversidad de género: niños y niñas.
Orientación sexual.
Diversidad y valores: pluralismo, relativismo.

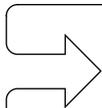
La diversidad en el aula

La diversidad en el aula, como hemos podido apreciar a través de las páginas de este manual, admite múltiples facetas y plantea importantes desafíos a los educadores: con razón se ha hecho ver que: ¡la pedagogía es, al mismo tiempo, ciencia y arte! Una escuela efectiva, desde esta perspectiva, debe reunir condiciones que permitan a **todos** sus estudiantes no sólo conseguir logros académicos, sino también crecer como personas. Anteriormente señalamos algunas de tales condiciones: valorar la diversidad como un elemento que enriquece -y no que entorpece- el aprendizaje; contar con un proyecto educativo que atienda debidamente a las diferencias, entre otras cosas, a través de un currículo flexible; uso de metodologías y estrategias que den respuestas efectivas a los ritmos de aprendizaje, motivaciones e intereses en cada aula, etc. En la Conferencia Mundial sobre NEE de Salamanca (UNESCO, 2004) ya se había planteado que:



“Cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades que le son propias: si el derecho a la educación significa algo, se deben diseñar los sistemas educativos y desarrollar los programas de modo que tengan en cuenta toda la gama de esas características y necesidades”.

Por cierto, la diversidad no se manifiesta sólo en los niños o estudiantes: también se da en el profesorado y todo el personal del centro educativo, en padres y apoderados, en el vecindario, la comunidad en general, entre las mismas escuelas, etc. Sin embargo, hemos aprendido desde niños a identificarnos o sentirnos cómodos con quienes comparten de algún modo nuestras propias características, con quienes se nos asemejan o piensan parecido, con aquellos que consideramos “normales”, mirando con desconfianza todo lo que escapa a tales cánones. **Atender a la diversidad supone asumir otros puntos de vista, ponerse en el lugar de los demás.**



En lo que concierne a los alumnos de una sala de clases, la diversidad -que **no sólo hay que verla como diferencia o desemejanza, también como abundancia o riqueza**- se pone de manifiesto en sus potencialidades y deficiencias, en sus estilos de aprender, experiencias, conocimientos previos, habilidades sociales, intereses, motivaciones, rasgos de personalidad, salud mental, capacidad de autocontrol, ritmo de desarrollo, motivo de logro, atribuciones y locus de control, etc. En algunas de estas características, dimensiones o atributos se pueden hacer evidentes también **barreras en el aprendizaje y participación**, que hemos hecho notar en capítulos anteriores.

Como consecuencia de las orientaciones actuales en países más desarrollados en materias de inclusión, a los educadores de aula regular se les está pidiendo diseñar materiales y actividades que puedan satisfacer las necesidades de todos los estudiantes. Se ha puesto énfasis en la **instrucción diferenciada**, que se considera el modelo que ayudará a los educadores a cambiar la manera en que enseñan. La “clase frontal” tradicional cede espacio a grupos de discusión, a pequeños grupos de trabajo colaborativo, contratos individuales, círculos literarios, proyectos de equipos tecnológicos, de arte y ciencia, etc., modalidades que suponen desafíos para todos los alumnos y entregan incentivos para trabajar motivadamente, dándoles la oportunidad de comprometerse en las actividades de la clase, procurando hacerlos más solidarios y menos competitivos. Las nuevas tecnologías prestan un excelente servicio en este sentido. Además, este tipo de instrucción ayuda a prevenir el bajo rendimiento ya que ofrece más alternativas en la manera de procesar la información y en los tipos de actividades y materiales que se pueden utilizar.⁴⁶⁰ A los estudiantes hay que darles la oportunidad de elegir cómo involucrarse en las actividades de la clase para que puedan tener éxito. Como preconizaban los propulsores de la psicología humanista hace décadas, el aprendizaje se facilita cuando el alumno participa responsablemente en el proceso. Demostraban que aprendizaje auto-iniciado -muy diferente al impuesto desde fuera- y en el que está implicada la persona total, sentimientos y aptitudes, es más penetrante y duradero.⁴⁶¹

En Chile, no obstante, algunos expertos atribuyen los fracasos y pobres resultados en logros escolares -evidenciados en mediciones internacionales- a nocivas influencias de “corrientes de tipo psicológico” que dan protagonismo al alumno y que proponen la clase “centrada en el estudiante”, y no en la enseñanza bien planificada de las materias -en que el protagonista debe ser el profesor- siendo deber del estudiante... “estudiar”, lo que exige esfuerzo y dedicación. Un grave error ha sido, a juicio de tales expertos, confundir el aprendizaje con el juego, intercalando lo “lúdico” en materias de estudio que “no son un juego”. El autor de estas

⁴⁶⁰ Lewis S. & Bates K. How to implement differentiated instruction? *Journal of Staff Development*, 26 (4), 26-31, 2005.

Smutny J. Differentiated instruction. *Phi Delta Kappa Fastbacks* 506, 7-47, 2003.

Van Garderen D. & Whittaker C. Planning differentiated, multicultural instruction for secondary inclusive classrooms. *Teaching Exceptional Children*, 38 (3), 12-20, 2006.

En la red se puede encontrar actualmente (2009) una enorme cantidad de información sobre “differentiated instruction”. A modo de ejemplo, en la página web de SDE (Staff Development for Educators. Turning theory into practice) se la define como “an instructional concept that maximizes learning for ALL students, regardless of skill level or background. It’s based on the fact that in a typical classroom, students vary in their academic abilities, learning styles, personalities, interests, background knowledge and experiences, and levels of motivation for learning. When a teacher differentiates instruction, he or she uses the best teaching practices and strategies to create different pathways that respond to the needs of diverse learners. <www.sde.com>”

Se entregan también una serie de razones de por qué la instrucción diferenciada es crítica en el día de hoy.

⁴⁶¹ A estas cuestiones nos hemos referido en detalle en nuestro libro “Cómo aprenden los seres humanos: mecanismos psicológicos del aprendizaje”, al comparar las perspectivas y sugerencias de las diferentes orientaciones teóricas.

páginas ha podido comprobar cómo maestros con experiencia hacen aprender matemática a sus alumnos de manera lúdica, motivándolos con desafíos ingeniosos que estimulan el pensamiento lógico matemático, variando las tareas y estrategias didácticas. La “clase frontal”, en estos casos, deja de ser la estrategia de enseñanza, si bien mantiene algún espacio, asumiendo los alumnos un rol muy activo, en una secuencia didáctica bien guiada. En otras palabras, no son incompatibles las clases “centradas en el estudiante” con una buena orientación por parte del profesor, sacando mejor partido y provecho de la gran cantidad de horas que los alumnos están en la sala. En muchas escuelas, desde que “toca la campana” para señalar el término del recreo, hasta que los alumnos realmente comienzan a trabajar, se malgasta una gran cantidad de tiempo, con problemas de disciplina y evidencias de escasa motivación.

Prejuicios, discriminación, estereotipos, pedagogía intercultural y educación multicultural

En la introducción de este libro adelantábamos que hay también variables que definen la diversidad en el aula y en los centros educativos, y que muchas veces se han asociado o se asocian a vivencias de **rechazo y marginación**. Entre ellas, género, etnia, nivel sociocultural, orientación sexual, variedad lingüística, apariencia física, aptitud para los deportes, etc. En este capítulo abordaremos algunas de estas cuestiones.

Dentro de los temas más estudiados y con abundante bibliografía, monografías y artículos especializados, está el ámbito de la **diversidad cultural y étnica**, que en algunos países constituye una materia prioritaria en educación y políticas de estado. Se asocia también a la **diversidad lingüística**. La cultura tiene que ver con las formas de vida de un pueblo y la etnia, con la afinidad cultural o lingüística al interior de los pueblos, de los estados. Darling-Hammond y Bransford (2005), cuya influyente obra citamos anteriormente, explican que las nociones de ‘aulas sensibles culturalmente’ y de ‘aulas inclusivas’ no son exactamente iguales, aunque son similares:



“Ambos términos sugieren que las escuelas y los profesores necesitan desarrollar aulas que sean de respaldo y soporte para los niños, y de aceptación de la diversidad. En ambas concepciones, se pone énfasis en las fortalezas de los niños, y las diferencias son vistas como una parte positiva del ambiente de aprendizaje, ya que permiten a los niños compartir y experimentar perspectivas diversas...” “La mayor parte de los educadores entiende que las diferencias de aprendizaje ocurren a lo largo de un amplio continuo, que los seres humanos desarrollan fuerzas compensatorias –a menudo formidables– que les permiten expandir su aprendizaje, aunque pueden presentar algunas áreas de dificultad, y que una instrucción estratégica puede marcar una enorme diferencia en lo que los estudiantes pueden lograr”.

Woolfolk (2006) se refiere al tópico bajo el rótulo “salones de clases culturalmente compatibles”, que define como aulas donde los procedimientos, las reglas, las estrategias grupales, actitudes y métodos de enseñanza no provocan conflictos con los estilos culturales de aprendizaje e interacción de los estudiantes. **La meta de tales aulas es eliminar el racismo, el sexismo y los prejuicios étnicos y, al mismo tiempo, ofrecer las mismas oportunidades educativas a todos**

los estudiantes. Analiza tres dimensiones (organización social, estilos de aprendizaje y los aportes de la sociolingüística) que, a su juicio, deben ser tenidas en consideración para cubrir las necesidades de los estudiantes, apuntando que “cuando la escuela cambia, las experiencias y los logros de los niños también cambian”. Recomendamos al lector su revisión y estudio crítico.

Las variables que examinaremos y que justifican este capítulo están asociadas muchas veces a **prejuicio** y **discriminación**, constituyendo un desafío importante para los ideales de la inclusión. Un **pre-juicio** es un juicio previo, una generalización rígida, irracional, acerca de un grupo o una categoría completa de personas. Configura una temática de la cual se ha ocupado la psicología social intensamente a partir de la segunda guerra mundial el siglo pasado. Los prejuicios se hacen evidentes en actitudes, creencias y sentimientos, por lo general negativos, hacia determinados grupos. Los prejuicios raciales y étnicos son irracionales, sin embargo la historia ha demostrado **-y sigue demostrando-** su vigencia y las aberraciones a que pueden llevar. Los prejuicios generan **discriminación**, que es el tratamiento desigual hacia categorías específicas de personas. Woolfolk (2006) grafica con claridad el punto en su “Psicología Educativa”:



“Uno de los hallazgos más desalentadores que encontré mientras escribía este capítulo fue que menos del 10 % de los científicos, ingenieros y matemáticos en Estados Unidos son afro-estadounidenses o hispanos; mientras que más del 20 % de la población total proviene de uno de esos grupos. A pesar de que sus actitudes hacia las ciencias y las matemáticas son más favorables que las de los estudiantes blancos, los estudiantes negros e hispanos empiezan a tener desventajas en esas disciplinas desde la escuela primaria. Se les elige con menor frecuencia para las clases de superdotados y para programas de aceleración o enriquecimiento. Son más proclives a ser colocados en clases de “habilidades básicas”. Conforme avanzan a través de la secundaria, el bachillerato y la universidad, su camino se aleja cada vez más de la ruta que produce a nuestros científicos. Si persisten y se convierten en científicos o ingenieros, ellos, junto con las mujeres, recibirían sueldos más bajos que los blancos, por el mismo trabajo (National Science Foundation, 1996)”.

En general, nos relacionamos con las personas o con “tipos” de personas con algunas ideas preconcebidas acerca de cómo son o se comportan, pese a que “en teoría” estamos convencidos de que “cada cual es único e irrepetible”... Esperamos, por lo tanto, que cumplan con determinadas normas de conducta o reúnan rasgos que creemos caracterizan al grupo a que pertenecen. Estas ideas preconcebidas se llaman **estereotipos**. Es así como las personas se forman estereotipos, las más de las veces negativos, de la gente de otra raza u otra cultura, de otro país, de otra religión, de una postura política diferente, etc. Esto ocurre de manera manifiesta, por ejemplo, con las minorías o con grupos socialmente desfavorecidos. Una profesora de alumnos pertenecientes a un sector muy deprivado socioculturalmente, le dijo a una colega del autor de este libro: “Para qué nos complican la vida con estas cosas de la diversidad. Estamos recargados de trabajo y, a fin de cuentas, **estos niños** van a ser, de todos modos, delincuentes”.

Como lo han hecho notar algunos sociólogos y psicólogos sociales, **el peligro de los estereotipos reside en que se convierten en sustitutos de la observación**: la persona se deja llevar simplemente por sus ideas preconcebidas. Así como algunos chilenos se dejan llevar por ideas preconcebidas acerca de los peruanos, bolivianos u otros países latinoamericanos,

lo mismo ocurre con personas de esos países respecto de los chilenos. Son conocidos los estereotipos acerca de los judíos, los mapuches, los musulmanes, los “sudacas”, los gallegos, los andaluces, los abogados, los “milicos”, los “curas”, etc. Somos testigos -actualmente- a través de los medios de comunicación masiva, de guerras y masacres entre diferentes etnias, de “limpiezas étnicas”, asociadas muchas veces a fanatismos religiosos intolerantes de la diversidad de costumbres, creencias o maneras de pensar. Las insurgencias de comunidades indígenas en Latinoamérica, también en este país, evidencian un reclamo frente a la pobreza y la postergación, pero también una protesta porque se les niega o no se reconoce como corresponde su propia identidad.

Las “aulas multiculturales” procuran favorecer el contacto de los grupos y su mutuo conocimiento, y dan espacio a la expresión de la propia identidad. Se ha demostrado que el contacto con grupos respecto de los cuales nos hemos formado determinados estereotipos negativos, en tareas comunes, fomentando la solidaridad y no la competición o el antagonismo, disminuyen o hacen desaparecer los prejuicios. Al conocer más de cerca las motivaciones, tradiciones, vida familiar y social, los pasatiempos y lo que valoran otros, reconocemos en ellos seres humanos con características esencialmente idénticas a nosotros.

Hoy se habla también de “educación intercultural” y de “pedagogía intercultural”. En un trabajo reciente, Quilaqueo (2007)⁴⁶², conector de la culturas indígenas del sur de Chile, dice que lo **intercultural** “implica una **apertura a establecer relaciones con el Otro**”. Analiza específicamente la formación de profesores, que se lleva a cabo bajo la forma de “encuentro de culturas de sociedades diferentes, entre formadores y estudiantes que pertenecen a las culturas occidental y mapuche”. Afirma este psicólogo formado en la Sorbonne, docente de la U. Católica de Temuco:



“La educación intercultural implica una inclinación a favor de la diversidad de las expresiones de la vida humana y la cultura propia. A propósito de esto, la educación intercultural descansa sobre un concepto humanista basado sobre un capital de dinamismo de la diversidad. Este capital está destinado a ayudar a los estudiantes a elegir lo mejor posible de los diversos modelos y oportunidades que ofrecen las diversas culturas. En efecto, la educación intercultural demanda un acto pedagógico que reconozca la diversidad y la heterogeneidad de las referencias, valores, perspectivas y prácticas que debe explicitarlas para aprender y construir un nuevo saber”.

En las conclusiones de su trabajo, explica que la misión y propósito de la formación en educación intercultural (muy alejada aún de nuestras escuelas de pedagogía) es la “construcción intercultural de conocimientos a partir de la explicitación de los saberes y conocimientos indígenas en el medio escolar”. Está convencido de que este tipo de educación atenuará “todo sentimiento y actitud discriminatoria frente a los miembros de los pueblos indígenas”:



“Además, este es un reto de escolarización para las sociedades indígenas y no indígenas, pues implica construir un espacio de diálogo a partir de la naturaleza de los saberes indígenas y occidentales en el currículo escolar”.

462 Quilaqueo Rapimán, Daniel: Diversidad étnico-cultural y educación intercultural cimentada en la interacción de saberes. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva. Universidad Central de Chile, Vol. 1 N°1, 37-46, 2007.

Quilaqueo Rapimán, Daniel: “Estereotipos y prejuicio étnico hacia los mapuches en textos complementarios a la asignatura de Historia”. Revista Campo Abierto. Universidad de Extremadura, 23, p.119-135, 2003.

Podestá, lingüista y antropóloga mexicana (2009)⁴⁶³, critica a los maestros de niños indígenas que frecuentemente los regañan o apocan -para ellos son los símbolos de la autoridad!- cuando espontáneamente dan explicaciones basadas en sus creencias y tradiciones, alejadas de los cánones de la cultura occidental. Da ejemplos que ilustran con claridad “la conflictividad representacional que todos los días enfrentan los niños cuyas concepciones de vida se distancian del pensamiento científico de la escuela”. Concluye su trabajo -que trae una propuesta de intervención educativa en que hace a los niños indígenas autores y protagonistas de sus propias realidades- enfatizando que:



“Requerimos maestros que estimulen el conocimiento y, sobre todo en zonas indígenas donde los niños tienen un caudal filosófico, histórico, geográfico impresionante de descubrir. Necesitamos fomentar la creatividad y construcción del niño en base a sus conocimientos. No prohibirle hablar de lo que él es, sino fomentarlo en un ejercicio de inter-aprendizaje maestro-alumno como la base del conocimiento escolar. Necesitamos maestros dispuestos a escuchar, no imponer, abiertos al cambio y a descubrir los potenciales y saberes de sus alumnos. Maestros que estimulen, promuevan, faciliten, impulsen el diálogo... La escuela no puede seguir privilegiando una sola representación, la occidental, sino mostrar las indoamericanas tan vivas a pesar de las múltiples agresiones durante cinco siglos”.

Abadzi (2008) demuestra que los profesores y supervisores no son inmunes al racismo, sexismo y exclusión social. “Pueden tener diferentes expectativas acerca de las etnias y los géneros”.



“Los profesores pueden tener sentimientos encontrados acerca del estatus social de la enseñanza, en especial en las áreas rurales o pobres, y el estatus de las familias con que interactúan; en especial, los profesores formados en la universidad pueden sentir que el trabajo está por debajo de ellos. Más importante, los profesores pueden haber aprendido desde sus propios años de estudio que sólo unos pocos estudiantes pueden alcanzar los estándares. Ellos pueden estar enseñando no a todos, sino a unos pocos selectos y esperar que los otros deserten”.

En países con muchos inmigrantes, como los Estados Unidos de Norteamérica, se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de las diferencias étnicas y raciales en el rendimiento. Como dato de interés, hacia el 2020 se estima que aproximadamente 2/3 de la población escolar estará formada por afro-estadounidenses, asiáticos, latinos y otros grupos étnicos. Respecto del rendimiento escolar, siguen existiendo diferencias consistentes entre los grupos étnicos, sin embargo, explica Woolfolk (2006) que la mayor parte de los investigadores coincide en que **tales diferencias son el legado de la discriminación, los desajustes culturales o el hecho de desarrollarse en un ambiente con un NSE (Nivel Socio Económico) bajo**. En países como Chile, también las culturas originarias han sido víctimas de condiciones desfavorables a las que achacar sus bajos logros en diferentes aspectos: en la medida que las circunstancias cambien, en la línea de lo recién expuesto, estarán en condiciones de dar cuenta de su real y rico potencial, lo que, de hecho, demuestran aquellos de sus integrantes que han contado con el estímulo y apoyo necesarios.

463 Podestá Siri, Rossana: “Explorando el inter-aprendizaje en realidades escolares de países interculturales” (2009). “Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva” Volumen 3, p. 201-217, Septiembre 2009.

Los estudios realizados en diferentes países, incluido Chile, desde hace décadas han demostrado consistentemente la relación entre NSE y rendimiento. Es conocida la “brecha” entre los resultados de colegios en las pruebas de medición nacional de acuerdo al tipo de establecimiento: en los colegios particulares pagados, a los que asisten alumnos de condiciones socioeconómicas más ventajosas, obtienen mejores resultados. Se trata de una de las deficiencias más estudiadas en el país, con una enorme cantidad de publicaciones y recomendaciones de los expertos sobre las urgentes medidas a tomar. De alguna manera, las exiguas subvenciones por alumno en la educación pública, junto a otras circunstancias desfavorables, como las condiciones laborales de muchos maestros y escasa valoración social de su tarea, atentan contra el derecho a desarrollarse en la sociedad sin ser discriminado y segregado e impiden acceder a una educación de calidad.

Es un deber de la sociedad responder a las necesidades de todos sus miembros, y favorecer su plena integración social, materia que ha sido objeto de preocupación estos últimos años, con avances innegables, aunque se está lejos aún del ideal de desarrollo inclusivo. Guajardo (2009) hace ver que “los avances que en materia de inclusión se dan en el campo de las mujeres, de los pueblos originarios, de poblaciones migrantes o de individuos con discapacidad, hacen una sinergia favorable en el resto de los ámbitos de exclusión social”.⁴⁶⁴

La **educación multicultural**, aclara Woolfolk (2006), **va más allá de un cambio en el currículo**. Se hace necesario tomar en cuenta varias dimensiones. Siguiendo a James A. Banks, autor de trabajos sobre educación multicultural y multiétnica, centra las principales recomendaciones en los siguientes cinco aspectos o dimensiones:

- **Integración de contenidos:** utilizar ejemplos y contenidos de diversas culturas y grupos para ilustrar conceptos clave, principios, generalizaciones y teorías en su materia, área o disciplina.
- **Una pedagogía de la equidad:** ajustar los estilos de enseñanza con los estilos de aprendizaje de los estudiantes para favorecer el rendimiento académico de los alumnos de diversos grupos raciales y culturales, y de distintas clases sociales.
- **El proceso de construcción del conocimiento:** ayudar a que los estudiantes comprendan la manera en que los supuestos culturales implícitos dentro de una disciplina afectan la manera en que el conocimiento se construye dentro de ella.
- **Reducción de los prejuicios:** identificar las características de las actitudes raciales de los estudiantes y determinar cómo podrían modificarse a través de la enseñanza.
- **Una cultura escolar y estructura social incluyentes:** examinar las prácticas de grupo y de clasificación (etiquetaje), la participación en los deportes, y la interacción entre el personal y los estudiantes en todas las líneas étnicas y raciales, para crear una cultura escolar que dé poder de decisión a los estudiantes de todos los grupos.

La autora sintetiza lo anterior concluyendo que la forma en que estén estructurados los programas de educación física y orientación psicológica, los métodos de enseñanza utilizados, las lecciones acerca de los prejuicios, las perspectivas sobre el conocimiento, entre otros factores, contribuirán a la verdadera **educación multicultural**. Dicha educación constituye una respuesta a la creciente diversidad en la población escolar y a la creciente demanda de igualdad para todos los grupos.⁴⁶⁵

464 Guajardo Ramos, Eliseo: La integración y la inclusión de alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Central de Chile, 15-23, Vol.3, N° 1, 2009.

465 Los anglosajones han desarrollado la línea de la “multicultural education”; los franceses, por su parte, con algunos énfasis diferentes, la “pédagogie

Desde los inicios del siglo pasado, en que grandes cantidades de inmigrantes comenzaron a llegar a Estados Unidos de Norteamérica (y a muchos otros países, en especial, desarrollados) se tenía confianza en que funcionaría el modelo “**crisol**”⁴⁶⁶: los nuevos inmigrantes se asimilarían a la nueva nación, entrarían en el “crisol cultural” y se asemejarían a quienes ya vivían ahí. Durante años, refiere Woolfolk, el objetivo de las escuelas estadounidenses consistía en ser el estímulo fundamental del modelo crisol. Sin embargo, en las décadas del 60 y del 70, ya los profesores hacían ver que muchos alumnos de grupos minoritarios tenían problemas, porque no se habían “mezclado” o “fundido” suficientemente con la nueva cultura: se los consideró “culturalmente desventajados” o culturalmente discapacitados. Se puso en boga, entonces, un nuevo modelo: el de **déficit cultural**. Se postulaba, según él, que la cultura familiar de tales alumnos era inferior, y que no los preparaba para adaptarse a las escuelas. Hoy se rechaza este modelo, reconociéndose que todas las culturas son dignas y valiosas, pero que pueden darse incompatibilidades e interferencias entre la cultura familiar del estudiante y las expectativas de la escuela. Esto dio pie al nuevo modelo: el multiculturalismo y la **educación multicultural**.

En Chile y países de Hispanoamérica se suele afirmar que, a diferencia del mundo anglosajón, ha funcionado realmente el modelo crisol.

Diversidad de sexo o género: niños y niñas

Conviene advertir que la Real Academia Española de la Lengua señaló el 2004 que en español no existe la tradición de uso de la palabra **género** como sinónimo de **sexo**. Para la RAE las palabras tienen género (y no sexo), mientras que los seres vivos tienen sexo (y no género). En gramática género es la “propiedad de los sustantivos y de algunos pronombres por la cual se clasifican en masculinos, femeninos y, en algunas lenguas, también en neutros”. En inglés se documenta desde antiguo el uso traslaticio de **gender** (también usado como género gramatical) como sinónimo de **sex**, “sin duda nacido del empeño puritano de evitar este vocablo”. Con el auge de los estudios feministas, en los años sesenta del Siglo XX se comenzó a utilizar en el mundo anglosajón el término **gender** con el sentido de sexo de un ser humano **desde el punto de vista específico de las diferencias sociales y culturales**, en oposición a las biológicas, existentes entre hombres y mujeres. Es importante tener en cuenta, apunta la RAE, que en la tradición cultural española la palabra “sexo” no reduce su sentido al aspecto meramente biológico. No obstante, pese a esta autorizada opinión, en ciencias sociales se ha ido cada vez haciendo más generalizado el uso del término **género** para aludir a las características y conductas de hombres y mujeres desde el punto de vista cultural y social, reservando el término **sexo** para características y diferencias biológicas.

Cada persona, dentro de su autoconcepto general, desarrolla la **identidad (del rol) de género**, o imagen de sí a partir de sus características masculinas o femeninas. Culturalmente se esperan determinados rasgos y comportamientos en hombres y mujeres, siendo reforzados los que se aproximan y desalentados los que se alejan de lo esperable. Corresponde a estas expectativas el que las niñas jueguen con muñecas y los niños con aviones, o que las mujeres sean más

interculturelle”.

466 Crisol, según los diccionarios de la lengua, es un recipiente hecho de material refractario que se emplea para fundir metales a temperatura muy elevada.

sensibles y los hombres no lloren... A partir de la niñez más temprana, el sistema total de normas, tradiciones y valores va moldeando determinadas formas de comportamiento y maneras de ser. Básicamente la existencia humana es una existencia cultural, aunque en parte biológicamente condicionada. Hombres y mujeres enfrentan el mundo con un cuerpo que es diferente y desde temprano existe un modo de estar en el mundo determinado tanto por lo biológico como lo cultural (maduración- aprendizaje; natura-nurtura). No es difícil constatar, por ejemplo, que por lo general los movimientos de las niñas a temprana edad son algo más flexibles, suaves y armoniosos que los de los niños, más bruscos y expansivos. Las pautas de crianza determinadas culturalmente se encargarán de acentuar la “masculinidad” en los niños y la “femineidad” en las niñas, y todo ello forma parte del atractivo de las diferencias y complementariedad de los sexos.

Otra cosa es tener la convicción de que un sexo o género es superior al otro, o que tiene derechos especiales que el otro no posee, lo que se traduce en estereotipos que a lo largo de la historia han llevado a prejuicios y discriminación, como ocurre con el “machismo”, actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres, tan arraigado en algunas culturas. El “sexismo” consiste en la discriminación de personas de un sexo por considerarlo inferior al otro. Por otra parte, el término “feminismo” hace referencia a aquellos movimientos que exigen para las mujeres iguales derechos que para los hombres. Recuérdese que el derecho a voto en la mujer es un hecho relativamente reciente. La verdad es que hombres y mujeres, esencialmente, en su calidad de seres humanos son idénticos y pueden llegar a niveles semejantes de logros en las más variadas áreas del saber, la creación artística, ciencias y las diferentes profesiones. En Chile, siguiendo la pauta de países más desarrollados, se ha notado un serio esfuerzo por reconocer la igualdad de géneros, procurando minimizar las condiciones que han resultado y aún resultan lesivas en diferentes culturas y lugares del mundo para la mujer, y que nos parecen francamente aberrantes. Incluso en los textos de estudio se procura actualmente erradicar aquellos estereotipos que asocian a la mujer a labores domésticas y condiciones de dependencia, en contraste con hombres, que ocupan cargos directivos, ejercen liderazgo y son independientes.

En condiciones de igualdad, es decir controladas las condiciones de desventaja para la mujer (por ejemplo, respecto de la escolaridad en varias culturas), no existen diferencias entre los sexos en inteligencia general. Las diferencias, cuando ocurren, a favor de uno o el otro sexo, tienen que ver con habilidades específicas: espaciales, verbales, etc., en tareas de memoria de trabajo o recuperación de información desde los sistemas de registro a largo plazo, lo que en buena parte puede estar condicionado culturalmente. A modo de ejemplo, hay evidencias en varios estudios de que muchos profesores tienen expectativas diferentes y, en consecuencia, tratan de manera diferente, a niños y niñas en clase de matemática. Se constata (y se espera) que ciertas carreras universitarias son para hombres y otras para mujeres. En Chile, es muy infrecuente encontrar un educador de párvulos, pese al importante rol que puede desempeñar en la formación de niños pequeños. Antiguamente en las fuerzas armadas se alistaban sólo hombres. Además, se da el fenómeno identificado desde hace muchos años en psicología social del “temor a confirmar el estereotipo”: si se les solicita a las niñas que resuelvan problemas complicados de matemática, sufren una carga emocional adicional por temor a confirmar el prejuicio de que las mujeres son inferiores a los hombres en matemática... Ello incide en su desempeño. Por otra parte, algunas jóvenes temen ser consideradas “poco femeninas” si sigue una carrera universitaria “para hombres” o si se destacan demasiado en asignaturas

“masculinas”. Hay bastante evidencia acumulada en psicología educativa, y esto el lector lo puede corroborar en los numerosos manuales sobre la materia, de que las escuelas fomentan, a veces de manera sutil, los prejuicios por género. Finalmente, si bien ha existido bastante debate sobre si los niños y las niñas “aprenden de manera diferente”, por tener “cerebros diferentes”, no hay nada hasta ahora que justifique maneras diferentes de enseñarles. Hay importantes diferencias **dentro** de cada uno de los dos subgrupos, **no entre** ellos, en todas las variables nombradas al comienzo del capítulo, que justifican la “instrucción diferenciada” que atiende a la diversidad de acuerdo a esas variables, pero no necesariamente por género. Lo que resulta claro es que **todos** los estudiantes, hombres y mujeres, deben tener oportunidades para experimentar éxito, entre otros aspectos, frente a sus demandas académicas.

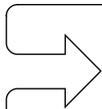
Orientación sexual

Papalia, Olds y Feldman (2004), autoras influyentes en psicología evolutiva, afirman que “percibirse como un ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, aceptar la excitación sexual y fomentar lazos románticos o sexuales, son partes del logro de la **identidad sexual**”, y aclaran:



“Esta conciencia apremiante de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que influye profundamente en la imagen personal y en las relaciones. Aunque este proceso lo rige la biología, su expresión la define en parte la cultura”.

Se suele definir el **rol sexual** como el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la **orientación sexual**, el objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual, y está determinada por el deseo natural, tanto físico como amoroso y erótico, hacia otras personas. En el apartado anterior se afirmó que cada persona, dentro de su autoconcepto general, desarrolla la **identidad de género**, o imagen de sí a partir de sus características masculinas o femeninas: el sentir pertenencia a un sexo u otro, es decir, sentirse hombre o mujer. En este apartado nos ocuparemos brevemente de aquellos aspectos que mejor representan la **diversidad en orientación sexual**, que es necesario atender y que en el país -por una serie de prejuicios- no se ha encarado suficientemente en el marco de respeto a los derechos fundamentales de todo ser humano. Al autor de estas páginas, hace ya muchos años, en su formación inicial como psicólogo clínico, le correspondió atender a un atribulado joven universitario homosexual, conociendo así muy de cerca las vivencias de rechazo y constantes humillaciones que experimentaba de parte de su padre y que le hacían la vida tan difícil. Llegó a ser posteriormente un profesional exitoso. El suicidio de jóvenes que no han podido soportar una condición que no han elegido, en un mundo adverso y hostil, ha llevado tardíamente a sus familias a reconocer los errores cometidos, en especial la irreparable pérdida de uno de sus miembros -ante todo, un hijo- que tenía todo el derecho a realizarse plenamente como persona en sociedad.



En un manual dedicado a la psicopedagogía de la diversidad en el aula no se puede obviar un tema como el que abordamos en este apartado. Los educadores no siempre saben a qué atenerse, con el agravante de la responsabilidad que ha asumido al tener como tarea principal la formación integral de personas.

En lo referente a orientación sexual, son **heterosexuales** quienes se sienten atraídos por personas del otro sexo; **homosexuales**, quienes se sienten atraídos por personas del mismo sexo (en el caso específico de las mujeres, se suele hablar de lesbianismo), y **bisexuales**, por ambos sexos. Una situación diferente es la transexualidad. **Transexuales** son personas, hombres o mujeres, que se sienten del otro sexo: mediante procedimientos médicos, psicológicos y sociales pueden adecuar el cuerpo a su identidad de género. La clave de la transexualidad se encuentra en el cerebro, al no corresponder el sexo físico con la identidad de género. Todo esto da cuenta, y así lo confirma la literatura especializada, de los complejos procesos y mecanismos que están a la base de la definición sexual en la especie humana, lo que también hay que entenderlo en la perspectiva de la diversidad. En psiquiatría se clasificaba antes la homosexualidad como un trastorno mental, lo que quedó descartado al no encontrarse asociación directa entre orientación sexual y desajustes emocionales o sociales: hace ya varias décadas que el DSM la retiró de la lista de enfermedades y la OMS la considera una variación más de la sexualidad.

Las investigaciones y los hechos demuestran que las personas homosexuales y transexuales **sí pueden presentar trastornos psicológicos**, pero no producto de la orientación sexual o identidad de género, sino de la discriminación social. En algunos casos, su situación lamentablemente ha llevado al suicidio. Muchos de ellos suelen presentar problemas de autoestima, sentimientos de soledad, de impotencia y de dolor. Papalia y asociadas (2004) muestran que también se desacreditaron científicamente explicaciones sobre la homosexualidad que apuntaban a relaciones trastocadas con los padres, a identificación con modelos inadecuados o progenitores homosexuales, o seducción por parte de homosexuales. Citan algunas explicaciones de naturaleza etiológica, entre ellas, una teoría que afirma que en la orientación sexual puede influir un proceso prenatal complejo que incluye factores hormonales y neurológicos, pero aún no ha sido posible desentrañar el peso relativo y el tipo de los diferentes factores implicados. Lo esencial es que se trata de personas con todas las cualidades, potencialidades y defectos de cualquier ser humano, con una orientación sexual diferente a la heterosexual.

En Chile, se ha preparado y distribuido en establecimientos educacionales, al parecer aún sin el respaldo oficial, un material pedagógico “para aminorar la discriminación por orientación sexual e identidad de género”. Fue elaborado por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH), con la colaboración de importantes instituciones y el patrocinio, entre otros, del Colegio de Profesores. Lleva por título “**Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas**”. Trae una información muy completa, por lo que se hace recomendable su revisión. En el manual se explica que “el abordaje de la sexualidad ha sido históricamente débil en la educación chilena, a un punto que su lógica relación con los derechos humanos es casi nula en las discusiones de aula, siendo un ejemplo la visibilización de una sola forma de vivirla: la heterosexualidad”. De acuerdo a los datos estadísticos que allí se reportan, entre el 7 y el 10 por ciento de la población tiene una orientación homo o bisexual. Otras fuentes reportan porcentajes menores. Ocurre que algunos niños, cuando se

han realizado los estudios, no estaban seguros de su orientación sexual. En la actualidad, hacen ver los autores, existe un amplio consenso médico y científico respecto a que la homosexualidad y la bisexualidad, no son una enfermedad, sino que una variación más de la sexualidad humana.⁴⁶⁷

MITOS	REALIDAD
La homosexualidad y la transexualidad son una elección.	Nadie elige su orientación sexual o identidad de género. Uno/a es lo que es.
La homosexualidad y la transexualidad son enfermedades que pueden ser curables.	No son una enfermedad. Las orientaciones sexuales y las diversas identidades de género son tan naturales como la heterosexualidad y por tanto no hay nada que sanar.
La homosexualidad y la transexualidad sólo se dan en personas adultas.	Las personas van sabiendo y conociendo que son homosexuales o transexuales desde niños o niñas, al igual que los heterosexuales.
La homosexualidad o la transexualidad son producto de conflictos familiares, de ausencia de figuras materna o paterna, de algún abuso sexual o de un hecho traumático.	Ninguno de esos elementos determina que una persona sea homosexual o transexual. Simplemente se es lo que la naturaleza indica.
La homosexualidad y la transexualidad son influenciables o contagiosas.	Ninguna orientación sexual o identidad de género se contagia, ni tampoco se influncia.
Homosexuales y transexuales están incapacitados/as para ejercer ciertos oficios y profesiones.	Toda persona puede desempeñarse en cualquier oficio o profesión. Heterosexuales, homosexuales o transexuales tienen las mismas capacidades que el resto de las personas.
Homosexuales y transexuales son más propensos/as a cometer delitos, en especial de tipo sexual.	Los delitos no tienen ninguna relación con la orientación sexual o la identidad de género. Otros factores llevan a las personas a delinquir, al igual como ocurre con los heterosexuales.

Fig. 17.1. Estereotipos y mitos respecto de minorías sexuales. Parte de la tabla que aparece en el material pedagógico preparado por MOVILH Santiago de Chile 2009.

El manual, que trae numerosas ilustraciones, incluye una extensa tabla que recoge los mitos y estereotipos más frecuentes en el área, de la cual reproducimos una parte (**fig. 17.1**). Se explica en el manual que “la prevención y erradicación de la discriminación por orientación sexual o género en las aulas fue hasta finales de la década de los 90 una realidad frente a la cual el MINEDUC y el Colegio de Profesores no tenían pronunciamientos, situación que afectaba directamente a estudiantes y docentes expulsados/as u hostigados/as por ello”. Esta situación ha cambiado actualmente y el manual cita casos y decisiones del MINEDUC que lo confirman. El capítulo 4 entrega una serie de estrategias y contenidos para una educación de la diversidad, con recomendaciones a nivel individual, grupal, de aula. Entre ellas:

⁴⁶⁷ El manual consta de 4 capítulos: Capítulo I: Sexualidad, homosexualidad y transexualidad: Aclarando conceptos. Orígenes y explicaciones médicas. Proceso de auto-conocimiento. Capítulo II: Discriminación y Derechos Humanos. Discriminación y Diversidad. Homofobia y Transfobia. Mitos y realidades. Discriminación en el sistema escolar. Capítulo III: Políticas educacionales y minorías sexuales en Chile. Capítulo IV: Estrategias y contenidos para una educación en diversidad.

Correo: movilh@movilh.cl

Sitio web: www.movilh.cl

- Brindar el espacio y el contexto adecuado para que estudiantes y docentes tengan la posibilidad de dialogar y/o conversar sobre su homosexualidad o transexualidad con otros agentes educativos que pueden ser pares, orientadores/as o psicólogos/as.
- Contar en cada establecimiento con personas capacitadas en los alcances de la homosexualidad, la transexualidad y la discriminación. Si no se cuenta con ese tipo de apoyos, se sugiere invitar a los establecimientos a expertos/as para que den charlas sobre la materia y, si ello es inviable, derivar las consultas a otros organismos especializados en el tópico, de manera que quien necesite de ayuda, reciba la orientación más idónea posible.
- Involucrar en la solución del conflicto a las familias (madres, padres y apoderados), siempre y cuando ello no vulnere el derecho a la privacidad del estudiante o el docente afectado por la discriminación. De no querer la persona homosexual o transexual que su familia conozca sobre su orientación sexual o identidad de género, todo agente educativo debe respetar esa decisión.

En el Diplomado “Desarrollo y Salud del Adolescente” dictado por un equipo interdisciplinario en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, de tipo e-learning, en el Módulo 3, Lección 15, se analiza el caso clínico de un adolescente de 13 años, que consulta por presentar desde hace seis meses episodios frecuentes de dolor abdominal. Refiere dificultad en la relación con sus compañeros, por lo que se cambió de curso. Atribuye esta situación a que sus compañeros lo molestan por su obesidad. No fuma, no consume drogas ni alcohol. Sin actividad sexual. No realiza actividades extracurriculares. Pocos amigos, no ha tenido novias. Junto a las sugerencias que se entregan al profesional de salud para el trabajo directo con el joven, se dan algunas recomendaciones para el trabajo con la madre, que son de interés para este punto en nuestro manual, puntualizándose lo que anotamos a continuación:

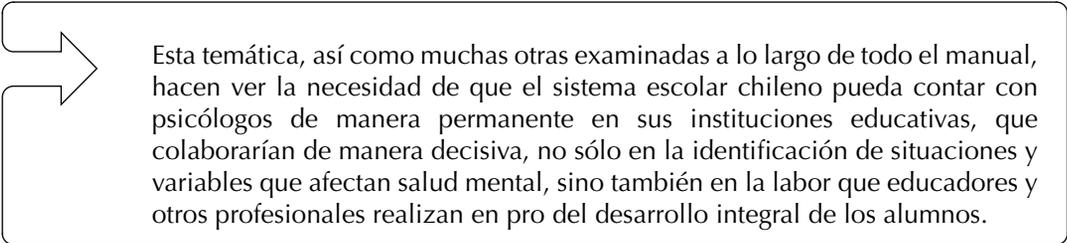
1. El profesional de salud debe identificar los sentimientos que existen en la madre con respecto a la sospecha de homosexualidad de su hijo. Habitualmente existen sentimientos de culpa, temor, vergüenza, rabia, pena. Una vez identificados sus sentimientos y las razones se podrá ayudar a la madre a sobreponerse a ellos.
2. Se debe educar a la madre en relación a los sentimientos de duda homosexual que existen normalmente en esta etapa. Se le debe explicar que la identidad sexual se consolida al final de la adolescencia.
3. Se debe explicar a la madre las teorías que se han postulado con respecto al origen de la sexualidad. Las madres habitualmente sienten culpa frente a sus estilos de crianza. Se debe educar a la madre respecto a las etapas de desarrollo de la homosexualidad durante la adolescencia, sus posibles complicaciones y riesgos.
4. Es importante aclarar la diferencia entre rol sexual, orientación sexual e identidad sexual.
5. Se sugiere reforzar el rol sexual masculino, en este caso, con objeto de evitar el rechazo social y sin pretender cambiar la orientación sexual. Es importante evaluar la posibilidad de reforzar la relación padre-hijo e involucrar al padre en el manejo.
6. Se debe explicar a la madre que la orientación sexual no puede ser modificada con terapia alguna.
7. El profesional de salud debe asegurar a la madre que un adolescente que se ha definido como homosexual va a tener un desarrollo saludable en todos los aspectos si cuenta con la aceptación, apoyo y comprensión de su familia y la sociedad.

Se completan las orientaciones en el módulo, enfatizando que es vital el apoyo a este adolescente y el contacto con su familia y la escuela. Por otra parte, Bustamante, profesor de psiquiatría de la U. de Los Andes, Chile, (en “Psiquiatría” de Carvajal, Florenzano y Weil,

2008) dice que en la cultura occidental, la prevalencia de personas homosexuales hombres en la población general varía entre el 1% y el 2,9%, siendo levemente menor en mujeres. Afirma, además, que hay terapias efectivas para revertir la homosexualidad: “Si bien existen distintos modelos teóricos (psicodinámico, cognitivo-conductual, existencial), la eficacia no varía, alcanzando cifras en promedio del 50%, es decir, uno de cada dos individuos que desean ser heterosexuales, lo logra al cabo de un año, incluso se han observado cifras mayores”. Una discusión bien documentada sobre el tema aparece en el manual de Santrock dedicado a la adolescencia (Santrock, 2003) donde se refiere al “continuo entre la heterosexualidad y la homosexualidad” Además, analiza la identidad gay o lesbiana durante la adolescencia, la homofobia y sus efectos en la autodevaluación en que incurren jóvenes homosexuales.

Gross (1998) trae una interesante discusión crítica sobre la homosexualidad y los cambios desde el DSM II, donde se la consideraba una desviación. El DSM III (1980) introdujo la noción de “homosexualidad egodistónica” para la persona angustiada con su condición, que quisiera volverse heterosexual. El DSM III-R (1987) eliminó esta nueva categoría, aunque aparece una descripción de sus características (“angustia persistente y marcada acerca de la propia orientación sexual”) en uno de los típicos “cajones de sastre” para categorías no especificadas, lo que ha conservado el DSM IV, no apareciendo la homosexualidad como trastorno. La CIE 10 (1992) de la OMS incluye la “orientación sexual egodistónica” dentro de los trastornos de la personalidad y conducta adultas. No constituye trastorno, en consecuencia, la homosexualidad ego-sintónica.

Tanto el DSM IV, como el DSM IV-TR, posterior a la revisión de Gross, dentro del “trastorno sexual no identificado”, incluyen el “malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual” y la “sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o femineidad”.



Esta temática, así como muchas otras examinadas a lo largo de todo el manual, hacen ver la necesidad de que el sistema escolar chileno pueda contar con psicólogos de manera permanente en sus instituciones educativas, que colaborarían de manera decisiva, no sólo en la identificación de situaciones y variables que afectan salud mental, sino también en la labor que educadores y otros profesionales realizan en pro del desarrollo integral de los alumnos.

En relación al tema “paternidad y homosexualidad”, que en psicología ya ha sido investigado desde hace varios años, como el lector puede constata en manuales modernos de psicología evolutiva, no hay lugar para prejuicios tales como que los homosexuales son personas mentalmente enfermas que no están en condiciones de afrontar la crianza de los hijos, o que los niños bajo su custodia son más vulnerables a desórdenes mentales, tienen grandes dificultades para adaptarse, etc. Tanto los hijos de padres homosexuales, como heterosexuales, pueden presentar problemas mentales, como en sus relaciones sociales, pero ello no tiene que ver con la orientación sexual de sus progenitores, sino con sus características personales y la calidad de la relación padre-hijo.

Recientemente se refirió al tema -a raíz del caso de un padre homosexual que obtuvo la tuición de sus hijos- el abogado y filósofo **Carlos Peña**, Rector de la Universidad Diego Portales y columnista del Diario El Mercurio.⁴⁶⁸ Afirmó Peña que “la condición sexual es una cosa y las disposiciones del carácter y las virtudes morales, otra. Los vicios y las virtudes se distribuyen por igual entre homosexuales y heterosexuales. Por eso no hay razones para impedir a un gay, por principio, que críe y eduque personalmente a sus hijos”. Estima este distinguido pensador que una sociedad que trata con igual respeto y consideración a todos sus miembros, es “la sociedad que debemos esforzarnos por construir”. “Si usted ejerce su sexualidad mediando consentimiento, entonces la sociedad no tiene nada que reprocharle. La autoridad pública haría mal si, en razón de esa preferencia sexual suya, le asignara ventajas o le confiriera desventajas”. Entre otros valiosos puntos de reflexión, apunta:



¿Qué los niños podrían ser expuestos a la burla y la maledicencia en el colegio? Es posible (como ocurre ya con los que padecen defectos físicos), pero ésa es una buena razón para mejorar nuestras prácticas escolares, y no una para ceder al prejuicio. Si fuera por eso, Rosa Park⁴⁶⁹ jamás se habría sentado en el lugar de los blancos y los niños negros nunca habrían entrado a la escuela de Little Rock⁴⁷⁰.

Diversidad y valores: pluralismo, relativismo

Completamos este capítulo con una consideración de la cual ya nos habíamos ocupado en nuestro manual “Cómo aprenden los seres humanos”. Se advertía allí que valorar la diversidad, apreciar la riqueza que suponen la variedad y las diferencias -lo que se traduce en la noción de **pluralismo** (aceptar o reconocer la pluralidad de doctrinas o posiciones, según la RAE)- no debe confundirse con **relativismo**: todo vale, hay que aceptarlo todo. ¿Qué nos orienta para discernir en lo relativo a la aceptación y valoración de la “diversidad? El narcotráfico, el terrorismo, la pedofilia, las estafas y otras modalidades de engaño, la

468 Carlos Peña: “Ser padre y ser gay”. Diario El Mercurio, Reportajes, 15 de marzo de 2009.

469 Nacida bajo el nombre de Rosa Louise McCauley (4 de febrero de 1913 - 24 de octubre de 2005) fue una figura importante del Movimiento por los Derechos Civiles en Estados Unidos, principalmente por haberse negado a ceder el asiento a un blanco y moverse a la parte de atrás del autobús (1955) en el sur de los Estados Unidos. La acción concluyó con su encarcelamiento y se cita frecuentemente como la chispa del Movimiento por los Derechos Civiles en Estados Unidos.

470 En 1968 el Tribunal Supremo de Estados Unidos declaró inconstitucionales todas las formas de segregación racial. Hasta entonces la separación por grupos de población considerados “racialmente diferentes” estaba amparada por la ley. Realmente la segregación racial había ido desapareciendo paulatinamente desde los años 50, dando un paso de gigante en 1964 con la aprobación del Acta de los Derechos Civiles y dejando para la historia imágenes inconcebibles hoy en día.

Little Rock, en Arkansas, fue una de las primeras ciudades sureñas que, bajo la nueva orden de la corte federal, se preparó para admitir a nueve estudiantes afroamericanos en la escuela secundaria Little Rock Central, que hasta esa fecha solo admitía a estudiantes blancos.

La tarde del 2 de septiembre, el gobernador de Arkansas, Orval Faubus, anunció durante un discurso televisado sus intenciones de prohibir la entrada de dichos estudiantes movilizándolo a la Guardia Nacional del estado para que rodease Little Rock Central High School. El gobernador ordenó a los militares que evitasen la entrada de cualquier estudiante negro con la excusa de proteger a ciudadanos y propiedades de la posible violencia de los protestantes que se dirigían en caravanas hacia Little Rock. El 4 de septiembre, cuando nueve estudiantes negros (desde entonces conocidos como los Nueve de Little Rock) intentaron entrar en la escuela, la Guardia Nacional de Arkansas, obedeciendo la orden dada por su gobernador y entre gritos racistas de la multitud, les impidió la entrada.

Después de muchos incidentes, que el lector puede revisar en <<http://unabrevehistoria.blogspot.com/2008/08/little-rock-central.html>> considerados “vergonzosos”, el Presidente Eisenhower ordenó que parte de la División Aerotransporte N° 101 del Ejército de EEUU. fuese destacada en Little Rock y puso la Guardia Nacional de Arkansas bajo órdenes federales. El 25 de septiembre, acompañados por soldados de la 101, los Nueve de Little Rock, entraron a la escuela y comenzaron su primer día de clases completo, 21 días después de que hubiese comenzado el curso. Las fotos de ese día darían la vuelta al mundo.

usura, el abuso de poder, los regímenes dictatoriales, y todas las formas de arbitrariedad e injusticia son facetas de la “diversidad humana”, pero, indudablemente, inaceptables. Contra esas manifestaciones desviadas de la diversidad, los sistemas escolares en diferentes partes del mundo y en todas las culturas abogan por la formación en “valores”.

Citábamos a la filósofa y educadora Lucía Díaz⁴⁷¹, quien nos hacía ver la importancia de incluir explícitamente la **educación en valores**, ya que “la tolerancia a la diversidad se funda en una determinada convicción moral que pretende tener validez universal”. Rescatando ideas de importantes pensadores que han demostrado que “**no hay real respeto a la diversidad, ni real tolerancia sin la vivencia de valores básicos**”, precisaba:

- Se explica la diversidad por la **libertad**: si la condición humana es libre, ya no hay una conducta humana, sino tantas como hombres, y todas igualmente justificadas por el derecho a la libertad. **En este derecho se basa precisamente el pluralismo: la convivencia de conductas diferentes.**
- **El pluralismo supone el reconocimiento práctico de las diferencias**, pero **sólo es posible** cuando las diferencias **se apoyan sobre valores comunes**. Eso significa que el pluralismo debe afectar a las formas, **no al fondo**. Porque el fondo en que se apoya la libertad debe ser un **fondo común, que hace las veces de fondo de garantías: las exigencias fundamentales de la naturaleza humana.**
- **El pluralismo no debe confundirse con relativismo**. El relativismo –concepción subjetivista de la verdad y del bien– es peligroso, porque abre la puerta al “todo vale”, por donde siempre **puede entrar lo injusto y lo injustificable.**
- En una sociedad pluralista las diferentes conductas **respetan la base común de los derechos humanos**: a un recién nacido se le puede alimentar y vestir de muchas formas, pero la obligación de alimentarlo y vestirlo es intocable.
- **La tolerancia y el pluralismo sólo son posibles cuando todos admiten que hay criterios morales imprescindibles no negociables**. No son dogmas ni imposiciones, sino criterios inteligentes, necesarios como el respirar. Los encontramos en ese **fondo común, demasiado común de todas las legislaciones y códigos penales: no robar, no matar, no mentir, no abusar del trabajador, no abusar de la mujer...** Son principios que, además de estar recogidos por las leyes, deben informar la educación de las jóvenes generaciones.

Una sociedad basada en el respeto, la valoración de los demás y de su dignidad como seres humanos, tolera las discrepancias y los diferentes puntos de vista, acoge la riqueza de su diversidad, pero no puede tolerar a quienes, para conseguir sus propósitos, atentan contra los valores esenciales que hacen que una sociedad pueda funcionar como tal.

Gardner (2005) en su ensayo educativo en que describe 5 tipos de mentes que deberemos cultivar en el futuro (la mente disciplinada, la mente sintética, la mente creativa, la mente respetuosa y la mente ética), entrega reflexiones sólidas y convincentes respecto a cuestiones esenciales que han inspirado este manual y que el autor de estas páginas comparte con el equipo de “atención a la diversidad” en el que participa en la Facultad de Educación de la P. Universidad Católica de Chile. Recomendamos, por cierto, leer el trabajo in extenso. Como palabras finales de este libro, entregamos la síntesis que hace de dos de esas mentes:

471 Díaz del Valle, Lucía. Comunicación personal. Lucía Díaz era profesora de la Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile a la fecha de la entrega de esta comunicación.

La mente respetuosa:



“Siempre ha sido deseable educar a las personas para que por lo menos sean tolerantes con quienes tienen un aspecto diferente, actúan de una manera distinta y, quizá, son distintos a ellas. Puede que antes fuera posible encerrarse en uno mismo o dentro de las propias fronteras, pero ya no es así. Si no podemos aprender a convivir con los demás, el planeta pronto quedará despoblado. A menos que nos respetemos mutuamente y valoremos nuestras diferencias, lo máximo que podemos esperar es una paz precaria”.

La mente ética:



“Más allá de de un mundo que no se destruya, existe el mundo en el que realmente nos gustaría vivir. Este mundo está habitado por personas honradas, consideradas y constructivas, dispuestas a sacrificar sus propios intereses a favor de las necesidades y los deseos de la comunidad. El respeto se da entre las personas; la ética se ocupa de la forma de la sociedad. Debemos educar –y, en el fondo, inspirar– a los jóvenes para que deseen vivir en un mundo marcado por la integridad y guiado por el desinterés, para que estén dispuestos a asumir la responsabilidad de lograr ese objetivo”.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, P.G. The neuropsychology of developmental dyslexia. En: R. Malatesha & P. Aaron: Reading disorders. Academic Press. 1982.
- Abadzi, H. Aprendizaje eficaz y pobreza: ideas desde la frontera de la neurociencia cognitiva. Ediciones U. Católica Silva Henríquez. Santiago de Chile, 2008.
- Aguado, G. Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia. Ediciones Aljibe, Málaga, 1999.
- Aguado, G. Trastorno específico del lenguaje: diversidad y formas clínicas. Revista Chilena de Fonoaudiología, Vol. 3, nº 1, 48-74, 2002.
- Ainscow, M. Necesidades especiales en el aula. Guía para la formación del profesorado. Ediciones Unesco. Narcea, Madrid, 1995.
- Alloway, T. Automated Working Memory Assessment. London: Pearson Assessment, 2007a.
- Alloway, T. Working memory, reading and mathematical skills in children with developmental coordination disorder. Journal of Experimental Child Psychology, 96, 20–36, 2007b.
- Alloway, T. & Archibald, L. A comparison of working memory and learning in children with developmental coordination disorder and specific language impairment. Journal of Learning Disabilities, 41, 251–262, 2008. Alloway, T.; Rajendran, G.
- & Archibald, L. Working Memory in Children with Developmental Disorders. Journal of Learning Disabilities Volume 42 Number 4, 372-382, July/August 2009.
- Allport, G.W. La personalidad. Su configuración y su desarrollo. Herder, Barcelona, 1968.
- American Psych. Assoc. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV (1994); DSM IV-TR (2002), Barcelona. Masson.
- Am. Psych. Assoc. DSM IV. (1995); DSM IV-TR (2007). Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona. Masson.
- Am. Psych. Assoc. DSM III-R. (1988). Breviario del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson.
- Arroyo, M.B. & Bennasa, M.R. Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento: perspectiva psicobiológica. Masson, S.A. Barcelona, 1998.
- Arroyo, J.; Bonnín, F.; Carretero, M. & Cifuentes, L. Filosofía. Santillana, Madrid, 1989.
- Bannatyne, A. Language, reading and learning disabilities. Psychology, neuropsychology, diagnosis and remediation. Charles C. Thomas Publ. Illinois, USA., 1971.

- Bautista, R. (comp.) Necesidades educativas especiales. Ediciones Aljibe. Málaga, 1993.
- Barlow, D. & Durand, V. Psicología anormal. Un enfoque integral. 2ª ed. Thomson Learning, México, 2001.
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. Manual de psicopatología. 2 vol. McGraw-Hill, Madrid, 1995.
- Benavides, M.; Maz, A.; Castro, E. & Blanco, R. La educación de niños con talento en Iberoamérica. OREAL / UNESCO. Edit. Trineo. Santiago de Chile, 2004.
- Berkowitz, L. (ed.) Roots of aggression: a re-examination of the frustration-aggression hypothesis. New York, Atherton Press, 1969.
- Berkowitz, L. Aggression: its causes, consequences and control. N. York, McGraw-Hill, 1993.
- Bermeosolo, J. Lenguaje y problemas específicos del aprendizaje: relaciones a la luz del desarrollo de la psicolingüística. B.I. Boletín de Investigación Facultad de Educación PUC, N°6, 67-87, 1988.
- Bermeosolo, J. Habilidades psicolingüísticas y procesamiento de la lengua escrita en el disléxico. B.I. Boletín de Investigación Facultad de Educación PUC. N° 8, 13-24, 1990.
- Bermeosolo, J. Problemas, dificultades, trastornos, discapacidades... del aprendizaje. B.I. Boletín de Investigación Facultad de Educación PUC. Vol. 9, 1994.
- Bermeosolo, J. Conciencia metalingüística y decodificación lectora: análisis desde las claves de nivel inferior. Revista Pensamiento Educativo. Facultad Educación PUC. Vol. 15. 1994.
- Bermeosolo, J. Cómo aprenden los seres humanos: mecanismos psicológicos del aprendizaje. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2ª ed. 2007.
- Bermeosolo, J. Psicología del lenguaje: fundamentos para educadores y estudiantes de pedagogía. Ediciones Universidad Católica de Chile, 3ª ed. 2007
- Bermeosolo, J. El proceso lector normal y alteraciones en su desarrollo, según el modelo propuesto por M. Coltheart. Revista Chilena de Fonoaudiología. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Vol. 7, N° 2, 29-56, 2006.
- Bermeosolo, J. Dificultades específicas del aprendizaje: una revisión conceptual. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva. Facultad de Educación. Universidad Central de Chile, Vol. 1, N° 1, 67-85, 2007.
- Berwart, H. & Zegers, B. Psicología del escolar. Escuela de Psicología PUC, Teleduc, 1980.
- Boder, E. Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading patterns. Developmental Medicine and Child Neurology, 15, 663-687, 1981.
- Bonin, W. Diccionario de los grandes psicólogos: de las ciencias del espíritu a las ciencias de la conducta. F.C.E., México, 1993.
- Booth, T. & Ainscow, Índice de Inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. CSIE (Centre for Studies on Inclusive Education). Bristol, UK, 2000. Versión en español patrocinada por la OREAL / UNESCO.

- Bosch, L. El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación. En M. Siguán: Estudios sobre psicología del lenguaje infantil. Pirámide, Madrid, 1984.
- Bravo, L. Psicología de las dificultades del aprendizaje escolar. Edit. Universitaria, 1990.
- Bravo, L. Lenguaje y dislexias: enfoque cognitivo del retardo lector. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1995. 2ª ed. 1997.
- Buss, A. & Plomin, R. Temperament: early developing personality traits. Hillsdale, Erlbaum, N.J., 1984.
- Buss, A. Personality: temperament, social behavior, and the self. Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1995.
- Butler, N.; Butterfield, W.; Comfort, A. Enciclopedia de la vida. Bruguera, México, 1980.
- Carver, Ch. S. & Scheier, M. F. Teorías de la personalidad. 3ª ed. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A., 1997.
- Cermack, L. Information processing deficits in children with learning disabilities. J. of Learning Disabilities, Vol. 16, 19, 599-605, 1983.
- Céspedes, A. El déficit de atención desde la perspectiva del psiquiatra clínico. En Grau & Meneghello (eds.): Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Ed. Médica Panamericana, B. Aires, 2000.
- Clarizio, H.F. & McCoy, G.F. Trastornos de la conducta en el niño. Editorial Manual Moderno, México, 1981.
- Clifford, M. Enciclopedia práctica de la pedagogía. Vol.2, Océano, 1982.
- Critchley, M. The dyslexic child. Heinemann, London, 1970.
- Cruz C. & Vargas L. Estrés: entenderlo es manejarlo. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1998.
- Crystal, D. Patología del lenguaje. Cátedra, Madrid, 1983.
- Crystal, D. Lenguaje infantil, aprendizaje y lingüística. Edit. Médica y Técnica S.A. Barcelona, 1981.
- Crystal, D. The Cambridge Encyclopedia of Language. Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1991.
- Darling-Hammond, L. & Bransford, J. Preparing teachers for a changing world: what teachers should learn and be able to do. John Wiley & Sons, The Jossey-Bass Education Series, San Francisco USA, 2005.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. Psicología de la conducta anormal. 2ª ed. Limusa Wiley, México, 2000.
- Deutsch Smith, D. Bases psicopedagógicas de la educación especial: enseñando en una época de oportunidades. Pearson, Prentice-Hall, Madrid, 2003.

- Dombrowski S., Kamphaus R. & Reynolds C. After the demise of the discrepancy: proposed learning disabilities diagnostic criteria. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 37, 99-106, 2004.
- Echeburúa O., E. Trastornos de ansiedad en la infancia. Ediciones Pirámide S.A., Madrid, 1996.
- Eysenck, H.S. & Eysenck, M.W. Personalidad y diferencias individuales. Pirámide, Madrid, 1987.
- Farnham-Diggory, S. Dificultades de aprendizaje. Morata, Madrid, 1980.
- Fejerman, N. Dislexia, disfunción cerebral mínima y trastorno de la atención con hiperactividad (ADHD). En: N. Fejerman, H. Arroyo, M. Massaro & L. Ruggieri: *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Paidós, 1994.
- Feldman, R. Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana. 3ªed., McGraw-Hill, México, 1998.
- Gallardo Ruiz, J.R. & Gallego Ortega, J.L. Manual de logopedia escolar: un enfoque práctico. Ediciones Aljibe. Málaga, España, 1995.
- García, J. N. Manual de dificultades del aprendizaje: Lenguaje, lectoescritura y matemáticas. Narcea, Madrid, 1995.
- Gardner, H. La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI. Paidós 2001.
- Gardner, H. Las cinco mentes del futuro: Ensayo Educativo. Ediciones Paidós Ibérica. S.A. Barcelona, 2005.
- Gilligan, C. In a different voice: women's conception of self and morality. *Harvard Educational Review*, 47, 481-517, 1977.
- Gilligan, C. Women's place in man's life cycle. *Harvard Educ. Review*, 59, 431-436, 1979.
- Gilligan, C. In a different voice: psychological theory and women's development. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1982.
- Giné, C. La evaluación psicopedagógica: un modelo interactivo y centrado en el currículum. Primer Congreso Iberoamericano de Educación Especial. Viña del Mar, agosto 1996. Mineduc Chile, Doc. 31550.
- Gobierno de Chile. Ministerio de Planificación y Cooperación Ley de integración social de las personas con discapacidad. Ley 19.284. 1994.
- González C., J. El síndrome afásico. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1969.
- Gorostegui, M. E. Dificultades emocionales del escolar. Apuntes de clase. Programa de Magister en Educación Especial, PUC, 1997. (No publicado).

- Grau, A. Déficit de atención: la realidad del cuento mítico. En Meneghello & Grau (eds.): *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Ed. Médica Panamericana, B. Aires, 2000.
- Gross, R.D. *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. Edit. Manual Moderno, México, 1998.
- Guajardo, E. La integración y la inclusión de alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Central de Chile, 15-23, Vol.3, N° 1, 2009.
- Hall, C.S. *Compendio de psicología freudiana*. Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda, Buenos Aires, 1992.
- Hammarberg, T. La escuela y los derechos del niño. La significación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en el campo de las nuevas políticas educativas. Unicef, Centro Internacional para el Desarrollo del Niño, Florencia, Italia, 1997.
- Heider, F. *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons, New York, 1958.
- Henson, K.T. & Eller, B.F. *Psicología educativa para la enseñanza eficaz*. International Thomson Editores, México, 2000.
- Hilgard, E.R.; Atkinson, R. & Atkinson, R.L. *Introduction to psychology*. 5th ed. Open University Set Book. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971.
- Ingram, T.T.S. *Perturbaciones del habla en la infancia*. En: E.H. Lenneberg & E. Lenneberg: *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*. Alianza, Madrid, 1982.
- Johnson, D. & Myklebust, H. *Learning disabilities: educational principles and practices*. Grune & Stratton, New York, 1967.
- Jorquera, A. *Terapéuticas cognitivo-conductuales*. En J. Vallejo-Ruiloba: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 6ª. Ed. Masson, Barcelona. 2006.
- Kavanagh, J.F. & Truss, T.J. *Learning disabilities: Proceedings on the national conference*. Pennsylvania. Maple Press, York, 1988.
- Kirby, E. & Grimley, L. *Trastorno por déficit de atención: estudio y tratamiento*. Limusa, México, 1992.
- Kirk, S.; Karnes, M. & Kirk, W. *Educación familiar del subnormal*. Fontanella, Barcelona, 1969.
- Kohlberg, L. *Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization*. En D.A. Goslin (ed.): *Handbook of socialization, theory and research*. Rand McNally, Chicago, 1971.
- Kohlberg, L. *The child as a moral philosopher*. En G. Davis & T. Warren (eds): *Psychology of education: new looks*. D.C. Heath & Co. Lexington, USA, 1974.

- Kohlberg, L. The cognitive-developmental approach to moral education. *Phi Delta Kappa*, June, 670-7, 1975.
- Leahey, T.H. & Harris, R.J. Aprendizaje y cognición. 4ª ed. Prentice Hall, Madrid, 1998.
- Lenneberg, E.H. Fundamentos biológicos del lenguaje. Alianza Universidad, Madrid, 1975.
- Lenneberg, E.H. & Lenneberg, E. Fundamentos del desarrollo del lenguaje. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1982.
- Lerner, J. Learning disabilities. Theories, diagnosis & teaching strategies. 6th ed. Houghton Mifflin Co., 1993.
- Lersch, P. La estructura de la personalidad. Scientia, Barcelona, 1966.
- Lewis S. & Bates K. How to implement differentiated instruction? *Journal of Staff Development*, 26 (4), 26-31, 2005.
- Lou, M.A. & López, N. Bases psicopedagógicas de la educación especial. Pirámide. Madrid, 1999.
- Lazarus, R. Personality. 2nd ed. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.
- Malatesha, R. & Aaron, P. Reading disorders. Academic Press. 1982.
- Martos, J. & Martínez, C. Autismo: una revisión desde la investigación actual. *Psykhe*. Vol.10, Nº2, 3-10, 2001.
- Maslow, A. Motivation and personality. Harper & Row, N. York, 1978.
- Maslow, A. Towards a psychology of being. Van Nostrand-Reinhold, New York, 1968.
- Mather N. & Gregg N. Specific learning disabilities: clarifying, not eliminating, a construct. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 35, 364-372, 2006.
- Meneghello, J. *Pediatría*. Tomo II Inter-Médica, 2ª ed. Buenos Aires, 1978.
- Meneghello, J.; Fanta, E.; París, M. & Puga, F. *Pediatría*. 5ª ed. Parte XXV Salud mental, problemas psicosociales y psiquiátricos. Médica-Panamericana, B. Aires, 1998.
- Meneghello, J. & Grau, A. (eds.) *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.
- Millon, Th. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Masson, S.A., 1998.
- MINEDUC. Reglamento del capítulo II, título IV de la ley 19.284 que establece normas para la integración social de las personas con discapacidad. *Diario Oficial*, 23 de junio de 1998.
- Molina, F. & Muñoz, A. Los niños crecen con afecto. Un manual de actividades para desarrollar la afectividad. Credencia, Santiago, 1989.
- Montenegro, H. & Guajardo H. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. 2ª edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago. 2000.

- Morgan C. Introducción a la psicología. McGraw-Hill, México, 1977.
- Naciones Unidas Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. 1994. (Edición PNUD-Fonadis, Santiago de Chile, 1997).
- Naciones Unidas Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 13 de diciembre de 2006.
- Ollendick, T. H. & Hersen, M. Psicopatología infantil. Martínez Roca, Serie Universidad, Barcelona, 1988.
- Osman, B. Problemas de aprendizaje: un asunto familiar. Trillas, México, 1994.
- OMS CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, 1993. Meditor, Madrid.
- Papalia, D. & Olds, S. Psicología. McGraw-Hill, Santiago de Chile, 1987.
- Papalia, D. & Olds, S. Desarrollo humano. 6ª ed. McGraw-Hill, Santafé de Bogotá, 1997.
- Papalia, D.; Olds, S. & Feldman, R. Psicología del desarrollo. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana, Santafé de Bogotá, 2001.
- Paula P., I. Educación especial: técnicas de intervención. McGraw-Hill, Madrid, 2003.
- Pavez, M.M. Semiología lingüística de los trastornos específicos del lenguaje en el niño: la clasificación de Ingram. Rev. Chilena de Fonoaudiología. nº4, 45-63, 2001.
- Pavez, M.M.; Coloma, C.J.; Maggiolo, M.; Martínez, J. y Romero, L. Procedimientos para evaluar el discurso PREDI. Ediciones U. Católica de Chile, Santiago, 2001.
- Pavez, M.M.; Maggiolo, M. & Coloma, C.J. Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R. Ediciones U. Católica de Chile, Santiago, 2008.
- Peña, M. & Villarroel, R. Antecedentes de base para un diagnóstico de la educación diferencial. Documento de trabajo. CPEIP, Mineduc, 1990.
- Perelló, J.; Ponces, J. & Tressera, L. Trastornos del habla. Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1970.
- Perelló, J.; Guixá, J.;
- Leal, M. & Vendrell, J. Perturbaciones del lenguaje. Científico-Médica. Barcelona, 1978.
- Perelló, J. Trastornos del habla. Masson. Barcelona, 1990.
- Piaget, J. El criterio moral en el niño. Fontanella, Barcelona, 1974. Original en francés, 1932.
- Plomin, R. & Mc Cleary, G. (eds.): Nature, nurture and psychology. A.P.A., Washington, D.C., 1993.

- Plomin, R. Environment and genes: determinants of behavior. *American Psychologist*, 44, 105-111, 1989.
- Remplein, H. Tratado de psicología evolutiva: el niño, el joven y el adolescente. Editorial Labor, Barcelona, 1966, 1977.
- República de Chile Ley N° 19.284: Normas para la plena integración social de personas con discapacidad. Capítulo II del título IV: Del acceso a la educación. 1994.
- Rivière, A. & Marcos, J. (Comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997
- Rondal, J.A. El desarrollo del lenguaje. Edit. Médica y Técnica, 1982.
- Rosas, R.; Boetto, C. & Jordán, V. Introducción a la psicología de la inteligencia. Ediciones Univ. Católica de Chile, Textos Universitarios, PUC, 1999.
- Rosenthal, J.; Boder, E. & Callaway, E. Typology of developmental dyslexia: evidence for its construct validity. En R. N. Malatesha & P. G. Aaron: Reading disorders. Academic Press. 1982.
- Ross, A. Psychological disorders of children. Mc Graw-Hill, New York, 1980.
- Ross Epp, J. & Watkinson, A.M. (eds.) La violencia en el sistema educativo. Del daño que las escuelas causan a los niños. Edit. La Muralla, Madrid, 1999.
- Rye, H. & Donath Skjorten, M. Guía para la educación de los niños afectados de parálisis cerebral grave. Cuadernos de Educación Especial N° 7. Unesco, 1990.
- Sahakian, W. S. Aprendizaje: sistemas, modelos y teorías. Anaya, Madrid, 1980.
- Salvia, J. & Ysseldyke, J. E. Evaluación en la educación especial. 2ª ed. Manual Moderno, México, 1997.
- Santrock, J.W. Psicología del desarrollo en la adolescencia. 9ª ed. McGraw-Hill. Madrid, 2004.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. 7ª. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A, 1996.
- Shaywitz, S. E. & Shaywitz, B. A. Attention deficit disorder: current perspectives. En Kavanagh, J. & Truss, T.: Learning disabilities: Proceedings on the national conference. Pennsylvania. Maple Press, York, 1988.
- Shaywitz S. Overcoming dyslexia: a new and complete science-based program for reading problems at any level. Knopf, New York, 2003.
- Shaw, R.A. ¿Es todavía útil el concepto de dislexia? Presentación en la PUC, Facultad de Educación, Santiago, 1999.

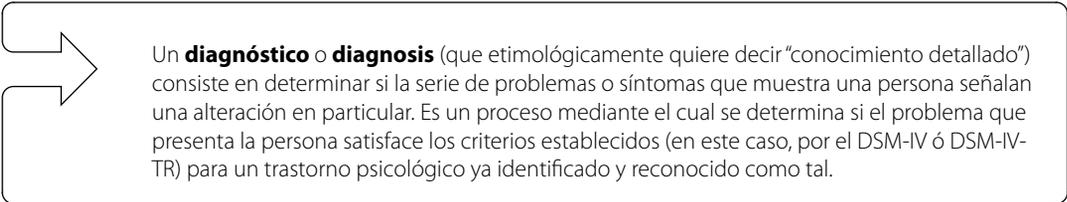
- Shea, T. M. & Bauer, A.M. Educación especial: un enfoque ecológico. 2ªed., McGraw-Hill, México, 2000.
- Smutny J. | Differentiated instruction. Phi Delta Kappa Fastbacks 506, 7-47, 2003.
- Sola, T. & López, N. La educación especial y los sujetos con necesidades educativas especiales. En M.A. Lou y N. López: Bases psicopedagógicas de la educación especial. Pirámide. Madrid, 1999.
- Sprinthall, N. A; Sprinthall, R. & Oja, S. Psicología de la educación: una aproximación desde el desarrollo. 6ª ed. Mc Graw-Hill, 1996.
- Stanovich, K. Explaining the variance in reading ability in terms of psychological processes: what have we learned?. *Annals of Dyslexia*, 35, 67-96, 1985.
- Tagle, S. La resiliencia: ¿es la base de la prevención en salud mental? En J. Meneghello y A. Grau: *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*".Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.
- Valett, R. E. Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela. Cincel-Kapelusz, 1981.
- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª. Ed. Masson, Barcelona. 2006.
- Van Garderen D. & Whittaker C. Planning differentiated, multicultural instruction for secondary inclusive classrooms. *Teaching Exceptional Children*, 38 (3), 12-20, 2006.
- Van Steenlandt, D. La integración de niños discapacitados a la educación común. UNESCO-Orealc, Santiago. 1991.
- Vega, M. Clasificación de trastornos psicológicos infantiles. Un aporte de material bibliográfico para los cursos de trastornos de personalidad y aprendizaje. Memoria. Educación Parvularia PUC. 1977.
- Whalen, C. K. Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastorno por déficit de atención. En T.H. Ollendick & M. Hersen: *Psicopatología infantil*. Martínez Roca; Serie Universidad, Barcelona, 1988.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. Psicopatología del niño y del adolescente. 3ª ed. Prentice-Hall, Madrid, 1997.
- Whittaker, J. & Whittaker, S. Psicología. 4ªed. Interamericana, México, 1985.
- Volmer, M. C. Bases de psiconeuroinmuno-endocrinología. Editorial Salerno, 2000.
- Woolfolk, A. Psicología educativa. Pearson Educación. 9a. ed. México, 2006.
- Wright, D. The psychology of moral behaviour. Penguin Books, Middlesex, England, 1971.

CLASIFICACIONES DE LAS ALTERACIONES

En este **Apéndice** entregamos al lector las clasificaciones de las alteraciones más utilizadas por los especialistas en el país. Nos limitamos simplemente al listado de los diferentes cuadros, sin sus descripciones, lo que permitirá, al menos, ubicarse en el modo en que están organizados e informarse de las categorías y sub-categorías contempladas. El listado se reduce a las etapas tempranas del desarrollo hasta la adolescencia. Las patologías del adulto el lector las puede encontrar en sus fuentes originales. Educadores y psicopedagogos estarán de este modo en mejor pie para sus actividades colaborativas con psiquiatras, psicólogos clínicos y otros especialistas de la salud.

DSM - IV. Enfoque multiaxial

El **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, conocido abreviadamente como el **DSM**, cuya versión **IV** está vigente desde 1994, fue creado y sigue siendo actualizado por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense⁴⁷², constituyendo una nosología de amplio uso entre los profesionales de la salud mental.⁴⁷³ El 2000 aparece una revisión, **DSM -IV-TR**, que no incluye modificaciones en las etapas del desarrollo que nos interesan.



Un **diagnóstico** o **diagnosis** (que etimológicamente quiere decir “conocimiento detallado”) consiste en determinar si la serie de problemas o síntomas que muestra una persona señalan una alteración en particular. Es un proceso mediante el cual se determina si el problema que presenta la persona satisface los criterios establecidos (en este caso, por el DSM-IV ó DSM-IV-TR) para un trastorno psicológico ya identificado y reconocido como tal.

La primera versión del DSM (**DSM I**) apareció hace más de medio siglo, en 1952. La tercera (**DSM III**), en 1980, marcó un hito en la historia de la nosología, ya que se apartó radicalmente de las versiones anteriores y de los criterios de clasificación en boga. La tabla que sigue (**fig. A1.1**), basada en Sarason y Sarason (1996), sintetiza la información histórica acerca del DSM. En el DSM III se destacan 3 modificaciones, según Barlow y Durand (2001), vigentes hasta hoy:

472 Conocida como APA: American Psychiatric Association.

473 El término clasificación es muy amplio, apuntan Barlow y Durand (2001) y se refiere sencillamente a cualquier esfuerzo por construir grupos o categorías y asignarles objetos o personas sobre la base de atributos o relaciones compartidos, siguiendo una estrategia nomotética.

Si la clasificación se da en un contexto científico, se la suele llamar taxonomía, la que puede darse con entidades tan variadas como seres vivos, insectos, piedras, datos lingüísticos, conductas... Las taxonomías se organizan de manera jerárquica: por ejemplo, un episodio maniaco es una subdivisión del trastorno bipolar el que, a su vez, es uno de los trastornos de la familia de los trastornos del estado de ánimo.

Cuando se aplica un sistema taxonómico a fenómenos psicológicos, médicos o áreas clínicas, se suele utilizar en término nosología, que consiste en una clasificación sistemática de las enfermedades. Finalmente, una nomenclatura consiste en los nombres o categorías de los trastornos que conforman la nosología (ej., trastornos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo, dentro del DSM, que es una nosología).

- Se trató de hacer un planteamiento **ateórico**, basándose en **descripciones precisas** de los trastornos tal como los observaban los clínicos, más que fundándose en teorías orientadas a la etiología, como el psicoanálisis o el enfoque biológico. Se convirtió así en una herramienta para clínicos con diferentes puntos de vista.⁴⁷⁴
- La especificidad y forma pormenorizada en que se listaron los criterios para identificar cada trastorno, hicieron realmente posible estudiar su **confiabilidad y validez**.⁴⁷⁵ Para darse cuenta de esto, basta revisar en las versiones más recientes del DSM la descripción de cualquier trastorno. (En este manual, hay varios ejemplos). Ello apuntó a solucionar la vaguedad y arbitrariedad que caracterizaron los sistemas de clasificación anteriores en el campo de la salud mental.
- Se introdujo un diagnóstico **multidimensional**, haciendo que las personas con trastornos psicológicos fueran calificadas en 5 dimensiones o **ejes** diferentes (de ahí el término multi-axial). Para Davison (2000) esta es la innovación más importante, ya que, al requerir que se formulen juicios en cada uno de los cinco ejes, obliga al especialista a tomar en cuenta una amplia variedad de datos y antecedentes. Los ejes a considerar son:

- Eje 1. Abarca la clasificación primaria o todas las categorías de trastornos que se describen en el DSM, excepto los trastornos de la personalidad y el retardo mental. Aquí el clínico identifica el cuadro que presenta el sujeto. Ej., “trastorno del lenguaje expresivo”, “esquizofrenia”...
- Eje 2. Incluye los trastornos de personalidad y el retardo mental⁴⁷⁶, cuya presencia o ausencia el clínico debe siempre verificar.
- Eje 3. Trastornos físicos o estado médico general, ya que puede ser pertinente para el caso. Es posible que la persona con perturbaciones psicológicas no tenga problemas médicos aparentes.
- Eje 4. Cantidad de tensión psicosocial actual o en el pasado inmediato que puede haber contribuido al problema (divorcio, muerte de un ser querido, cesantía...). En el caso de estrés, se indica si es agudo o crónico.

Versión	Año	Enfoque de clasificación
DSM I	1952	Ambas clasificaciones ponían énfasis en los procesos inconscientes de la persona (mecanismos de defensa, ansiedad, traumas de la niñez...) y reflejaban una perspectiva psicodinámica.
DSM II	1968	
DSM III	1980	En lugar de un enfoque teórico determinado, esta versión pone énfasis en la descripción de las conductas. Se comienza a utilizar un planteamiento multiaxial en el diagnóstico.
DSM III R	1987	Continúa con el planteamiento multiaxial, modificado para aumentar la confiabilidad del diagnóstico y para proporcionar criterios estandarizados de diagnóstico clínico.
DSM IV	1994	Versión mejorada con una serie de ventajas para la facilidad del manejo por parte del usuario y con mayor compatibilidad con la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) de la OMS.
DSM IV TR	2000	

(fig. A1.1. Versiones del DSM a lo largo de la historia. Como puede observarse, las revisiones se van haciendo cada vez más seguido.

474 Por ejemplo, en vez de clasificar las fobias dentro de la amplia categoría de las neurosis (entendida como conflictos y mecanismos de defensa intrapsíquicos), se le asignó su propia categoría en un nuevo grupo, más vasto, el de los “trastornos de ansiedad”.

475 • La confiabilidad es el grado de consistencia de una medición con el paso del tiempo o entre evaluadores distintos.

• La validez es el grado en que una técnica mide realmente lo que pretende medir.

476 Los ejes I y II incluyen todas las categorías de la conducta anormal. Fueron separados para asegurar que se tenga en cuenta la posible presencia de perturbaciones a largo plazo (eje II) al dirigir la atención al problema actual (eje I). Al incluir los trastornos de personalidad y el retardo mental en el eje II, lo que se pretende es que el clínico siempre tenga presente su posible presencia o ausencia al hacer cualquier diagnóstico.

Eje 5. Evaluación global del funcionamiento psicológico, de las relaciones sociales, laborales, etc., o su deterioro, según escala de **0 a 100** puntos.⁴⁷⁷ Aquí el clínico asigna un puntaje global a la persona: ej. 42.

Las 17 grandes categorías de alteraciones que trae el DSM IV y DSM IV TR (incluidas en los ejes I y II)⁴⁷⁸ son las siguientes:

01. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
02. Trastornos del deterioro cognoscitivo: delirium, demencia, etc.
03. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.
04. Trastornos relacionados con sustancias.
05. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
06. Trastornos del estado de ánimo.
07. Trastornos de ansiedad.
08. Trastornos somatomorfos
09. Trastornos facticios (o ficticios).
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
12. Trastornos de la conducta alimentaria.
13. Trastornos del sueño.
14. Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

De estas 17 categorías, detallamos a continuación **sólo la primera**, es decir, los **trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia**, más directamente relacionados con contenidos de este manual. Es la que incluye las alteraciones que con mayor probabilidad se observan en el ámbito escolar. Los 18 años marcan el límite entre la adolescencia y la adultez en el DSM. (Para Papalia y Olds, los 20 años). Si bien, como se afirma en el DSM IV, “no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos... hay una serie de trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez y la

477 De la escala de valoración global del funcionamiento (sigla en inglés: GAF scale) ponemos los siguientes puntajes o hitos como referencia, para que el lector se forme una idea:

- 100: Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades; nunca parece superado por los problemas de la vida; es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
- 70: Alguno síntomas leves (por ejemplo, humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (hacer ocasionalmente la cimarra), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60: Síntomas moderados (por ejemplo, afecto aplanado, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50: Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 30: La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en todas las áreas (p.ej., permanece en la cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos).
- 10: Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p.ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

478 El DSM I incluía sólo ocho categorías: 1. Trastornos cerebrales agudos. 2. Trastornos cerebrales crónicos. 3. Deficiencia mental. 4. Trastornos psicóticos. 5. Trastornos psicofisiológicos. 6. Trastornos neuróticos. 7. Trastornos de la personalidad. 8. Trastornos agudos (transitorios).

adolescencia”, a los que se dedica un apartado especial. Sin embargo, se aclara: “Al evaluar a un niño o a un adolescente el clínico deber tener en cuenta los diagnósticos incluidos en ese apartado, pero también los que se describen en otras secciones del manual”. Ponemos en primer lugar los trastornos aludidos según la clasificación de 1994 (**DSM IV**) y 2000 (DSM IV TR). Posteriormente, a fin de que el lector pueda verificar algunas diferencias, de las que se hizo mención en el texto, incluimos la de 1987 (**DSM III R**), utilizada aún en Chile por algunos clínicos.

DSM IV y DSM IV TR:

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

- **RETRASO MENTAL:**
 - Retraso mental leve.
 - Retraso mental moderado.
 - Retraso mental grave.
 - Retraso mental profundo
 - Retraso mental de gravedad no especificada.
- **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**
 - Trastorno de la lectura.
 - Trastorno del cálculo.
 - Trastorno de la expresión escrita.
 - Trastorno del aprendizaje no especificado.
- **TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS**
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- **TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN**
 - Trastorno del lenguaje expresivo.
 - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.
 - Trastorno fonológico.
 - Tartamudeo.
 - Trastorno de la comunicación no especificado.
- **TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO**
 - Trastorno autista.
 - Trastorno de Rett.
 - Trastorno desintegrativo infantil.
 - Trastorno de Asperger.
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- **TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR**
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD).
 - Tipo combinado.
 - Tipo con predominio del déficit de atención.
 - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

- Trastorno disocial.
 - De inicio infantil.
 - De inicio adolescente.
 - Inicio no especificado.
- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- TRASTORNO DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ
 - Pica.
 - Trastorno de rumiación.
 - Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
- TRASTORNOS DE TICS
 - Trastorno de la Tourette.
 - Trastorno de tics motores o vocales crónicos.
 - Trastorno de tics transitorios.
 - Episodio único.
 - Recidivante.
 - Trastorno de tics no especificado.
- TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN
 - Encopresis
 - Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.
 - Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.
 - Enuresis.
 - Sólo nocturna.
 - Solo diurna.
 - Nocturna y diurna.
- OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA
 - Trastorno de ansiedad de separación.
 - Mutismo selectivo.
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.
 - Tipo inhibido.
 - Tipo desinhibido.
 - Trastorno de movimientos estereotipados.
 - Con comportamientos auto lesivos.
 - Sin comportamientos auto lesivos.
 - Trastorno de la infancia, niñez o la adolescencia no especificado.

DSM III-R:

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

- TRASTORNOS DEL DESARROLLO
- RETRASO MENTAL

- Retraso mental leve.
- Retraso mental moderado.
- Retraso mental grave.
- Retraso mental profundo.
- Retraso mental no especificado.
- TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
 - Trastorno autista.
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO
 - Trastornos de las habilidades académicas.
 - Trastorno del desarrollo en el cálculo aritmético.
 - Trastorno del desarrollo en la escritura.
 - Trastorno del desarrollo en la lectura.
 - Trastornos del lenguaje y del habla.
 - Trastorno del desarrollo en la articulación.
 - Trastorno del desarrollo en el lenguaje, de tipo expresivo.
 - Trastorno del desarrollo en el lenguaje, de tipo receptivo.
 - Trastornos de las habilidades motoras.
 - Trastorno del desarrollo en la coordinación.
 - Trastornos específicos del desarrollo no especificados.
- OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO
 - Trastornos del desarrollo no especificados.
- TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 - Trastorno de conducta.
 - Tipo grupal.
 - Tipo solitario agresivo.
 - Tipo indiferenciado.
 - Negativismo desafiante.
- TRASTORNOS POR ANSIEDAD DE LA INFANCIA O ADOLESCENCIA
 - Trastorno por angustia de separación.
 - Trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.
 - Trastorno por ansiedad excesiva.
- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
 - Anorexia nerviosa.
 - Bulimia nerviosa.
 - Pica.
 - Trastorno por rumiación en la infancia.
 - Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
- TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL
 - Trastorno de la identidad sexual en la niñez.
 - En niños.
 - En niñas.

- Transexualismo.
- Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia.
- TRASTORNOS POR TICS
 - Trastorno de la Tourette.
 - Trastorno por tics motores o verbales crónicos.
 - Trastorno por tics transitorios de episodio único o recurrente.
 - Trastorno por tic no especificado.
- TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN
 - Encopresis funcional (de tipo primario o secundario).
 - Enuresis funcional (de tipo primario o secundario; sólo nocturna - sólo diurna- nocturna y diurna).
- TRASTORNOS DEL HABLA NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR
 - Tartamudeo.
 - Lenguaje confuso.
- OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESC.
 - Mutismo electivo.
 - Trastorno de identidad.
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.
 - Trastorno por estereotipias / hábitos motores.
 - Trastorno por déficit de atención indiferenciado.

CIE 10

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (**CIE**, en inglés ICD) pertenece a la **OMS** Organización Mundial de la Salud. La versión **10** (CIE 10) está vigente desde 1993 y en ella, en lo que concierne a salud mental, hubo una importante mutua colaboración entre sus gestores y los del DSM IV. En Europa está ampliamente difundida y en Chile es preferida por algunos clínicos. En este momento hay una gran compatibilidad entre ambas clasificaciones. De hecho, el DSM IV siempre anota en cada cuadro el código correspondiente de la CIE 10. Por cierto, la CIE incluye la clasificación de todas las enfermedades, por lo que comprende varios tomos. El capítulo **V** es el que se ocupa de los “**trastornos mentales y del comportamiento**” y es el equivalente al DSM.

Las grandes categorías que trae este capítulo son las siguientes:

01. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
02. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
03. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
04. Trastornos del humor (afectivos).
05. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- 06. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- 07. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- 08. Trastornos del desarrollo psicológico.
- 09. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

A continuación detallamos los puntos **08** y **09** de la lista anterior, que son los de mayor interés para los temas de este manual.

CIE 10

TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE
 - Trastorno específico de la pronunciación.
 - Trastorno de la expresión del lenguaje.
 - Trastorno de la comprensión del lenguaje.
 - Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
 - Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
 - Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR
 - Trastorno específico de la lectura.
 - Trastorno específico de la ortografía.
 - Trastorno específico del cálculo.
 - Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
 - Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
 - Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO MIXTO
- TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL desarrollo
 - Autismo infantil.
 - Autismo atípico.
 - Atipicidad en la edad de comienzo.
 - Atipicidad sintomática.
 - Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática.
 - Síndrome de Rett.
 - Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
 - Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados.
 - Síndrome de Asperger.
 - Otros trastornos generalizados del desarrollo.
 - Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO
 - Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

CIE 10**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

- TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS
 - Trastorno de la actividad y de la atención.
 - Trastorno hipercinético disocial.
 - Otros trastornos hipercinéticos.
 - Trastorno hipercinético sin especificación.
- TRASTORNOS DISOCIALES
 - Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
 - Trastorno disocial en niños no socializados.
 - Trastorno disocial en niños socializados.
 - Trastorno disocial desafiante y opositor.
 - Otros trastornos disociales.
 - Trastorno disocial sin especificación.
- TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS
 - Trastorno disocial depresivo.
 - Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
 - Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.
- TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA
 - Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.
 - Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia.
 - Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
 - Trastorno de rivalidad entre hermanos.
 - Otros trastornos de las emociones en la infancia.
 - Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia.
 - Trastornos de las emociones en la infancia sin especificación.
- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
 - Mutismo selectivo.
 - Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
 - Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
 - Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
 - Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.
- TRASTORNOS DE TICS
 - Trastorno de tics transitorios.
 - Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
 - Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
 - Otros trastornos de tics.
 - Trastorno de tics sin especificación.

- OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
 - Enuresis no orgánica.
 - Enuresis sólo nocturna.
 - Enuresis sólo diurna.
 - Enuresis nocturna y diurna.
 - Encopresis no orgánica.
 - Fracaso de la adquisición del control esfinteriano.
 - Con deposiciones en lugares inadecuados, a pesar de un control esfinteriano normal.
 - Con deposiciones líquidas por rebosamiento secundario a retención.
 - Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
 - Pica en la infancia.
 - Trastorno de estereotipias motrices.
 - Sin autolesiones.
 - Con autolesiones.
 - Mixto.
 - Tartamudeo (espasmofemia).
 - Farfullero.
 - Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
 - Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.
- TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO EN OTRO LUGAR

A causa de las referencias que hemos hecho en páginas anteriores y ya que algunos clínicos en el país aún la consideran válida en algunos aspectos, incluimos la clasificación propuesta por el **Committee on Child Psychiatry** del Grupo de Avance de la Psiquiatría en EEUU.⁴⁷⁹ Aparece descrita en el influyente libro de Clarizio y McCoy, citado varias veces en este manual. Basada fuertemente en el psicoanálisis y otros enfoques teóricos, incluye diez grandes categorías clínicas. En el país se divulgó ampliamente, en parte por influencia del prestigioso “Manual de Pediatría” de Meneghelo.⁴⁸⁰ Algo novedoso en el contexto de

479 Committee on Child Psychiatry: “Psychopathological disorders in childhood: theoretical considerations and a proposed classification”. New York: Group for the Advancement of Psychiatry, 1966.

480 Julio Meneghelo Rivera, destacado pediatra y docente chileno, reconocido como “el padre de la pediatría moderna en el país” (Diario El Mercurio, 8 de julio, 2000. Crónica de Cristián González). En 1996 recibió el Premio Nacional de Ciencias Aplicadas y Tecnológicas. En la ocasión el Ministro de Educación reconoció que “la desaparición de la desnutrición y la decisiva caída de la mortalidad infantil en el país se deben en gran medida a su trabajo”.

Nació en Los Andes. Se recibió de médico en la Universidad de Chile 1937 y ha publicado más de 260 trabajos. La primera edición de su “Pediatría” apareció en 1972. En el ámbito académico, profesor emérito de la U. de Chile, profesor adjunto de la Georgetown University y profesor titular de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

En 1995 la Academia Americana de Pediatría le entregó la distinción “Pediatric Education Lifetime Achievement Award” -considerado el Nobel americano, se afirma en la crónica- y por primera vez otorgado a un profesional no estadounidense. Bordeando los 90 años, apareció bajo su dirección la obra editada por su discípulo A. Grau: “Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia” (Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2000).

El Dr. Julio Meneghelo falleció el 15 de agosto de 2009. En la nota que publicó el diario El Mercurio al día siguiente de su muerte, se dice que en los años 50 fue el primero en el mundo en poner en práctica el uso sistematizado de sueros por la vía oral para tratar las severas deshidrataciones que afectaban a los niños con diarreas agudas, trabajo que fue reconocido por la revista especializada The Lancet, en 1978, como uno de los avances médicos más importantes del siglo para los países en desarrollo. La Sociedad Chilena de Pediatría lo distinguió como maestro de esta disciplina.

las clasificaciones, es que incluye en primer lugar las respuestas “normales y sanas” que pudieran tener apariencia patológica, lo que “se estableció para vencer la tendencia de los clínicos a sobreestimar la gravedad de problemas relativamente pequeños” (Clarizio & McCoy, 1981). De hecho, muchos padres se preocupan por los síntomas de sus hijos, como crisis del desarrollo de duración limitada, o crisis situacionales que se explican atendidas las circunstancias, y que no constituyen realmente “trastornos”. Ciertas manifestaciones conductuales pueden ser consideradas como normales en determinadas etapas, aunque no en otras.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS INFANTILES DEL “COMMITTEE ON CHILD PSYCHIATRY” DEL GRUPO POR EL AVANCE DE LA PSIQUIATRIA (USA)

1. RESPUESTAS NORMALES
 - Crisis del desarrollo.
 - Crisis situacionales.
 - Otras respuestas.
2. TRASTORNOS REACTIVOS
3. TRASTORNOS DEL DESARROLLO
 - Desviaciones de los patrones de maduración.
 - Desviaciones de aspectos específicos del desarrollo.
 - Motor.
 - Sensorial.
 - Del lenguaje.
 - De las funciones cognitivas.
 - Del desarrollo social.
 - Del desarrollo psicosexual.
 - Afectivo.
 - Integrativo.
 - Otras desviaciones del desarrollo.
4. TRASTORNOS PSICONEURÓTICOS
 - Angustiosos.
 - Fóbicos.
 - De conversión.
 - Disociativos.
 - Obsesivo-compulsivos.
 - Depresivos.
 - Otros trastornos psiconeuróticos.
5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
 - Compulsiva.
 - Histérica.
 - Ansiosa.
 - Excesivamente dependiente.

- Excesivamente independiente.
- Aislacionista.
- Desconfiada.
- Con tendencia a la descarga tensional.
 - Personalidad impulsiva.
 - Personalidad neurótica
- De tipo sociosintónico.
- Caracterizado por desviaciones sexuales.
- Otros trastornos de personalidad.

6. TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Psicosis de la infancia y la edad pre-escolar:
 - Autismo infantil temprano.
 - Psicosis de interacción o simbiótica.
 - Otras psicosis.
- Psicosis de la edad escolar:
 - Trastornos psicóticos esquizofreniformes.
 - Otras psicosis.
- Psicosis de la adolescencia
 - Estado confusional agudo.
 - Trastornos esquizofrénicos de tipo adulto.
 - Otras psicosis.

7. TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

- Piel.
- Cardiovasculares.
- Sanguíneo y linfático.
- Genitourinarios.
- Sistema nervioso central.
- Músculo esqueléticos.
- Respiratorios.
- Gastrointestinales.
- Endocrinos.
- Órganos de los sentidos.

8. TRASTORNOS ORGÁNICOS CEREBRALES

- Agudos.
- Crónicos.

9. RETRASO MENTAL

- Biológico.
- Ambiental.
- Mixto.
- Grados en que puede manifestarse: Ligero - Moderado - Grave

10. OTROS TRASTORNOS

Nota:

El autor de estas páginas participó en un proyecto conjunto Escuela de Educación Diferencial Universidad Central de Chile - MINEDUC, destinado a la detección y evaluación de NEE “transitorias”.

Como parte del proyecto, se elaboraron algunas **pautas** y **protocolos**, para facilitar la labor de los educadores y especialistas, cuya versión original transcribimos a continuación, con autorización de la Coordinadora Nacional de Educación Especial MINEDUC, Prof. Paulina Godoy Lenz.

Ciertamente, la versión definitiva, a cargo de los especialistas del MINEDUC, recibirá numerosas modificaciones y mejoras. No obstante, consideramos que estas pautas y protocolos provisorios pueden ser de utilidad para el aula y la escuela.

PROTOCOLO PARA LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**PARTE [A]**

[Documento confidencial para uso exclusivo del EQUIPO de Educación Especial]

Alumno-a :	Edad: Fecha de nacimiento:.....	
Curso, nivel:	Repite el curso actual: Sí No	Antes repitióaño (s)
Establecimiento:		
Profesor-a, educador-a:		
Coordinador-a NEE:		
Profesional/es de apoyo:		
Fecha:	MARQUE CON X CUANDO CORRESPONDA: ▼	

1. El alumno-a presenta una **dificultad sustancialmente mayor** para **aprender** y/o de **adaptación** al medio escolar y social que la mayoría de los alumnos de su edad o curso.

2. El alumno-a presenta una **discapacidad** que le impide o dificulta el uso de los medios educativos del tipo que usualmente se proporcionan a los alumnos de la misma edad.

1. Las dificultades de aprendizaje y/o adaptación se manifiestan especialmente en: [PUEDE MARCAR MÁS DE UNA]	
• El desempeño escolar (lectura, escritura, matemática...)*	
• Problemas de atención y concentración.	
• Problemas de conducta y adaptación social.	
• Hiperactividad, impulsividad.	
• Problemas emocionales, afectivos, motivacionales.	
• Deficiencias sensoriales y/o físicas, aunque no discapacitantes.	
• Problemas de lenguaje y comunicación.	
• Desajustes a causa de sobre dotación intelectual.	
2. La discapacidad (que impide o dificulta el uso de los medios educativos...) obedece fundamentalmente a	
• Déficit cognitivo- intelectual.	
• Deficiencia visual.	
• Deficiencia auditiva.	
• Deficiencia física (enfermedad discapacitante; trastorno motor).	
• Graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación.	
• Otros:	

Descripción sumaria de la dificultad para aprender, adaptarse y/o discapacidad :

* En preescolares, habilidades pre-académicas.

Las dificultades de aprendizaje y/o adaptación que presenta el alumno/a	<ul style="list-style-type: none"> • Parecen o pueden asociarse a: (+) • Se asocian ciertamente a: (++)
• Una historia escolar irregular.	
• Instrucción insuficiente o inapropiada.	
• Una historia familiar desfavorable.	
• Desventaja social y/o económica.	
• Factores culturales.	
• Características de personalidad.	
• Experiencias estresantes.	
• Otras circunstancias (especificar).	

<p>El progreso académico (o pre-académico) del alumno-a en sus actividades y exigencias escolares o preescolares está siendo:</p> <p><input type="radio"/> Sobresaliente</p> <p><input type="radio"/> Bueno</p> <p><input type="radio"/> Regular</p> <p><input type="radio"/> Insuficiente</p> <p>La conducta del alumno-a durante sus actividades escolares o preescolares es:</p> <p><input type="radio"/> Sobresaliente</p> <p><input type="radio"/> Buena</p> <p><input type="radio"/> Regular</p> <p><input type="radio"/> Deficiente</p> <p>La disposición del alumno-a para superar sus problemas y deficiencias es:</p> <p><input type="radio"/> Sobresaliente</p> <p><input type="radio"/> Buena</p> <p><input type="radio"/> Regular</p> <p><input type="radio"/> Deficiente</p>	Si corresponde, indicar: SECTORES O SUBSECTORES DE APRENDIZAJE CON MAYORES PROBLEMAS problemas serios: (+) problemas muy serios: (++)					
	PREESCOLAR		EDUCACIÓN BÁSICA		EDUCACIÓN MEDIA	
	Formación personal y social				Filosofía y psicología	
	Comunicación: lenguaje verbal		Lenguaje y comunicación		Lengua castellana y comunicación	
			Lengua extranjera		Idioma extranjero	
	Relaciones lógico-matemáticas		Educación matemática		Matemática	
	Relación con medio social		Comprensión medio social		Historia y ciencias sociales	
	Relación con medio natural		Comprensión medio natural		Ciencias naturales	<input type="checkbox"/> Biología <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Química
	Comunicación: lenguajes artísticos		Educación artística		Educación artística	
			Educación física		Educación física	
			Educación tecnológica.		Educación tecnológica	
	Nota: esta misma tabla puede servir para marcar las áreas en que el alumno-a se destaca: E = Excelente MB = Muy bien B = Bien					

El alumno-a cuenta o ha contado con apoyos adicionales o distintos a la educación habitual del aula:					
En la escuela (jardín, colegio, liceo)	Antes	Ahora	Apoyo externo		Ahora
Grupo diferencial			Psicólogo		
Aula de recursos			Fonoaudiólogo		
Atención de profesionales especialistas			Neurólogo		
Adaptaciones curriculares "significativas"			Psicopedagogo / Educador diferencial		
Otros (especificar):			Otros (especificar):		

Las **dificultades de aprendizaje y/o adaptación** del alumno-a pueden considerarse de carácter:

- Moderado.
- Severo.
- Profundo y múltiple.

EN ATENCIÓN A SUS **DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y/O DE ADAPTACIÓN**, SEGÚN LO ESTIMADO POR EL EQUIPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL:

A	Al alumno-a le son suficientes arreglos y adecuaciones pedagógicas a cargo de su profesor o educador de aula regular (con orientación de los especialistas, si es el caso), con los apoyos habituales de la institución.	
B	El alumno-a requiere la entrega de Educación Especial (aquella que es adicional o distinta a la educación ofrecida a los alumnos de la misma edad o curso).	
En caso de B puede considerarse como alumno-a que presenta, en sentido estricto, NEE .		

En las situaciones **Tipo A**, especificar:

▶ PARA DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y/O ADAPTACIÓN ASOCIADAS A **TEA, TEL, TDAH, DI** U OTRAS CONDICIONES DE NEE, OCUPAR **PARTE [B]**.

NOTA: El **EQUIPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL** estará integrado por el coordinador de NEE, el educador de aula regular, el educador especial y/o psicopedagogo, el (los) padre(s) o apoderado(s), otros especialistas, y el alumno mismo si tiene más de 14 años.

PROTOCOLO PARA LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

PARTE [B]

[Documento confidencial para uso exclusivo del EQUIPO de Educación Especial]

Alumno-a :	Edad: Fecha de nacimiento:.....	
Curso, nivel:	Repite el curso actual: Sí No	Antes repitióaño (s)
Establecimiento:		
Profesor-a, educador-a:		
Coordinador-a NEE:		
Profesional/es de apoyo:		
Fecha:		

LA **PARTE [B]** DEL PROTOCOLO SE UTILIZA SI EL ALUMNO-A PRESENTA **NEE** ASOCIADAS A CONDICIONES DIAGNÓSTICAS TALES COMO **TEA, TEL, TDAH** U OTRAS.

NOTA: La **PARTE [B]** es **complementaria** con la **PARTE [A]**. No lo reemplaza.

TEA	Hay suficientes antecedentes para estimar que el alumno-a presenta una dificultad específica del aprendizaje (specific learning disability) o TEA.	
Esto se basa en que:	Las áreas más comprometidas son	
<input type="checkbox"/> Muestra un patrón de fortalezas y debilidades en ejecución, logro, o ambos, en relación a su edad, a los estándares aprobados para su curso o nivel, a su desarrollo intelectual, que son estimados por el equipo como relevantes para la identificación de una dificultad específica del aprendizaje, utilizando las evaluaciones apropiadas.	<input type="checkbox"/> Expresión oral.	
<input type="checkbox"/> No progresa adecuadamente en relación a su edad o no alcanza los estándares aprobados para su curso o nivel en las áreas que se indican, aunque se le han proporcionado las experiencias de aprendizaje y la instrucción apropiada para su edad o de acuerdo a los estándares para su curso o nivel.	<input type="checkbox"/> Comprensión oral.	
	<input type="checkbox"/> Expresión escrita.	
Las dificultades NO OBEDECEN a (aunque pueden coocurrir con) discapacidad visual, auditiva o motora, retardo mental, trastorno emocional, factores culturales, desventaja ambiental o económica, o limitado dominio del castellano (si se trata de un alumno extranjero). Se presume a la base una disfunción neurológica.	<input type="checkbox"/> Destrezas básicas lectoras.	
	<input type="checkbox"/> Habilidades de fluidez lectora.	
El retraso en las áreas señaladas equivale, a lo menos, a dos años.	<input type="checkbox"/> Comprensión lectora.	
	<input type="checkbox"/> Cálculo matemático.	
	<input type="checkbox"/> Solución de problemas matemáticos.	
	Se aprecian, además, deficiencias en:	
	<input type="checkbox"/> Estilo cognitivo y de aprendizaje.	
	<input type="checkbox"/> Aptitudes metacognitivas.	
	<input type="checkbox"/> Hábitos y estrategias de estudio.	
	<input type="checkbox"/> Conocimientos previos.	
	<input type="checkbox"/> Conciencia meta fonológica.	

TEL	Hay suficientes antecedentes para estimar que el alumno-a presenta un trastorno específico del desarrollo del lenguaje o TEL.	
Esto se basa en que:	Los aspectos comprometidos son:	
<input type="checkbox"/> El alumno-a se encuentra por debajo de sus pares en desempeño lingüístico, pese a una capacidad intelectual normal (medida con pruebas no verbales). No hay déficit auditivo u otra condición discapacitante (trastorno generalizado del desarrollo) que explique el cuadro. No es un trastorno adquirido, e interfiere de manera muy significativa el aprendizaje académico o las interacciones de la vida cotidiana.	• La articulación; trastorno fonológico.	
	• La expresión (TEL expresivo).	
	• La comprensión y expresión (TEL mixto).	
	Se aprecian, además, deficiencias en:	
	• Discriminación fonológica.	
	• Memoria verbal inmediata.	
	• Recuerdo y evocación de palabras.	
	• Sintaxis y semántica expresiva.	
	• Comprensión de estructuras complejas.	
	• Aspectos pragmáticos (ajuste a situación).	
El cuadro puede considerarse:	• Aspectos pragmáticos (ajuste al interlocutor).	
<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo		

TDAH	Según el diagnóstico del especialista, el alumno-a presenta un trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH.	
Esto se basa en que:	Según el diagnóstico del especialista, el alumno-a presenta un TDAH:	
<input type="checkbox"/> Algunos de los síntomas estaban presentes antes de los 7 años. <input type="checkbox"/> Las alteraciones provocadas por los síntomas se dan en dos o más ambientes (escuela, casa...). <input type="checkbox"/> Hay un deterioro significativo de la actividad académica y/o social. <input type="checkbox"/> Los síntomas han persistido por lo menos 6 meses.	Tipo combinado (cantidad semejante de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad).	
	Tipo inatentivo (predominio de síntomas de déficit de atención).	
	Tipo hiperactivo-impulsivo (predominio de síntomas de hiperactividad y de impulsividad).	
	Situaciones asociadas:	
	• Ansiedad.	
	• Depresión.	
	• Baja tolerancia a la frustración.	
	• Baja autoestima.	
	• Negativismo, oposicionismo.	
	• Rechazo por parte de compañeros.	
El cuadro puede considerarse:	• Problemas académicos.	
	• Problemas en habilidades sociales.	
	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo	

DI	Según el diagnóstico del especialista, el alumno-a presenta discapacidad intelectual leve o moderada (déficit cognitivo intelectual y de la capacidad adaptativa).	
Esto se basa en que:		Áreas del desempeño personal y social: MB: Muy bien / B: Bien / R: Regular / D: Deficiente
<input type="checkbox"/> La capacidad intelectual es significativamente inferior al promedio (CI>70) con tests de CI administrados individualmente (o juicio clínico de CI significativamente inferior al promedio, en niños pequeños). <input type="checkbox"/> Se observa un déficit concurrente de la actividad adaptativa actual (o eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y grupo cultural) en áreas importantes del desempeño personal y social (al menos, dos). Niveles: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado	COMUNICACIÓN: comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos.	
	AUTOCUIDADO: aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.	
	VIDA DOMÉSTICA: ropa, comidas, seguridad, colaboración en tareas, planificación diaria, vida en vecindario.	
	HABILIDADES SOCIALES: iniciar, mantener interacciones, reconocer sentimientos, compartir.	
	UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD: uso de transporte, visita tiendas, parques, comprar, ir al cine.	
	AUTODIRECCIÓN: seguir horario, cumplir exigencias, autodefensa, buscar ayuda, enfrentar situaciones.	
	SALUD Y SEGURIDAD: identificar síntomas de enfermedad, uso cinturón seguridad, cruzar calles.	
	HABILID. ACADÉMICAS FUNCIONALES: aprendizajes escolares, conocimiento entorno, sexualidad, independ.	
	OCIO Y TIEMPO LIBRE: entretenimiento individual, juego social (reglas, turnos), actividades recreativas.	
TRABAJO: trabajo a tiempo completo o parcial, horarios, manejo del dinero, recibir críticas y mejorar desempeño.		
El alumno-a presenta una condición diagnóstica no contemplada en los casos anteriores. Especificar :		

El Equipo de Educación Especial ha determinado que este-a alumno-a, que presenta **NEE**, requiere la entrega de **educación especial**, bajo las siguientes condiciones:

Su asistencia al aula **regular** y aula de **recursos** estará regulada en estos términos:

- Aula regular:
- Aula de recursos:

Requiere adecuaciones curriculares individualizadas

- Metodológicas.
- Del material.
- En la evaluación.
- En los objetivos.
- En los contenidos.

PAUTA DE OSERVACIÓN DEL AULA Y SU DINÁMICA INTERNA

Curso:	COLEGIO, ESCUELA:		
Tipo de establecimiento:	Dirección:		
Comuna:	Ciudad:		
Profesor-a:	Fecha:		
Persona(s) que llena(n) la pauta:			

EL AULA: ambiente físico general	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Calidad de la iluminación natural.				
2. Calidad de la iluminación artificial.				
3. Calidad de la ventilación.				
4. Temperatura interna en verano o meses cálidos.				
5. Temperatura interna en invierno o meses fríos.				
6. Condiciones acústicas, sin interferencias de ruido exterior o de equipos internos (aire acondicionado).				
7. Presentación y aspecto general, estado de la pintura, murallas, piso, cielorraso, ventanas, pizarra, etc.				
Observaciones:				

EL AULA: espacio, mobiliario	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Estado y comodidad del mobiliario: pupitres, mesas, sillas.				
2. Accesibilidad a la sala: ancho de puertas, ausencia barreras para alumnos en condiciones especiales.				
3. Amplitud espacio y distribución mobiliario, permitiendo diferentes acomodaciones o agrupamientos.				
4. Facilidad de desplazamiento para las diferentes actividades o en situaciones de riesgo.				
5. Disponibilidad de armarios, clósets, biblioteca de aula.				
6. Disponibilidad de recursos tecnológicos: retroproyector, grabadora, videograbadora, PC, data-show.				
7. Disponibilidad de material didáctico adaptado y otros recursos para alumnos con necesidades especiales.				
Observaciones:				

EL AULA: dinámica interna	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. La labor del profesor facilita y estimula la participación activa de los alumnos.				
2. Se observa un ambiente disciplinado, adecuado a los diferentes tipos de actividades.				
3. Los alumnos-as atienden a las explicaciones, instrucciones, preguntas y órdenes del profesor.				
4. La metodología utilizada favorece la comprensión y el aprendizaje significativo.				
5. El clima organizacional demuestra respeto, colaboración, interacciones positivas y valoración de los demás.				
6. Se hace conscientes a todos los alumnos-as de que el éxito depende de su esfuerzo.				
7. Se organiza la clase permitiendo el trabajo diferenciado de alumnos-as según ritmos, tipo de materiales, etc.				
Observaciones:				

EL AULA: atención de la diversidad	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Se valora a todos los alumnos-as: todos se sienten acogidos.				
2. Se motiva a todos los alumnos-as a que tengan aspiraciones altas sobre su aprendizaje.				
3. Se valora el logro en relación a las propias posibilidades y no sólo en comparación con los demás.				
4. La diversidad del alumnado se aprovecha como un recurso para la enseñanza y el aprendizaje.				
5. Se procura eliminar o aminorar las barreras existentes para el aprendizaje y la participación.				
6. Se realiza un trabajo colaborativo con especialistas, que permite ajustes y adecuaciones curriculares.				
7. Se mantiene informada y se hace participar a la familia en decisiones importantes que afectan a sus hijos-as.				
Observaciones:				

PUNTAJE TOTAL	Máximo	Puntaje
EL AULA: ambiente físico general.	21	
EL AULA: espacio, mobiliario.	21	
EL AULA: dinámica interna.	21	
EL AULA: atención de la diversidad.	21	
TOTAL	84	

PAUTA DE OBSERVACIÓN DEL ALUMNO/A EN EL AULA Y EN EL AMBIENTE ESCOLAR

Alumno-a :		Edad:	Fecha nacimiento:
Curso:	Repite el curso actual: Sí No		Antes repitió año (s)
COLEGIO, ESCUELA:	Tipo de establecimiento:		
Comuna:	Ciudad:		
Profesor-a, educador-a:	Fecha:		
Persona(s) que llena(n) la pauta:			

A. COMPORTAMIENTO GENERAL EN LA SALA	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Dispone de los útiles necesarios para realizar las actividades académicas.				
2. Permanece en su puesto o el lugar que le corresponde.				
3. Participa activamente en las tareas solicitadas.				
4. Demuestra buena disposición y una actitud positiva frente a la tarea.				
5. Colabora, comparte, ayuda a otros.				
6. Contribuye a un clima favorable dentro de la sala.				
7. Respetuoso(a) con el profesor(a) y los compañeros(as).				
Total puntos A [máx. 21]				

B. ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TAREAS	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Atiende al profesor o a quien dirige las actividades de curso.				
2. Demuestra comprender las instrucciones y órdenes orales.				
3. Ejecuta lo solicitado en las instrucciones y órdenes orales.				
4. Se concentra en las tareas solicitadas, de acuerdo a su etapa de desarrollo.				
5. Demuestra atención sostenida al trabajar solo.				
6. Demuestra atención sostenida al trabajar con otros.				
7. Persiste en la tarea y la concluye.				
Total puntos B [máx. 21]				

C. HABILIDADES SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Interactúa y se relaciona normalmente con otros.				
2. Escucha activamente a otros.				
3. Respeta turnos en la conversación.				
4. Mantiene el sentido del diálogo en la conversación.				
5. Lenguaje adecuado a su etapa y contexto de desarrollo.				
6. Responde en forma adecuada en diferentes situaciones.				
7. Acepta la crítica y tolera la frustración.				
Total puntos C [máx. 21]				

D. RESPONSABILIDAD ACADÉMICA, ESTRATEGIAS DE ESTUDIO Y DE APRENDIZAJE	Excelente ... Deficiente			
	3	2	1	0
1. Trae las tareas encomendadas.				
2. Según información aportada por el apoderado-a, dedica períodos de tiempo al estudio sistemático.				
3. Utiliza estrategias de estudio activas, con adecuada planificación de sus compromisos escolares.				
4. Demuestra un estilo de aprendizaje basado en la comprensión y no sólo memorístico.				
5. Establece relaciones significativas entre sus conocimientos previos y los contenidos nuevos.				
6. Es un alumno(a) motivado(a), realiza las tareas con entusiasmo, no es necesario insistirle.				
7. Utiliza razonamiento adecuado a la tarea, procesa bien la información y obtiene resultados efectivos.				
Total puntos D [máx. 21]				

PUNTAJE TOTAL	Máximo	Puntaje
A. COMPORTAMIENTO GENERAL EN LA SALA.	21	
B. ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TAREAS.	21	
C. HABILIDADES SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN.	21	
D. RESPONSABILIDAD ACADÉMICA, ESTRATEGIAS DE ESTUDIO Y DE APRENDIZAJE.	21	
TOTAL	84	

PSICOPEDAGOGÍA DE LA DIVERSIDAD EN EL AULA

Desafío a las barreras en el aprendizaje y la participación

El objetivo fundamental de este libro es contribuir a la reflexión sobre la forma de eliminar las barreras que obstaculizan el aprendizaje y la participación en la escuela, en el contexto de las inquietudes actuales sobre la atención a la diversidad. Desde sus páginas se hacen propuestas para transformar la cultura escolar vigente en una que realmente acoja, apoye y se enriquezca con la diversidad.

Se hace una introducción a los problemas psicológicos y desajustes conductuales más frecuentes en niños, niñas y adolescentes, destinada a complementar la visión del educador y del estudiante de pedagogía, centrada, por lo general, en la evolución y conducta normales.

- Al comienzo del texto se plantea un marco conceptual básico que aporta conceptos esenciales para definir la individualidad y la diversidad: personalidad, carácter, temperamento y constitución.
- Se describen, con algún detalle, condiciones que sin asociarse necesariamente a problemas psicológicos o conductuales, constituyen situaciones que escapan también a lo "normal" en el contexto escolar y que pueden inscribirse bajo la designación amplia de "dificultades en el aprendizaje".
- Se trata de un texto destinado preferentemente a educadores y estudiantes de pedagogía. Por cierto, puede ser de utilidad también para padres, apoderados y para todas aquellas personas que tengan alguna relación directa o indirecta con el contexto educativo.

Jaime Bermeosolo Bertrán, Psicólogo formado en la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), es docente en el área del aprendizaje del lenguaje y sus problemas en universidades chilenas. Atiende en consulta particular a niños y jóvenes con problemas de aprendizaje y adaptación. Durante varios años fue Jefe de los Departamentos de Educación Especial y de Psicopedagogía y Orientación de la PUC.

www.alfaomega.com.mx



"Te acerca al conocimiento"

 **Alfaomega Grupo Editor**