



Revista Griot

Revista Electrónica
Para Profesionales
De la Conducta Humana

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Departamento de Consejería
Para el Desarrollo Estudiantil

Junta Editora:

Alicia M. Ríos, Ed.D.
Manuel Rivera, Ed.D.
Mariela Santiago, MCR

<http://revistagriot.uprrp.edu>

revistagriot@gmail.com

787-764-0000 Exts. 5683 / 5684



ISSN 1949-4742

VOLUMEN 1, No. 4, 2008

Revista Griot

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Decanato de Estudiantes
Universidad de Puerto Rico

Lcdo. Antonio García Padilla
Presidente

Dra. Gladys Escalona de Mota
Rectora
Recinto de Río Piedras

Dra. Ivonne Moreno
Decana Interina
Decanato de Estudiantes

Dra. Raquel Maldonado
Directora Interina
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

Junta Editora

Alicia M. Ríos, Ed.D.

Manuel Rivera, Ed.D.

Mariela Santiago, MCR

Revista Griot

© 2008 Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil. Distribución gratuita.

Envíese los artículos para publicación a la dirección de correo electrónico revistagriot@gmail.com.

Revista Griot (ISSN 1949-4742)
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Decanato de Estudiantes, UPR - Río Piedras
PO BOX 23137
San Juan, PR 00931-3137
Tel: 787-764-0000 Exts. 5683 / 5684
Fax: 787-763-4885

La Revista *Griot* es publicada una vez al año por el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) del Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En cada número de la revista se presentan Artículos de Investigación que pueden incluir estudios tanto cuantitativos como cualitativos al igual que Teórico-Prácticos sobre otros asuntos profesionales. Los artículos sobre prácticas y estrategias en la consejería deben proveer una descripción clara del método, técnica, acercamientos o programa junto a una justificación adecuada y recomendaciones para la implementación en la práctica profesional. Aquellos sobre asuntos profesionales deben presentar un análisis profundo y discusión de asuntos vigentes relacionados a la práctica profesional. Todos deben estar escritos siguiendo las guías vigentes de estilo y redacción de la American Psychological Association (APA) tanto en contenido como en formato.

Indice

Carta de la Junta Editora

Más Allá del Diagnóstico	1
Segundo Encuentro de Profesionales de la Conducta Humana en Instituciones Universitarias	2

ARTÍCULOS

Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios María Isabel Jiménez Chafey, Psy. D.	5
La importancia de la intervención temprana con los hijos de padres alcohólicos Noel Maldonado Ed. D.	18
¿Qué son las consejerías y terapias no convencionales? José Francisco Rivera, Ph.D.	28
El bilingüismo como expresión de la multiculturalidad José A. Serra Taylor, MSW Ada A. Ramírez Santiago, MSW	44

Editorial

Más Allá del Diagnóstico

Los profesionales de la conducta humana provenimos de diversos trasfondos profesionales, educativos, familiares, culturales y sociales, entre otros. Diferimos en nuestros acercamientos teóricos y en muchas de nuestras prácticas de intervención. Sin embargo, compartimos una profunda preocupación por el bienestar de las personas a las que les brindamos servicio. Nos une el deseo de servir de la mejor manera, a fin de colaborar como agentes catalíticos en el proceso de desarrollo personal en que se encuentran. Es por esto que debemos procurar siempre, ya sea por un llamado interno o por ética profesional, generar reflexión y discusión en torno a diversos aspectos de nuestro quehacer profesional.

Muchas de las personas que atendemos llegan a nuestras oficinas con un historial extenso de visitas a diversos profesionales de la conducta humana con la queja de que nadie pudo hacer nada para ayudarlas. ¿Qué puede hacer la diferencia entre esa falta de enganche terapéutico versus una conexión empática colaborativa? Varios de los elementos a considerar surgen de la planificación por parte del profesional que busca proveer a sus clientes un servicio de excelencia. Su interés debe estar enmarcado en la visión de que el cliente responde a una complejidad de factores que condicionan su conducta y no se puede limitar a una serie de indicadores que apuntan a un diagnóstico clínico que pretende etiquetar a la persona dentro de unas condiciones de salud mental.

En nuestro quehacer profesional nos hemos topado con muchas personas con profundo dolor emocional. En muchas ocasiones han hecho intentos fútiles por calmar dicho dolor con tratamientos previos, pero han sido infructuosos porque han partido de un tratamiento basado en acallar el síntoma mediante el uso de medicamentos psicotrópicos sin ningún tipo de psicoterapia o consejería. Contrario a esto, en nuestras intervenciones profesionales debemos llevar a cabo un proceso terapéutico responsable y creativo profundizando en las fortalezas del cliente más que en los aspectos restrictivos de un diagnóstico clínico. A tales efectos, conviene recordar que George Kelly, en la Psicología de los Constructos Personales, proponía el término

diagnóstico transicional, presentando esta parte del proceso como un punto de partida y no uno de llegada. Es por ende, responsabilidad de todos el concienciarnos de la necesidad de fomentar el desarrollo de posturas críticas ante los diagnósticos clínicos atribuidos a nuestros clientes.

Junta Editora de la Revista Griot

**Universidad de Puerto Rico Recinto de
Río Piedras Decanato de Estudiantes
Departamento de Consejería Para el Desarrollo Estudiantil**

**Segundo Encuentro de Profesionales de la Conducta Humana En
Instituciones Universitarias**

14 de mayo de 2008 — Escuela de Derecho

**La investigación: Componente esencial en la prestación de servicios al estudiante
universitario**

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO:

1. Facilitar a los participantes un repaso de las diversas corrientes de investigación a lo largo de la historia y presentarles las tendencias investigativas actuales.
2. Ayudar a los participantes a profundizar en la pertinencia de la investigación en el campo de las profesiones de ayuda desde la perspectiva de la docencia enfocada a la prestación de servicios a los estudiantes universitarios.
3. Profundizar en los diversos tipos de investigación cualitativa y cuantitativa y los elementos que deben considerarse para que un trabajo investigativo cumpla con el rigor metodológico esperado a fin de que sus resultados sean considerados válidos.
4. Mediante la presentación de una investigación reciente, ayudar a los participantes a profundizar en las destrezas y competencias investigativas que un profesional de la conducta debe dominar.
5. Promocionar las investigaciones recientes que los consejeros, trabajadores sociales y psicólogos están desarrollando como componente esencial del diseño de planes de trabajo en la prestación de servicios directos a estudiantes universitarios.
6. Repasar los pasos a seguir en el diseño de una propuesta de investigación.

PROGRAMA

8:00 9:00: Registro

9:00 9:15: Apertura: Decana de Estudiantes; Directora del DCODE 9:15

10:30: Conferencia Magistral:

La investigación: Componente esencial en la prestación de servicios al estudiante universitario

Dra. Priscilla Negrón 10:30 12:00:

Talleres Concurrentes:

* La participación por género en la educación superior en Puerto Rico Dra. Loida Martínez

* Diseño, paso a paso, de una propuesta de investigación. Dra. Nereida Delgado

* Enfoque multimetodológico: Una triangulación suplementaria de los acercamientos cuantitativos y cualitativos de la investigación social y pedagógica

Dr. Manuel Capella 12:00 1:30:

Almuerzo

1:30 3:00: Talleres Concurrentes:

* Aspectos psicosociales: Ansiedad social, autoestima, depresión, relaciones familiares y su relación con el rendimiento académico en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico Profesor José Serra, Trabajador Social

* Investigación cualitativa en la consejería en rehabilitación: Implicaciones y recomendaciones para los investigadores puertorriqueños

Dr. Robinson Vázquez, Consejero en Rehabilitación Vocacional

* ¿Qué es la práctica basada en la evidencia?: Implicaciones para la investigación y la práctica de los profesionales de la conducta

Dra. Mildred Vera, Psicóloga

Las horas de educación continua serán certificadas por la División Central de Educación Continua y Estudios Profesionales del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios

María Isabel Jiménez Chafey, Psy. D.

Psicóloga Clínica — DCODE: UPR/RP

Resumen

La ideación y la conducta suicida cada vez se presenta con mayor frecuencia en los/as estudiantes universitarios que buscan ayuda en los centros universitarios de consejería. El suicidio en los/as estudiantes universitarios es uno de los fenómenos más difíciles de comprender ya que se trata de una etapa de la vida que por lo general se caracteriza por ser una etapa de mucha ilusión y planificación hacia el futuro. Este artículo pretende examinar la literatura sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios de la última década. Se presentarán datos sobre la prevalencia tanto a nivel local como nacional así como factores de riesgo asociados al suicidio. Se concluirá con una discusión breve sobre el tratamiento y manejo, y recomendaciones sobre la prevención del suicidio en estudiantes universitarios.

Palabras claves: ideación suicida, conducta suicida, estudiantes universitarios, consejería

Abstract

University and college counseling centers are seeing an increase in the number of students with suicide ideation and behavior who seek counseling services. Suicide in college students is one of the most difficult phenomenon to understand since young adulthood is a developmental period usually characterized as full of hope and plans for the future. This article will examine the literature on suicide ideation and behavior in college students during the last decade. National and local prevalence data and associated risk factors for suicide will be discussed. In conclusion, a brief discussion on suicide risk management and treatment as well as recommendations for suicide prevention in college students will be presented.

Keywords: suicide behavior, suicide ideation, university students, counseling

Introducción

El suicidio en los estudiantes universitarios es uno de los fenómenos más difíciles de comprender ya que se trata de una etapa de la vida que por lo general se caracteriza por ser un tiempo de mucha ilusión y planificación hacia el futuro. Para los profesionales de ayuda, la presencia de conducta e ideación suicida es una de las situaciones que mayor reto presenta por la dificultad en el manejo y el potencial de peligrosidad que conlleva.

Aunque el suicidio completado es un fenómeno relativamente infrecuente, la conducta e ideación suicida es más prevalente en la población por ser un síntoma que puede estar presente en múltiples trastornos mentales como la Depresión Mayor y el Trastorno Bipolar. La conducta e ideación suicida se puede ver como una gama de conductas y pensamientos que va en un continuo de severidad desde ideación suicida leve (ej. pensamientos de querer morir), amenazas de quitarse la vida, intentos o gestos moderados, hasta intentos serios y suicidio completado.

La ideación y la conducta suicida se detecta con mayor frecuencia en los estudiantes universitarios que buscan ayuda en los centros universitarios de consejería. En las últimas décadas se ha visto un alza nacional en los estudiantes que presentan problemas de salud mental severos y que buscan ayuda en los centros de consejería (Haas, Hendin & Mann, 2003; Kitzrow, 2003). Se estima que hay más de 1,000 suicidios por año en las universidades (*American Association of Suicidology, 2006*).

Este artículo pretende examinar la literatura de la última década sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. Se presentarán datos sobre la prevalencia tanto a nivel local como nacional así como factores de riesgo asociados al suicidio. Se concluirá con una discusión breve sobre el tratamiento y manejo y recomendaciones sobre la prevención del suicidio en estudiantes universitarios.

Prevalencia de conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios

En Puerto Rico hay una escasez de estudios sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. No obstante, se han realizado algunos estudios que proveen algunos datos generales. En un estudio realizado en la Universidad de Puerto Rico (UPR) por la Dra. Reyes del Proyecto Bulimia Nerviosa del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP) en colaboración con las Oficinas de Calidad de Vida del Sistema de la UPR sobre la prevalencia de trastornos alimentarios y depresión en estudiantes de nuevo ingreso, se encontró que 15.4% de la muestra total de estudiantes reportó sintomatología depresiva y 12% posible riesgo suicida según cuestionarios de auto-informe (Reyes, 2007).

De los informes anuales que rinde el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) de la UPR, Recinto de Río Piedras donde se recopila información

sobre las necesidades (académicas, personales, sociales) de los estudiantes atendidos en consejería individual, se desprenden algunos datos preliminares sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios (DCODE, 2000-2006). Entre los años 2000 y 2006 se atendieron en consejería individual un promedio de 4000 estudiantes por año, de los cuales los suicidas potenciales fluctuaban entre siete y 45, los intentos suicidas entre tres y 15, y los estudiantes atendidos por depresión entre 12 y 203.

Es posible que existan más datos sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios en Puerto Rico, pero muchos de los estudios que se realizan no se publican en foros fácilmente accesibles por el público general (ej. disertaciones, tesis, tesinas, presentaciones profesionales orales) lo cual dificulta la generalización de los datos o el tener un cuadro más completo de su presencia en la población joven de Puerto Rico.

Existen algunos estudios realizados con adolescentes en Puerto Rico que arrojan información sobre la conducta e ideación suicida en esta población cercana en edad a los estudiantes universitarios. Según datos del Departamento de Salud, un total de 198 jóvenes entre las edades de 15 y 19 años se han suicidado en los últimos años siendo esa la tercera causa en muerte en esta población (González Ramos, 2006). Una encuesta realizada con estudiantes de escuela superior reveló que el 6% consideró seriamente el suicidio durante el año previo y 9.7% lo consideró hacía más de un año (Rodríguez-Figueroa & Moscoso Álvarez, 2005). De este estudio se desprende que un 15.7% de los jóvenes ha considerado el suicidio alguna vez en su vida. Las jóvenes reportaron mayor ideación suicida e intentos suicidas que los varones (21.3% vs. 9.5% ideación; 17.4% vs. 7.6% intentos). Otro estudio encontró que de 561 estudiantes de escuela superior, un 11% informó haber tenido uno o más intentos suicidas en su vida (Ortiz de León, Ramírez & Vera, 1989). Consistente con estos hallazgos, Duarte y Rosselló (1998) encontraron que en otra muestra de 179 estudiantes un 12.3% reportó haber tenido por lo menos un intento suicida, un 32.4% indicó que había pensado en quitarse la vida y un 1.1% respondió que quería quitarse la vida.

En los Estados Unidos se han realizado estudios en grandes escalas sobre la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. El suicidio es la tercera causa de muerte para la población de 15 a 24 años en los Estados Unidos, así como también lo es para los jóvenes latinos (*Center for Disease Control*, 2004). En las encuestas *Youth Risk Behavior Survey* del 2003 y 2005, se reportaron una cantidad significativamente mayor de intentos suicidas en la población hispana (10.6%-11.3%) que en la población negra (8.4%-7.6%) y blanca (6.9%-7.3%) (Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004).

En la encuesta del 2005 se reflejó que un 16.9% de los/las estudiantes de escuela superior había considerado seriamente quitarse la vida, 13% estableció un plan específico, 9.4% reportó algún intento suicida y 2.3% llevó a cabo un intento suicida que requirió atención médica inmediata (Eaton et al., 2006). Aunque los varones se suicidan más que las féminas, éstas manifiestan mayores niveles de ideación e intentos suicidas (Eaton et al., 2000; Kann

et al., 1998; Kann et al., 1996). Estos hallazgos son similares a los hallazgos de estudios con adolescentes puertorriqueños/as.

En uno de los estudios más grandes que se han realizado sobre la salud de estudiantes universitarios, el *National College Health Assessment Survey* (NCHA), realizado con una muestra de 15,977 estudiantes en los Estados Unidos, 9.5% de los encuestados reportó haber considerado seriamente intentar suicidarse y 1.5% indicó que había intentado suicidarse en el último año (Kisch, Leino, & Silverman, 2005). En una encuesta de 1,455 estudiantes de cuatro universidades en los E.U., 9% reportó haber pensado en suicidarse y 1% reportó que había intentado suicidarse estando en la universidad (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001). En otro estudio similar realizado posteriormente con una muestra de 1,865 estudiantes, 24% había pensado en intentar suicidarse, 9% había amenazado con hacerlo y 5% lo había intentado (Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005). De estos estudios se desprende que aproximadamente entre 9-24% de los/las estudiantes universitarios ha tenido ideación suicida y 1-5% lo ha intentado.

Factores de riesgo

Aunque es difícil predecir quiénes van a suicidarse o llevar a cabo un intento serio suicida, la literatura científica arroja varios factores que han sido consistentemente asociados con la conducta e ideación suicida. Existe una fuerte relación entre el suicidio y la depresión, siendo la conducta e ideación suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor. Estudios han encontrado que los trastornos mentales y de adicción son los factores de riesgo más poderosos para la conducta e ideación suicida en todos los grupos de edades y están presentes en sobre el 90% de los suicidios completados (Esposito & Clum, 2003; Mazza & Reynolds, 2000; Moscicki, 1997). En estudios con adolescentes que se han suicidado, hasta un 60% reflejó un trastorno de depresión al momento de muerte (Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiapetta, 1999). En cuanto a vulnerabilidad psicológica al suicidio completado, una revisión de estudios empíricos encontró que los siguientes constructos han sido consistentemente asociados con el suicidio completado: impulsividad/agresión, depresión, ansiedad, desesperanza, y desvinculación social/autoconciencia (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz & Caine, 2001).

Estudios han encontrado que los síntomas de depresión, la desesperanza, y estresores académicos, familiares e interpersonales son factores de riesgo comunes para la ideación suicida en jóvenes adultos (Gutiérrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, 2000; Heisel, Flett & Hewitt, 2003; Konick & Gutiérrez, 2005).

En una encuesta a los/las estudiantes en cuatro universidades en los Estados Unidos sobre sus experiencias relacionadas con suicidio entre las razones que citaron con mayor frecuencia como contribuyentes a la ideación y conducta suicida lo fueron: la desesperanza (49%), sentimientos de soledad (47%), impotencia (37%), problemas de pareja (27%), depresión (26%), problemas económicos (26%) y problemas con los padres

(20%) (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001). En otro estudio similar entre las razones que contribuyeron a que los/las estudiantes que intentaron suicidarse se encontraban: estrés relacionado a los estudios (100%), problemas de pareja (100%), problemas familiares (100%), depresión (100%), desesperanza (100%), ansiedad (82%), estrés económico (78%), sentimientos de soledad (76%), problemas laborales (29%), exposición a trauma (29%) y estar involucrado con drogas y/o alcohol (24-26%) (Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005).

En el estudio del NCHA se encontró que estar en una relación emocionalmente abusiva aumentaba la probabilidad de reportar haber seriamente considerado suicidarse por un factor de 2.9, y en 2.6 el identificarse con una orientación sexual no heterosexual (Kisch, Leino, & Silverman, 2005). En general, en este estudio el experimentar una situación de abuso ya fuese sexual, emocional o físico duplicaba la probabilidad de reportar haber seriamente considerado suicidarse. Otros estudios también han encontrado que estudiantes que presentan ideación suicida tienen mayor probabilidad de usar tabaco, alcohol y drogas ilegales (Brenner, Hassan & Barrios, 1999).

No se encontraron estudios sobre factores de riesgo en universitarios puertorriqueños. En adolescentes en Puerto Rico, estudios han establecido una correlación alta entre ideación suicida y depresión en adolescentes en muestras de comunidad (Duarte & Rosselló, 1998; Rosselló & Berríos, 2004). En una muestra clínica de adolescentes Rosselló y Berrios (2004) encontraron una relación significativa entre la ideación suicida y depresión, autoestima baja, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos.

En resumen, los factores asociados al riesgo suicida se pueden agrupar en factores biopsicosociales y socioculturales. Entre los factores biopsicosociales se encuentran: trastornos mentales, abuso de sustancias, desesperanza, impulsividad, enfermedades físicas graves, intentos previos, historial familiar de suicidio y eventos de vida negativos (pérdidas significativas). Algunos factores socio-culturales son: acceso a medios letales (medicamentos, armas), aislamiento, falta de apoyo social, creencias culturales y religiosas, barreras al acceso al cuidado de salud mental, estigma asociado a buscar y recibir servicios de salud mental, y la exposición a suicidios a través de los medios de comunicación o en la comunidad inmediata.

Avalúo e intervenciones con estudiantes con conducta e ideación suicida

El primer paso en la intervención con estudiantes con ideación o conducta suicida es conocer los factores de riesgo para poder identificar de forma temprana estudiantes que podrían estar en riesgo. Una vez se sospeche que el estudiante presenta riesgo o potencial de tener ideación suicida se procede a explorar la severidad del riesgo y a su vez activar el protocolo de manejo de riesgo suicida de la institución o centro en el que se atiende. Las siguientes áreas se deben de explorar como parte del avalúo del riesgo suicida:

- Tipo, severidad y frecuencia de pensamientos asociados a la muerte
- Intención o plan de quitarse la vida (medios, letalidad, accesibilidad)
- Estresores psicosociales o ambientales pérdidas significativas, exposición a trauma o abuso
- Apoyo social (familiares, pareja, amistades, otros)
- Historial de ideación o intentos previos
- Historial de tratamiento psicológico y psiquiátrico
- Diagnóstico de trastorno mental
- Historial familiar de suicidio
- Destrezas de manejo

Una vez se ha establecido el nivel de severidad y riesgo se procede a diseñar un plan de tratamiento. Las intervenciones para el manejo de la ideación suicida dependen del nivel de severidad de la misma y en casos de peligrosidad o potencial alto se recomienda la evaluación por un psiquiatra y hospitalización para monitorear de cerca los síntomas.

Frecuentemente, los/las profesionales de la salud mental atienden personas que presentan ideación suicida moderada o leve que al momento no ameritan hospitalización o evaluación psiquiátrica, ya sea porque ya tienen seguimiento con un psiquiatra o porque se puede manejar con un seguimiento individual semanal. En estos casos, la mayoría de las intervenciones recomendadas para el manejo de la ideación suicida en consejería y psicoterapia son intervenciones de corte cognitivo-conductual (Helkowski, Scout & Jongma; Berk, Henirques, Warman, Brown & Beck, 2004). Estas intervenciones se pueden dividir en intervenciones cognitivas, conductuales e interpersonales o sociales.

Intervenciones cognitivas:

- Ayudar a identificar y debatir patrones de pensamientos negativos y distorsionados que precipitan y mantienen la ideación suicida.
- Enseñar a utilizar el diálogo positivo interno para aumentar su enfoque en los aspectos positivos de su vida y su capacidad para mejorar.
- Hacer una lista de los pensamientos dañinos o distorsionados del/la estudiante y una lista de pensamientos positivos alternos que el estudiante pueda llevarse consigo para cuando le vengan los pensamientos negativos.

Intervenciones conductuales:

- Hacer un contrato de acción preventiva para momentos que se agudicen los pensamientos suicidas que incluya: una lista de personas de apoyo (profesional de la salud, familiar, amigo cercano) para llamar y formas de comunicarse con ellas, números de teléfono de líneas de crisis, y una lista de estrategias de manejo alternas que pueda llevar a cabo para lidiar con los pensamientos (ej. hacer ejercicios, llamar un amigo, escuchar música, etc.)
- Diseñar un plan con el/la estudiante de remover cualquier medio letal que tenga accesible para hacerse daño (ej. medicamentos).
- Enseñar al estudiante estrategias de respiración profunda y relajación para el manejo de las emociones negativas.
- Hacer una lista de las razones para quitarse la vida y las razones para no hacerlo, y discutir la misma.
- Hacer una lista de las fortalezas del/la estudiante y los logros que ha obtenido.
- Hacer un programa semanal estructurado para que el estudiante planifique su tiempo de forma que evite o prevenga estímulos que puedan precipitar la ideación suicida y a su vez aumentar sentido de control sobre su vida.

Intervenciones sociales o interpersonales:

- Llevar a cabo intervenciones con la familia y/o amistades del estudiante para: identificar factores familiares que contribuyen a la ideación suicida, ofrecer información psicoeducativa sobre la ideación suicida, su manejo y prevención, y explorar formas en que pueden dar apoyo al/la estudiante
- Ayudar al/la estudiante a identificar oportunidades para expandir su red de apoyo social (ej. actividades, clubes, organizaciones)
- Enseñar destrezas de comunicación asertiva.
- Referir a grupos de apoyo para personas con depresión

De los estudios revisados, menos de la mitad de los/los estudiantes que presentaban depresión y/o ideación o conducta suicida estaban recibiendo tratamiento (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001; Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005). En el estudio del NCHA solo 19% de los que reportaron haber intentado suicidarse estaban en terapia (Kisch, Leino, & Silverman, 2005). Estas cifras son alarmantes y apuntan hacia la necesidad de aumentar los esfuerzos hacia la

prevención y la identificación temprana del riesgo suicida en estudiantes universitarios.

Prevención del suicidio

Un estudio que llevó a cabo una revisión sistemática de la efectividad de intervenciones para prevenir el suicidio a nivel internacional encontró que las estrategias más efectivas fueron la educación a médicos en la identificación y el tratamiento de la depresión y la restricción a métodos letales (Mann et al., 2005). Según este estudio, otro tipo de intervenciones como las campañas de educación y las intervenciones psicosociales aún requieren de más investigaciones para determinar su efectividad. Esto sugiere que educar a profesionales de la salud en la identificación de la depresión y en el avalúo de la conducta e ideación suicida podría ser uno de los métodos de prevención más poderosos, sobre todo tomando en consideración que los trastornos mentales como la depresión son uno de los factores de riesgo más asociados al suicidio.

Cuando se les ha preguntado a estudiantes universitarios cómo las universidades pueden lidiar con el problema del suicidio, algunas de las estrategias que han sugerido son: proveer información didáctica, oportunidades de tratamiento, ofrecer literatura sobre el tema, crear un ambiente más abierto a la discusión sobre el tema del suicidio, tener grupos de apoyo y tener líneas de manejo de crisis (Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005). De otros estudios se desprenden otras sugerencias como: campañas masivas en la universidad a través de diferentes medios de información (ej. publicaciones, Internet, radio), reducciones en las listas de espera en los centros de consejería, administrar instrumentos de cernimiento para la ideación suicida en los centros de consejería y en sus páginas Web, así como el desarrollo de actividades sociales dentro de la universidad para que los estudiantes se involucren más con la comunidad para disminuir el aislamiento como factor de riesgo (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001).

Toda la literatura y las investigaciones revisadas en relación al suicidio en estudiantes universitarios señalan la importancia de que las universidades tengan un plan estratégico de prevención del suicidio. Recientemente el Departamento de Salud de los Estados Unidos junto al *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) apoyaron la preparación de un documento sobre la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en las universidades (*Suicide Prevention Resource Center*, 2004). En este documento se delinea un modelo que incluye los elementos que debe de incluir un programa comprensivo de prevención del suicidio en las universidades. La meta principal del programa es promover conciencia sobre la salud mental y el bienestar y prevenir el suicidio, y los elementos o las actividades que apoyan esta meta son multi e interdisciplinarias, se coordinan a nivel de recinto y se apoyan mutuamente. Los ocho elementos que debe de incluir el programa son: 1) el uso de instrumentos o cuestionarios de avalúo con estudiantes de alto riesgo, 2) servicios de salud mental, 3) restricción de medios letales, 4) desarrollo de destrezas de manejo o de vida (factores protectores), 5) promoción de redes de apoyo social, 6) mercadeo social (reducción de estigma), 7)

programas educativos y 8) manejo de crisis.

En resumen, la conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios es un problema serio que aparenta ir en aumento tanto a nivel local como nacional. Existen datos que nos pueden dar un idea general de su prevalencia y factores asociados, no obstante, hay una escasez de investigaciones sobre el suicidio en estudiantes universitarios en Puerto Rico. Hacen falta estudios en esta área para poder tener datos que ayuden en el desarrollo de intervenciones dirigidas a las necesidades específicas de esta población. Aunque no existe una formula exacta para predecir qué estudiantes son más propensos a cometer suicidio, sí tenemos suficiente información de la literatura científica sobre qué factores aumentan el riesgo de forma que se pueden evaluar los mismos al momento de realizar un avalúo de peligrosidad con estudiantes universitarios. Existen intervenciones cognitivo-conductuales que pueden utilizar los profesionales de ayuda en los procesos de consejería y terapia para manejar la conducta e ideación suicida, minimizando el potencial de riesgo y maximizando la calidad de vida de los/las estudiantes afectados. De igual forma, se desprende la importancia de un plan estratégico preventivo en las universidades que involucre a la comunidad universitaria completa en esfuerzos multidisciplinarios coordinados.

Referencias

American Association of Suicidology. (2006). Youth Suicide Fact Sheet. Washington, DC.

Berk, M.S., Henirques, G.R., Warman, D.M., Brown, G.K., & Beck, A.T. (2004). A Cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 265-277.

Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.

Canino, G., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bird, H.R., Bravo, M., Ramírez, R., Chavez, L., Alegría, M., Bauermeister, J.J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P., & Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico. Prevalence, correlates, service use and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 8593.

Center for Disease Control (2004). Suicide among Hispanics: United States, 1997-2001. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmnrhtml/mm5322a5.htm>

Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 367-385.

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil – DCODE. (2000-2006). Informes anuales de labor realizada rendidos al Decanato de Estudiantes. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Duarte, Y. & Rosselló, J. (1998). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en un grupo de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 219-234.

Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., et al. (2006). Youth risk behavior surveillance--United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 55, 1-108.

Esposito, C.L. & Clum, G.A. (2003). The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32, 386-395.

Furr, S.R., McConnell, G.N., Westefeld, J.S. & J.M. Jenkins. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100.

- Goldston, D.B., Daniel, S.S., Reboussin, B.A., Reboussin, D.M., Kelley, A.E., & Frazier, P.N. (1998). Psychiatric diagnosis of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 924-932
- González Ramos, J.M. (2006). Suicidio es la tercera causa de muerte en PR. *El Vocero*, 9 de septiembre de 2006.
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Shwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A.J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915-923.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2004). Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53, 1-96.
- Gutiérrez, P.M., Osman, A., Kopper, B.A., Barrios, F.X. & Bagge, C.L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 403-413.
- Haas, A.P., Hendin, H. & Mann, J.J. (2003). Suicide in college students. *American Behavioral Scientist*, 46, 1224-1240.
- Heisel, M.J., Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (2003). Social hopelessness and college student suicide ideation. [*Archives of Suicide Research*, 7](#), 221 – 235.
- Helkowski, C., Scout, C.E., & Jongsma, A.E. (2004). *The College Student Counseling Treatment Planner*. John Wiley & Sons, Inc.
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Hill, C. V., et al. (1998). Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1997. State and Local YRBSS Coordinators. *Journal of School Health*, 68, 355-369.
- Kann, L., Warren, C. W., Harris, W. A., Collins, J. L., Williams, B. I., Ross, J. G., et al. (1996). Youth risk behavior surveillance -United States, 1995. *Journal of School Health*, 66, 365-377.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- Kisch, J., Leino, V. & Silverman, M.M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results for the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 3-13.

Kitzrow, M.A. (2003). The Mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41, 167-181.

Konick, L.C., & Gutierrez, P.M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 181-192.

Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and child hood-onset depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 8-20.

Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Hass, A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.

Mazza, J.J. & Reynolds, W.M. (2001). An investigation of psychopathology in nonreferred suicidal and nonsuicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 282-302.

Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. [*Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.](#)

Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Silverman, A.B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A.K., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34-599-611.

Ramos Ramos, Z. (2007, 27 de agosto). Trastornos alimentarios en universitarios. *El Nuevo Día*, Sección Escenario, p.4-5.

Reyes, M.L. (2007, mayo). La depresión como factor que incide en el desempeño académico del estudiante universitario. Conferencia presentada en el Primer Encuentro de Profesionales de la Conducta Humana de Instituciones Universitarias en Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Rodríguez-Figueroa, L. & Moscoso Alvarez, M. (2005). Prevalence of suicidal behavior among public school adolescent students in Puerto Rico, 2002-04. Oral presentation. Graduate School of Public Health, University of Puerto Rico.

Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Van Rossen, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., Miller, S., & Feldman, J. (1996). Enhancing treatment adherence with specialized emergency room programs for adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 654-663.

Rosselló, J. & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, auto-estima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra de adolescentes

puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 4048.

Ortiz de Leon, C.D., Ramírez, A.M. & Vera, D. (1989). Multiplicidad de factores y el riesgo de comportamiento suicida en adolescentes cagueños del sistema educativo público. Unpublished master's thesis. University of Puerto Rico, Río Piedras.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, R., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.

Archives of General Psychiatry, 53, 339-348.

Soet, J. & Sevig, T. (2006). Mental health issues facing a diverse sample of college students: Results for the College Student Mental Health Survey. *NASPA Journal*, 43, 410-431.

Suicide Prevention Resource Center (2004). Promoting mental health and preventing suicide in college and university settings. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

Westefeld, J.S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L., & Werth, J.L. (2005). Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 640-645.

La importancia de la intervención temprana con los hijos de padres alcohólicos

Noel Maldonado Ed. D., C. P. L.

Consejero de la Facultad de Educación – UPR/RP

Resumen

Los niños provenientes de hogares en donde el alcohol define a una o más figuras de autoridad tienden a ser aislados, susceptibles a la depresión y al mal control de emociones violentas, al igual que crecen con una probabilidad más amplia a ser alcohólicos en su adultez. Este artículo explora estas consecuencias a través de una revisión de literatura precisa y abundante, en la que se encuentra un patrón de maltrato e influencias negativas en los niños de dichos escenarios. El autor expone varias alternativas y estrategias que podrían comenzar un proceso de disminución en el porcentaje de niños afectados por este fenómeno, tanto en el hogar, como en la escuela y en la comunidad.

Descriptores: Alcoholismo, niñez, padres alcohólicos

Abstract

Children who are raised in homes where alcohol defines one or more authority figures tend to be isolated children, susceptible to depression and lack of control over violent emotions, as well as growing up to be adults who have more probability of becoming alcoholics themselves. This article explores these consequences through a precise and abundant revision of literature, in which they find a pattern of maltreatment and negative influence over children from such homes. The author present several alternatives and strategies that could start a process of diminution on the percentage of children affected by this phenomenon, at home, at school and in their community.

Keywords: Alcoholism, childhood, alcoholic parents

En casi todas las sociedades existen tradiciones culturales que fomentan el consumo de bebidas alcohólicas. Algunos individuos de estos grupos abusan del consumo de alcohol o desarrollan una dependencia hacia el mismo. En estos casos, el alcohol modifica profundamente la vida familiar y social de estas personas. De hecho, se ha calculado que aproximadamente un 14% de la población en algún momento de su vida ha tenido problemas con el consumo de alcohol. Estas cifras, sin embargo, pueden variar mucho según el grupo de edad al que pertenezcan los individuos, si son hombres o mujeres, o si viven en una determinada ciudad, provincia o país (Fañanás, 2000).

El consumo de alcohol es un problema social, entre los muchos ya existentes. Sin embargo, se le ha prestado muy poca atención a los efectos de éste en los hijos de padres alcohólicos. Los niños y adolescentes que provienen de hogares donde uno de los padres, ambos padres o un familiar es alcohólico son impactados significativamente por esta situación.

Las conductas que exhiben muchos niños y adolescentes en la sala de clases con los maestros, adultos y compañeros de clase han alentado a los educadores y profesionales escolares a enfocar su atención en los factores externos que influyen en la ejecución académica de los estudiantes, independientemente del nivel escolar en que éstos se encuentren.

Según Johnson (2001), la *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (1999), señaló que de cada cinco americanos adultos por lo menos uno vivió con un alcohólico mientras crecía. Los psiquiatras de niños y adolescentes saben que estos niños enfrentan un riesgo mayor de tener problemas emocionales que los niños cuyos padres no son alcohólicos. El alcoholismo es común en muchas familias. Por lo tanto, los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. Por ejemplo, un niño en este tipo de familia puede presentar una gran variedad de problemas, tales como:

Sentimientos de culpabilidad. El niño puede llegar a creer que él es la causa principal por la cual su padre o madre abusa de la bebida.

Ansiedad. El niño está constantemente preocupado por la situación en su hogar porque teme que el padre alcohólico se enferme o se haga daño, o que éste se torne más agresivo y violento de lo que es. **Vergüenza.** Los padres pueden transmitirle al niño un mensaje de que en su hogar existe un terrible secreto, razón por la cual el niño se siente avergonzado de su situación y no invita a sus amigos a la casa. Además, teme pedir ayuda a otros.

Incapacidad para establecer amistades. Como el niño ha sido decepcionado tantas veces por el padre o madre que bebe, no se atreve a confiar en los demás.

Confusión. El padre alcohólico cambia de conducta de un momento a otro, de

amable a violento, sin que dicho cambio de conducta este relacionado con el comportamiento del niño. El niño no tiene una rutina similar todos los días, ya que en su casa no hay una hora específica para las comidas y menos aún para dormir porque cambian constantemente.

Ira. El niño siente ira y rabia contra el padre alcohólico porque bebe demasiado. Además, experimenta mucho enojo hacia el padre que no es alcohólico porque no le brinda apoyo ni protección.

Depresión. El niño se siente solo e incapaz de poder hacer algo para cambiar la situación.

Muchas veces el niño trata de mantener el alcoholismo de su padre en secreto. Sin embargo, sus maestros, parientes, amigos, así como otros adultos pueden darse cuenta de que algo no está funcionando adecuadamente en ese hogar. Los siguientes comportamientos pueden ser síntomas de un problema en el hogar, como el del alcohol:

1. Fracaso escolar y ausencias frecuentes.
2. Falta de amigos, retraimiento de los compañeros de clase.
3. Comportamiento delincuente y conducta violenta.
4. Quejas frecuentes de problemas físicos, como dolores de cabeza o de estómago.
5. Agresión contra otros compañeros.
6. Asume un comportamiento que lo expone continuamente a riesgos.
7. Depresión, o pensamiento o comportamiento suicida.

Por otro lado, algunos hijos de alcohólicos actúan entre sus amigos como si fueran “padres” responsables de la familia. Pretenden hacerle frente al alcoholismo de sus padres convirtiéndose en personas controladas, que tienen mucho éxito en la escuela, pero que viven emocionalmente aislados de otros niños y maestros. Sus problemas emocionales no son aparentes hasta que se convierten en adultos.

Según los resultados de un estudio coordinado por la Unidad de Alcohología del Hospital Clinic de Barcelona en España, los hijos de padres alcohólicos tienen más problemas para superar el curso escolar, ya que el 25% de estos niños suspenden más de tres asignaturas frente al 5.6% del resto de los estudiantes. El informe, según fue explicado por la Sra. Rosa María Díaz, coordinadora del estudio y asesora de la Unidad de Alcohología del Clinic, analizó la situación de 371 hijos de alcohólicos frente a un grupo formado por 148 escolares, cuyos hallazgos tienden a indicar que casi el 20% de los niños de padres

alcohólicos requieren atención psicológica frente al 3% del resto de los escolares. Según esta experta, los hijos de alcohólicos tienen el “peor ambiente familiar, un bajo nivel socioeconómico y, en ocasiones, presentan trastornos psicológicos”. El informe indica que el 17% de estos escolares tienen trastornos del sueño, frente al 6% de los estudiantes que no son hijos de alcohólicos y el 14.4% sufre trastornos de control del esfínter, frente al 2.2% del resto. El estudio también detectó una alta incidencia de otros tipos de trastornos, tales como problemas de hiperactividad, dificultades de atención y angustia. (www.el-mundo.es <<http://www.el-mundo.es>>, 2001).

Anteriormente, Trejo (1984) había revisado 90 casos de padres alcohólicos que tenían hijos de entre 5 y 12 años de edad. En dicha ocasión, Trejo encontró que el 81% de los 243 hijos de alcohólicos fueron evaluados como agresivos y rebeldes; y el 65.5% de ellos presentaron temor hacia el padre alcohólico. Sin embargo, indicó que el 53% de los padres alcohólicos cubren las necesidades materiales y los deseos de los hijos cuando están intoxicados, y cuando se encuentran en abstinencia cubren el aspecto material y no creen necesaria la demostración de afecto (Rocha, 2003).

De igual forma, Vences (1984) estudió los efectos del padre alcohólico en el desarrollo psicomotor y emocional de niños cuyas edades fluctuaban entre los 8 y 9 años. Parte de sus conclusiones fueron: existen diferencias en el desarrollo psicomotriz y alteraciones emocionales, como desvalorización de la figura paterna, reacciones agresivas y rivalidad edípica. Los hijos de padres alcohólicos presentan niveles de maduración psicomotriz inferiores a su edad cronológica, en comparación con hijos de padres no alcohólicos. También son más agresivos, impulsivos, regresivos, presentan confusión, ansiedad, retraimiento, timidez, inestabilidad y conflictos de adaptación al medio familiar (Rocha, 2003).

Cuarón (1988) evaluó las actitudes de los hijos de padres alcohólicos e indicó que éstos perciben a sus padres como abusivos, incomprensibles y atemorizantes, lo cual se acentúa por la conducta del padre, quien es amistoso en forma irregular. Los conflictos entre los padres, sus constantes peleas y la conducta caprichosa del padre alcohólico, quien tiende a alternar su rol pasivo y dependiente con períodos de dictador, causa un fuerte sentimiento de inseguridad en el niño que parece agrandarse por numerosas humillaciones, lo que le provoca una baja autoestima. La estructura del carácter de los hijos de alcohólicos tiende al aislamiento del medio ambiente, miedo e inseguridad, problemas con figuras de autoridad, baja autoestima, fantasías de omnipotencia y dependencia. Además, los hijos de alcohólicos se sienten engañados por sus padres, por la tendencia de éstos a negar sensaciones y hechos dolorosos (Rocha, 2003).

A pesar de que los estudios antes mencionados datan de más de diecinueve

(19) años, y de que esta problemática no es reciente, en el análisis de la revisión de literatura sobre este tema, encontramos que Johnson (2001) señaló que cerca de un 20% de los niños en los Estados Unidos crecen en núcleos familiares donde uno o ambos

padres son alcohólicos. Investigadores como Campbell, Master & Johnson (1998), Deming, Chase & Karesh (1996), encontraron que los efectos del alcoholismo de los padres en los niños y la familia son diversos y hasta perjudiciales. A pesar que el tiempo ha transcurrido, los efectos siguen siendo los mismos. Por ejemplo, Sheridan & Green (1993) señalan que las familias donde uno de los padres es alcohólico presentan los mensajes más negativos entre los miembros, tienen niveles altos de ira y enojo, los cuales suelen expresar en forma más abierta. Además, son menos afectivos y cohesivos que las familias no alcohólicas. El alcoholismo en uno de los padres ha sido también asociado con la confusión de rol, inversión de roles y distorsión en la jerarquía familiar (Chase, Demming & Wells, 1998; Goglia, Jurkovic, Buró & Burge-Callaway, 1992; Sheridan & Green, 1993). Además, los hijos de padres alcohólicos experimentan altos niveles de negligencia y de abuso físico en sus hogares que los hijos de padres no alcohólicos (Hall, Bollen & Webster, 1994; Kerr & Hill, 1992a; Sher, Gershuny, Peterson & Raskin, 1997). De acuerdo con la *National Association for Children of Alcoholics* (1998), el alcohol es un factor significativo en aproximadamente el 81% de los casos de niños maltratados.

Johnson (2001) señaló que la experiencia de crecer en una familia alcohólica contribuye a que los niños sean vulnerables y desarrollen una baja autoestima, depresión, ansiedad, enfermedades relacionadas con la tensión y dificultades escolares. Además, los efectos del alcoholismo en los padres persisten en la adultez para muchos niños. Específicamente, los hijos de alcohólicos tienen cambios significativos en su estado de ánimo, ansiedad y desórdenes de abuso-dependencia (Beaudoin, Murria, Bon & Barnes, 1997; Cuijpers, Langendoen & Bijl, 1999), pobre satisfacción en el matrimonio, se divorcian con bastante frecuencia y tienen una relación pobre con sus propios hijos (Kerr & Hill, 1992b; Larson & Thayne, 1998). Los hijos de padres alcohólicos también han demostrado tener menos satisfacción por la vida (Hall, et al 1994), no confían en los demás y son más codependientes de su conducta (Lyon & Greenberg, 1991).

Los niños y adolescentes llevan con ellos a la sala de clases múltiples problemas, los cuales son alarmantes cuando se examinan dentro del contexto social. Esta aseveración quedó comprobada con los resultados arrojados del estudio llevado a cabo por Post y Robinson (1998).

Post & Robinson (1998) encontraron que los hijos de padres alcohólicos en edad escolar confrontan en cada área de su desarrollo un riesgo mayor. De igual manera, las familias alcohólicas son menos cohesivas, desorganizadas y desorientadas hacia los asuntos intelectuales y culturales. Además, experimentan demasiados problemas emocionales que son atribuidos a las frecuentes riñas entre los padres, falta de preocupación por los hijos, una tasa de divorcios más alta y la preocupación de los demás miembros de la familia por la conducta irresponsable del padre alcohólico. Las prácticas de crianza en los padres alcohólicos, cuando se comparan con un padre no alcohólico, probablemente incluyen el ridículo, rechazo, dureza y hasta el abandono (Post & Robinson, 2001).

Señalaron Post & Robinson (2001) que los hijos de alcohólicos en edad escolar están más propensos a desarrollar problemas físicos, mentales y sociales que los hijos de los no alcohólicos. Estos niños suelen quejarse de dolores abdominales, de cabeza, cansancio, problemas para conciliar el sueño, tics nerviosos, náuseas, migrañas, asma, alergias, anemia, catarrros y resfriados frecuentes, sobrepeso y bajo peso. Incluso pueden llegar a experimentar estados depresivos.

Powell y Zehm (1991) señalan que los hijos de alcohólicos llevan al ambiente escolar un sinnúmero de conductas que han sido aprendidas en su vivencia con un alcohólico. Algunos hijos de alcohólicos son agresivos verbales y físicamente, mientras que otros se mantienen aislados. Estos procuran compensar su baja autoestima y la pobre imagen que tienen de sí mismos, alcanzando éxito con sus agravios. Otros, a pesar de que están capacitados para ejecutar sobre el promedio en la sala de clases, su ejecución está por debajo a lo esperado.

Los hallazgos de los estudios realizados con hijos de alcohólicos, independientemente del año en que hayan sido realizados, siguen arrojando los mismos resultados. Esto implica que no se está trabajando con el problema en forma efectiva, ya que como es de conocimiento de todos, el alcohol es un problema social que se puede manifestar de muchas formas en las vidas de aquellos que están expuestos a esa situación. El niño o adolescente donde pasa la mayor parte del tiempo es en la escuela. Por consiguiente, le corresponde a aquellos que están más en contacto con estos niños y jóvenes buscar las alternativas que propendan a aminorar las consecuencias de tener un familiar alcohólico, cuyos efectos de una forma u otra se manifiestan en la ejecución académica de la razón de ser de todo sistema educativo: nuestros niños.

Los maestros y profesionales escolares necesitan utilizar métodos más efectivos al momento de identificar los niños y adolescentes que provienen de hogares donde uno de sus padres o ambos son alcohólicos. Como consejero, recomiendo que los maestros anoten la variedad de señales de aviso (emocionales y sociales) que estos niños y adolescentes exhiben por un período de tiempo. Algunos educadores podrían llegar a argumentar que la información o datos utilizados para describir a los hijos de alcohólicos se encuentran entre los niños y adolescentes que experimentan otros problemas sociales, tales como maltrato de menores, abuso de menores y violencia doméstica, ente otros. Los maestros deben ser cuidadosos en hacer juicios rápidos acerca del comportamiento indeseable de los estudiantes. Para evitar problemas potenciales, el maestro debe identificar un número de posibles explicaciones para ese comportamiento indeseable por parte del estudiante y discutir éstos con el estudiante, padre, orientador y consejero escolar. Es importante tener siempre presente que la falta de identificación es tan seria como ignorar el comportamiento indeseable del estudiante.

Hay que regresar a las metas originales de la educación con preguntas que permanecen

todavía sin respuesta:

¿Qué estrategias pueden utilizar los maestros para identificar apropiadamente a los hijos de alcohólicos en su sala de clase?

¿Qué clase de consejería pueden llevar al salón de clases los maestros para ayudar a los hijos de alcohólicos a vencer sus efectos?

Según Powell y García (1991) existe una gran variedad de métodos que los maestros podrían usar para dirigir las necesidades de los hijos de alcohólicos. Por ejemplo, éstos podrían comenzar adquiriendo comprensión del ambiente alcohólico y cómo éste interfiere en la ejecución del estudiante en la sala de clases. Se podría incluir un adiestramiento en servicio que sensibilice a los maestros sobre los problemas ligados al alcoholismo, así como actividades de seguimiento en la cual se le solicite a los maestros que examinen sus propias actitudes acerca de las bebidas embriagantes y el alcoholismo. Otras actividades podrían incluir concienciación de los procedimientos de referido a grupos de apoyo para hijos de alcohólicos y programas de educación sobre el alcohol.

En conclusión, el alcoholismo es un problema social con raíces profundas. Los adolescentes que viven con adultos que son alcohólicos desarrollan conductas que pueden afectar negativamente la ejecución escolar. Como ya hemos mencionado, los hijos de alcohólicos exhiben una baja autoestima, coraje, ansiedad y se sienten avergonzados de sus padres. La clave para ayudar a estos jóvenes con problemas está en los educadores empáticos, individuos que desarrollen un ambiente en la sala de clases donde los adolescentes se sientan libres para hablar con los adultos acerca de sus penas, necesidades, y sueños. Con seguridad, algunos problemas sociales que los adolescentes llevan a la sala de clases son únicos y demandan un peritaje especial, como el del consejero.

La clave para un acercamiento efectivo descansa en las destrezas de comunicación y la consejería. Los maestros deben reflexionar sobre su adiestramiento, experiencia y conocimiento de las conductas de los hijos de padres alcohólicos. Los maestros deben echar abajo las barreras impenetrables, no deben tener como expectativa tomar el lugar del padre o del consejero profesional. Cuando los hijos de alcohólicos exhiben episodios de cambios de conductas extremos y no responden a las sugerencias de los maestros, éstos deben ser referidos donde el consejero escolar o terapeuta adiestrado en ofrecer ayuda a personas de hogares disfuncionales y con abuso de sustancias.

Los consejeros escolares están conscientes que unas de las áreas más prometedoras en la consejería es la creación de nuevas estrategias en la intervención y prevención, cuyo único fin es ayudar a nuestros niños y adolescentes a lidiar con las tensiones, depresiones y problemas de conducta que llevan como bagaje a la sala de clases. Las estrategias en la consejería de niños y adolescentes son de vital importancia también para los profesionales de la salud mental, ya que nuestros niños y adolescentes muchas

veces experimentan o se comprometen en conductas o en ambientes que los colocan en situaciones de riesgo.

Los niños y adolescentes necesitan ser guiados y dirigidos por un consejero efectivo. El consejero puede implementar varias estrategias prácticas para ayudar a los estudiantes a comprenderse a sí mismos. Estas estrategias deben incluir actividades, tales como: un diario, consejería de grupo y desarrollo de programas escolares que le ofrezcan a los niños y adolescentes la oportunidad de lidiar con las circunstancias estresantes.

Los profesionales escolares, al igual que los consejeros, intervienen con niños y adolescentes en los años más cruciales de su desarrollo. En la actualidad, los programas de prevención e intervención diseñados para niños y adolescentes están fundamentados en el desarrollo del autoconcepto y el desarrollo de destrezas en la toma de decisiones. Cuando se examina el aspecto contextual del escenario donde el niño o adolescente vive, el consejero puede obtener un mejor conocimiento de los factores que afectan las decisiones que éstos toman acerca de la amistad, uso de las drogas y el alcohol, y cómo usar estos factores en la prevención. Además, un programa de prevención fundamentado en el conocimiento del tema que nos ocupa, puede proporcionar adiestramiento e información que influya en los adultos positivamente (padres, maestros, consejeros) sobre la importancia del ambiente donde se desarrollan los niños y adolescentes. Específicamente, los consejeros podrían ayudar a los padres y a los maestros a aprender a reforzar sus papeles como mentores y entes de apoyo para los niños y adolescentes.

Referencias

Beaudoin, C. M., Muray, R. P., Bond, J., Jr., & Barnes, G. E. (1997). Personality characteristics of depressed or alcoholic adult children of alcoholics. *Personality and Individual Differences*, 23, 559-567.

Campbell, J. L., Masters, M. A., & Johnson, M. R. Relationship of parental alcoholism to family-of-origin functioning and current marital satisfaction.

Journal of Addictions and Offender Counseling, 91, 7-14.

Chase, N. D., Deming, M. P., & Wells, M. C. (1998). Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults. *American Journal of Family Therapy*, 26, 105-114.

Cuijpers, P., Langendoen, Y., & Bijl, R. B. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: Prevalence, first onset and comparison with other factors. *Addiction* 94, 1489-1498.

Deming, M. P., Chase, N. D., & Karesh, D. (1996). Parental alcoholism and perceived levels of family health among college freshmen. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14, 45-57.

El Mundo (2001, Cataluña). <http://www.el-mundo.es>

Fañanás, L. (2000). Alcoholismo: Vulnerabilidad individual y problema social. [On-line] Retrieved March, 2003 from the World Wide Web <http://www.biomed.net/biomed>.

Hall, C. W., Bolen, L. M., & Webster, R. E. (1994). Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 786-792.

Kerr, A. S., & Hill, E. W. (1992a). An exploratory study comparing AcoAs on family of origin relationship. *Journal of Marriage and Family*, 13, 24-33.

Kerr, A. S., & Hill, E. W. (1992b). An exploratory study comparing AcoAS on current family relationships. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9, 23-38.

Larson, J. H., & Thyne, T. R. (1998). Marital attitudes and personal readiness for marriage of young adult children of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 16, 59-73.

Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 435-439.

National Association for Children of Alcoholics. (1998). Children of alcoholics: Important facts [On-line] Retrieved from the World Wide Web [http:// www.nacoa.net](http://www.nacoa.net)

Post, P. & Robinson, B. E. (1998). School-age children of alcoholics and nonalcoholics: Their anxiety, self-esteem, and locus of control. *Professional School Counseling, 1* (5), 36.

Powell, R. R. & García, J. (1991). Classroom under the influence: Adolescents and alcoholic parents. *Clearing House, 64* (4), 275-277.

Powell, R. R. & Zehm, S. (1991). Classroom under the influence: Helping early adolescent children of alcoholics. *Schools in the Middle, 6-11*.

Rocha, D. (2003). Efectos del alcoholismo en los hijos. [On-line] Retrieved from the World Wide web <http://www.addictus.com/report19.html>

Sher, L. J., Gershuny, B. S., Peerson, L., & Raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 414-423.

¿QUE SON LAS CONSEJERIAS Y TERAPIAS NO CONVENCIONALES?

José Francisco Rivera, Ph.D.

Práctica privada de disciplinas terapéuticas y psicoterapéuticas alternas

Resumen:

El desarrollo de la consejería como profesión aliada a la salud mental ha permitido establecer mecanismos que garantizan la calidad de los servicios ofrecidos. Las investigaciones realizadas en varios campos validan empíricamente muchas de las iniciativas y gestiones implantadas. No obstante, no se debe perder de vista que esta modalidad de servicios profesionales se beneficia y enriquece de otros modos de pensar y actuar. Las terapias no convencionales ayudan a expandir el horizonte profesional al tiempo que ofrecen medios conducentes a un proceso de ayuda verdaderamente holístico.

Descriptores: Consejería profesional, regulación, terapias alternas.

Abstract:

The evolution of counseling as a mental health profession has established important control mechanisms which guarantee the quality of the services rendered. The research done in the areas involved validate many of the initiatives that are being put into practice. However, we must keep in mind that this particular service benefits from other ways of thinking and performing. Non-conventional therapies help to expand our professional horizons and at the same time present means that help us offer a truly holistic helping process.

Key words: Professional counseling, regulation, alternative therapies.

Introducción

Desde el comienzo de la humanidad, la consejería ha sido una constante en la experiencia social. Manifestada en distintas modalidades, la acción de aconsejar ha buscado lo mejor para cada colectividad, pretendiendo descifrar los acontecimientos del diario vivir a fin de proyectar un futuro motivador y lleno de esperanza. Los consejeros y las consejeras, depositarios de la sabiduría de sus respectivos pueblos, han aportado su conocimiento y su experiencia para clarificar situaciones confusas, identificar opciones y definir cursos de acción.

Algo parecido puede decirse de la consejería aplicada a eventos individuales. Ya sea orientada a atender las necesidades que surgen en las diversas etapas del desarrollo humano, a aliviar el sufrimiento de las personas, manifestado como ansiedad o depresión, a intervenir en momentos de serios conflictos, la consejería ha procurado introducir elementos de reflexión y de cambio que buscan fortalecer al individuo, permitiéndole recuperar el poder decisional sobre su propia vida.

Cuando una disciplina o modalidad se convierte en una profesión regulada es porque ya venía desde hace mucho tiempo practicándose y reflejando su utilidad. Muchas veces, lo que comienza por ser una fuerte creencia termina siendo validado empíricamente, se observan sus bondades y se va estimando conveniente poner ciertos controles para salvaguardar la seguridad y el bienestar de las personas.

El desarrollo de la consejería como profesión aliada a la salud mental ha seguido una trayectoria que en ocasiones la ha identificado demasiado con las distintas variantes de un quehacer científico muchas veces aséptico y desencarnado. Deseando ser reconocida en todos sus méritos, la profesión de la consejería puede haber quedado demasiado enmarcada y encajonada en procedimientos que le han restado mucho de su creatividad y originalidad. Tal parece que se ha olvidado que las teorías y los modelos son herramientas para que el profesional pueda brindar un servicio más efectivo y eficaz y no camisas de fuerza que cierran la puerta a otras posibilidades de acción. Ciertamente, hay muchas otras opciones más allá de las ya conocidas y otros caminos distintos a los ya trillados. Conocerlos y usarlos adecuadamente es una riqueza para todo aquél que desea ser un agente de cambio y crecimiento.

A veces se tiene la impresión de que lo no regulado por el Estado es sinónimo de fraude, charlatanería o algo no efectivo. Es como decir que todo suplemento no regulado por la Agencia Federal de Drogas (FDA por sus siglas en inglés) es inefectivo. Una cosa no tiene que ver necesariamente con la otra. Si bien es cierto que dentro de lo no regulado hay prácticas que se han ganado calificativos negativos, existen practicas serias, valiosas y efectivas. Incluso, se han podido identificar prácticas no reguladas que resultan ser la única solución para algunas personas, tanto dificultades de índole emocional como condiciones de salud.

Es conveniente que los ejercitantes de profesiones de ayuda reguladas den un vistazo a prácticas, muchas de ellas antiquísimas, efectivas, serias y fundamentadas científicamente que están teniendo mucho auge y proveyendo gran satisfacción a la población sufriente. Lo convencional y lo alternativo pueden complementarse. Ya muchos profesionales de ambas vertientes han dejado a un lado los egos a un lado y han tenido apertura a las bondades del “otro lado”. Quienes resultan más beneficiados son los necesitados de ayuda, que al fin y al cabo son la razón de ser de las profesiones de ambas vertientes.

Este artículo pretende dar a conocer un poco el trasfondo histórico de estos métodos alternos y presentar dos de ellos para que los profesionales de ayuda puedan comenzar a familiarizarse con los mismos. El objetivo principal de este trabajo es invitar a todos los que trabajamos con la salud mental de nuestro pueblo a *salirnos de la cajita*, a ir más allá de lo convencional y muchas veces seguro para explorar otras opciones de intervención y tratamiento.

Trasfondo histórico

Entre las opciones para prevenir y solucionar las dificultades humanas identificamos las modalidades terapéuticas no convencionales. Son aquellas disciplinas, métodos, técnicas y principios que regularmente no se estudian en las facultades oficiales de ciencias de la conducta. Éstas suelen catalogarse como *Consejerías y Psicoterapias Alternativas Complementarias (CPAC)*.

Se les llama *alternativas* porque mucha gente se vale de ellas al no haber conseguido remedio a su situación mediante los métodos convencionales o porque desean intentar estas modalidades como primera opción. Es decir, sirven de verdaderos caminos alternos. Son *complementarias* porque suelen ser útiles para complementar tratamientos médicos, psiquiátricos, psicológicos y procesos de consejería tradicional. La gran mayoría de las CPAC ven al ser humano desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta la totalidad de su ser. Cuentan, además, con técnicas específicas para el beneficio de los procesos mentales y la atención del área emocional. Con relación al cuerpo, alivian o eliminan el dolor y algunas de ellas pueden reducir o eliminar otros síntomas y condiciones de salud adversas al bienestar de las personas.

Un gran número de CPAC se fundamentan o incorporan en su marco conceptual el sistema energético de la persona. Este concepto, que puede parecer un tanto esotérico, es una realidad comprobable científicamente. Mediante su aplicación relacionan el equilibrio de los 14 circuitos energéticos del cuerpo humano con el bienestar del cliente. Estos principios provienen de la Medicina Tradicional China. Lo que antiguamente era una fuerte creencia, ahora es una realidad científica. Ejemplo de ello es la aceptación de la acupuntura por el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico y el Tribunal Examinador de Médicos. Cabe señalar que estas modalidades no están reguladas por el Estado ni pueden ser reclamadas como prácticas exclusivas por profesión alguna.

Abundemos en la idea del sistema energético. Para verificar el sistema eléctrico en la persona, hay que ver lo que ocurre cuando se camina por una alfombra y se crea una fricción. Se ve la energía que se descarga, o incluso, la chispa que brota al tocar algún objeto. Esto no podría ocurrir si se careciera de un sistema eléctrico. Cuando una persona toca un objeto caliente, rápidamente se percata del mismo, ya que ese dolor viaja eléctricamente por el sistema nervioso hasta llegar al cerebro.

Los electroencefalogramas y electrocardiogramas son otro ejemplo. Al existir electricidad, se produce un campo magnético que alcanza aproximadamente los dos pies fuera del cuerpo. Mediante alta tecnología, es posible observar este fenómeno e incluso se ha demostrado la relación entre características de ese campo magnético personal, los estados anímicos y el cuerpo físico. En el 1959, el Dr. Leonard Ravitz, demostró que el campo de energía del organismo humano fluctúa con la estabilidad o inestabilidad mental psicológica y sugirió que hay un campo energético asociado al proceso del pensamiento y que la variación en el pensamiento puede tener efectos psicosomáticos. En la actualidad se pueden medir los cambios del campo electromagnético con el *SQUID* (*Superconducting Quantum Interference Device*), instrumento que no toca el cuerpo de la persona para dicha medición. De hecho, según Hammer (1980), se ha podido constatar la estrecha relación entre los procesos mentales, las emociones y las conductas y los llamados meridianos extraordinarios e incluso la rapidez con la que se pueden solucionar problemas en estas áreas.

Otro dato interesante es la realización de magneto cardiogramas y magnetoencefalogramas para medir los campos magnéticos del corazón y cerebro. La densidad de flujo magnético del corazón es la mayor de todas y es 5000 veces más densa que la del cerebro. Por ende, no es casualidad que la Medicina Tradicional China le preste especial atención al meridiano del corazón.

Fuera de Puerto Rico, muchas de estas modalidades son enseñadas en facultades de medicina, utilizada en hospitales y aceptadas por planes médicos. Lamentablemente, en Puerto Rico son poco conocidas y utilizadas. Veamos estos datos que nos pueden dar luz acerca de la importancia que se le está dando a las modalidades alternativas:

- El Gobierno de los Estados Unidos gastó 100 millones de dólares en el 2005 en la investigación de terapias complementarias.
- Los estadounidenses gastan casi 30,000 millones de dólares al año en tratamientos alternativos.
- Según se desprende de sus páginas cibernéticas, varios hospitales en los Estados Unidos incluyen en sus ofrecimientos diversas modalidades de métodos alternativos de ayuda. Un ejemplo es el Hospital Universitario George Washington, que ofrece Reiki, técnicas de Yoga, medicina china y visualizaciones dirigidas, entre otras.

Un método energético de sanación emocional llamado *Técnicas de Liberación Emocional* ha sido sometido a estudios por dos años en los Estados Unidos y funciona con un 70% de las personas. Ha sido especialmente exitosa en casos de Síndrome de Estrés Postraumático. Una buena parte de las personas que lo utilizan sólo necesita entre una y tres sesiones.

En Suiza, las principales aseguradoras reembolsan los gastos de tratamiento de terapias energéticas. Para estas aseguradoras ofrecer este servicio tuvieron que corroborar su efectividad.

En Inglaterra existen 60 hospitales que ofrecen terapias energéticas a sus pacientes.

El doctor Mehmet Ozt, facultativo del *Columbia Presbyterian Medical Center* en Nueva York, emplea *Reiki* y otras técnicas para equilibrar la energía del paciente durante sus operaciones.

Cinco hospitales en Nueva York usan la Terapia de Reiki.

El Hospital MD Anderson en Texas utiliza varias modalidades alternativas con sus pacientes oncológicos.

En Canadá, las enfermeras estudian técnicas energéticas y son utilizadas en varios hospitales.

El doctor John Sarno, fisiatra norteamericano, diseñó una forma alternativa de eliminar dolores, especialmente en la espalda, cuello y cabeza (y muchos otros más) al enseñar a sus pacientes a dialogar con el inconsciente. Fundamenta su teoría en que la gran mayoría de los dolores físicos, responden a emociones reprimidas.

En Puerto Rico, la acupuntura ha sido aceptada por la clase médica como una disciplina efectiva en el tratamiento de múltiples condiciones de salud. También en Puerto Rico, la Universidad Central del Caribe cuenta con un equipo de profesionales que practican diversas modalidades alternativas complementarias. Ya un plan médico local acepta varias modalidades alternativas.

Así como en las distintas profesiones de ayuda se estudia la Terapia Racional Emotiva, la Terapia Centrada en la Persona, la Terapia de la Realidad, entre otras, en el campo de las CPAC existe gran variedad de herramientas. Algunas de ellas son la Programación Neurolingüística, el Entrenamiento de Vida (*Life Coaching*), la Consejería Filosófica, la Psicofilosofía, la Psicoreflexoterapia, la Terapia Somato-Emocional, la Metakinesis, la Psicokinesiología, la Terapia del Campo del Pensamiento (TFT), las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) y la Terapia Energética de Meridianos. Acerquémonos a tres métodos de terapia alterna que presentan áreas de interés para los profesionales de ayuda: la Psicokinesiología, la Consejería Filosófica y la Programación

Neurolingüística.

PSICOKINESIOLOGIA (PK):

Innovadora disciplina basada en los principios y estudios de los doctores George Goodheart y John Thie, quienes crearon un modelo holístico de Kinesiología Energética. Este modelo tiene en cuenta el área mental-emocional, estructural y bioquímica. Otros profesionales como Dr. Dietrich Klinghardty, comenzaron a utilizar la Kinesiología enfatizando el aspecto mental y emocional, creando nuevas técnicas, modalidad que le llamó Psicokinesiología. Luego, profesionales como Dr. Alexander Holub han continuado estudiando y enriqueciendo dicha disciplina. En la actualidad hay varios enfoques de PK.

Etimológicamente, el termino Kinesiología significa *estudio del movimiento*, pero esta definición se queda corta a la hora de reflejar su amplitud. La PK toma en cuenta principalmente el balance de los meridianos de energía utilizando los músculos y relacionando los meridianos y los músculos con el aspecto mentalemocional. Mediante una gran variedad de procedimientos, la PK beneficia ampliamente a la persona.

Entre los procedimientos más importantes de la PK y sus principales efectos terapéuticos relacionados con el aspecto mental-emocional se puede mencionar:

- **Pruebas Neuromusculares:** Maximizan el potencial del organismo para actuar en beneficio de sí mismo, identificando posibles causas de problemas en el cuerpo y área mental emocional, propicia mayor energía y vitalidad, capacitando al organismo (mente-cuerpo) para enfrentar mejor los conflictos del diario vivir, entre otros.
- **Medición por el Músculo Indicador:** Permite accesar información inconsciente de forma precisa y rápida. Identifica el momento de origen del problema, y sabotajes psicológicos inconscientes que impidan la solución de un problema. Destaca elementos que resultan tóxicos al organismo como ambientes, personas, alimentos, etc. Cabe señalar que toda esta información se puede obtener sin que el sujeto se encuentre en estado de trance, como en la hipnosis.
- **Integración de Hemisferios del Cerebro:** Contrarresta problemas específicos de aprendizaje y déficit de atención, reduce o elimina dolor físico, especialmente si es de origen psicosomático, estimula el pensamiento objetivo, mejora coordinación motora y mejora la memoria, entre otros.
- **Activación de Puntos Neurolinfáticos y Neurovasculares:** Propicia un estado profundo de relajación mental y descanso, contrarresta estados depresivos y de ansiedad, aumenta la vitalidad, propicia sueño reparador, mejora circulación, fortalece el organismo ante elementos como bacterias y agentes tóxicos.

- Liberación de Tensión Emocional con Eminencias Frontales: Elimina rápida y permanentemente emociones negativas específicas que responden a eventos traumáticos y dolorosos, mejora concentración, maximiza la ejecución en situaciones de evaluación, contrarresta síntomas corporales relacionados con ansiedad u otros asuntos emocionales, etc.
- Programación Mental por Movimientos Oculares: Corrige autosabotajes, instala en el sistema mental de creencias, metas e información en general relevante al bienestar del sujeto, mejora relaciones interpersonales, mejora comunicación y facilita nuevas y sanas conductas, entre otros.

CONSEJERIA FILOSOFICA:

Hace más de dos mil años, Epicuro afirmaba que la filosofía debía continuar utilizándose para mitigar el sufrimiento humano. Antiguamente, el conocimiento filosófico tenía un rol práctico. La gente buscaba a los filósofos para vivir mejor. Poco a poco, la filosofía fue perdiendo su carácter práctico y encerrándose en universidades para selectos círculos intelectuales. Hasta hace poco, el destino de un filósofo era enseñar en alguna universidad, dictar conferencias o escribir libros; todo sin un carácter práctico. A partir del 1992 comenzó a formarse una nueva rama dentro de la Filosofía llamada Filosofía Práctica. La misma toma las riquezas filosóficas y las hace accesible a las personas en general para que puedan vivir mejor. Dentro de la filosofía práctica se encuentra la modalidad conocida como *consejería filosófica* (también se le llama consultoría, asesoría o terapia filosófica). Es un recurso aplicable al terreno de lo personal, familiar, grupal y empresarial.

Este cambio comenzó a darse en el 1992, cuando el Dr. Gerd Achenbach, filósofo alemán, se inquietó por el desperdicio que suponía no utilizar la filosofía de forma práctica. Entre 1994 y 1995, escribió varios libros sobre el tema y posteriormente inauguró su consultorio filosófico, teniendo un éxito inesperado al recibir personas con todo tipo de problemas.

La consejería filosófica, por ser una aplicación de la filosofía, se nutre de una rica tradición. Sócrates y Platón en la antigua Grecia, Lao-Tsé y Confucio en la antigua China, la Filosofía del Tiempo de John McTaggart, la Teoría del Significado y Propósito de Alfred Korzybski, el Principio de Ofensa y Daño de John Stuart Mill y el Método PEACE, de Lou Marinoff. Los principios de la Ética y la Lógica y los principios racionalistas, son parte de las herramientas de un consejero filosófico. Como se puede observar dichas herramientas no son psicológicas sino filosóficas.

Hay varias asociaciones profesionales que exigen a sus miembros ciertos requisitos para ejercerla, como por ejemplo, contar con un grado universitario con especialidad en

filosofía y un adiestramiento en la ayuda directa a consultantes.

PROGRAMACION NEURO-LINGÜÍSTICA (PNL):

La Programación Neurolingüística (NPL) es un innovador sistema de ayuda aplicable al mejoramiento personal, al ámbito laboral, y a las relaciones interpersonales en todas sus vertientes. Por esta razón es un sistema muy utilizado en el campo de la educación, de las ventas, de la publicidad, etc.

La PNL comenzó a principios de los 70 con Richard Bandler, psicólogo y John Grinder, lingüista. Identificaron a tres genios de la psicoterapia en aquel tiempo: Virginia Satir, Fritz Perls y Milton Erickson. Realizaron un profundo estudio de los planteamientos terapéuticos de estos tres expertos e identificaron factores comunes de eficacia presentes en sus técnicas, además de hacer una extensa revisión de su *modus operandi*. Esta investigación dio por resultado la sistematización de un conjunto teórico-práctico de recursos para facilitar a la gente un mejor rendimiento a nivel personal, en el ámbito laboral y en las relaciones humanas.

El término *Programación* hace referencia al carácter automatizado del comportamiento humano, tanto de aquel comportamiento que conduce al éxito como a aquél comportamiento inadecuado que propicia dificultades. El término *Neuro* se refiere al soporte fisiológico de las percepciones, conductas, emociones y pensamientos. Es en el sistema nervioso que se van codificando estos elementos a través de las conexiones nerviosas que se obran cada vez que se inician nuevas vías de comportamiento y que en la medida de las repeticiones, van fortaleciendo esas nuevas vías. El término *Lingüística* hace referencia a que el lenguaje es el vehículo del pensamiento. Todos, a través del lenguaje, nos decimos a cada momento como es el mundo, como es el otro, como es uno mismo, como es el futuro, etc. Por medio de este autodiálogo se pone en marcha el camino de las emociones.

El aspecto práctico de la PNL aúna gran variedad de técnicas dialogadas, mentales, movimientos oculares, etc. basadas en aspectos racionales y emocionales. Se utiliza la argumentación lógica y la sugestión hipnótica, se establece comunicación con el consciente y con el inconsciente. Debido a su efectividad, rápida, profunda y permanente, la PNL ha tenido gran divulgación.

Algunos postulados importantes de la PNL:

- Cualquier comportamiento biológicamente factible puede ser programado.
- El ser humano utiliza las mismas vías neurológicas en la conducta observable y en la conducta interiorizada

- Las personas interiorizan el mundo externo, los acontecimientos y las vivencias a través del lenguaje.
- En los programas de memoria, todos cuentan con los recursos necesarios para alcanzar los cambios deseados.
- Toda conducta muestra una intención positiva por parte del sujeto (Esto no quiere decir que todo acto llevado a cabo convenga objetivamente ni que el ser humano carece de libertad).

Algunas de las técnicas y elementos más utilizados por la PNL:

- Reencontrar el YO ideal: excelente técnica para identificar y lograr aquello que realmente el sujeto desea tener, qué características desea que lo adornen, qué tendencias desea manifestar, etc.
- Técnicas del Chasquido: conjunto de técnicas que funcionan de forma muy rápida. Se utiliza para que el sujeto se libere de conductas inapropiadas, adicciones, fobias, frustraciones, coraje, dolor emocional y ansiedad entre otras.
- Técnicas de Desprotagonización: ideal para ayudar a personas que han sido o están siendo calumniados, difamados, criticados públicamente, o que han sido víctimas de acusaciones por alguien de mucha importancia para ellos.
- La Línea del Tiempo: excelente técnica para identificar, planificar y establecer metas y muy útil para reconstruir episodios del pasado que han dejado marcas emocionales.
- Remodelación de Mapas Históricos: grupo de técnicas de programación mental que facilita la integración de información positiva y sana para alterar el impacto negativo de diversos eventos dolorosos del pasado. Una de las ventajas de esta técnica es que propicia que el sujeto pueda ampliar la gama de conductas y emociones en su mapa mental, de forma que su mente tenga nuevas referencias a la hora de escoger emociones, conductas, formas de ver las cosas, etc.

PSICOREFLEXOTERAPIA PODAL:

Lamentablemente, muchos practicantes de esta modalidad desean darle un “toque mágico” o esotérico. No obstante, una vez más, se ve que lo que antiguamente era visto como una creencia es ahora concebido como una realidad científica, aún y cuando se le siga llamando *terapia alternativa complementaria* y adornando con elementos pseudoespirituales.

El término *psico* pone el énfasis en impactar positivamente el área mentalemocional. *Reflexo* hace referencia a la utilización de las zonas reflejas, y *terapia* se refiere a un proceso organizado de ayuda, fundamentado en realidades científicas. Se le llama *Psicoreflexoterapia* a este modelo de ayuda porque se utiliza para impactar positivamente los procesos mentales y el campo emocional. Las zonas reflejas llevan este nombre ya que cuentan con terminaciones nerviosas propias de los órganos y sistemas de todo el cuerpo. Sabiendo esto, se puede definir esta modalidad como una técnica refleja, basada en una operación neurobioquímica que se inicia al estimular un área del pie y que tiene un impacto general o parcial en el organismo.

Mediante autopsias, se ha podido verificar científicamente la relación entre dificultades en partes del organismo, zonas reflejas y la formación de depósitos en dichas áreas. Estos depósitos se forman en la hipodermis, precisamente en las zonas reflejas de las áreas corporales. Cuando se trabaja una zona refleja, se pretende iniciar un estímulo en las fibras nerviosas del depósito. Es decir, se trata de provocar un cambio de polaridad en la célula. Las células que componen el tejido nervioso de un depósito tienen una carga de -70mV . Para lograr el objetivo terapéutico, los estímulos deben provocar en la célula una carga de $+45\text{mV}$. Este proceso es posible ya que los iones $\text{Na} (+)$, $\text{K} (+)$, y $\text{Ca} (+)$ entran en la célula.

El origen de la Reflexoterapia es antiquísimo. En el año 2698 a. C., en la China, los monjes exponen en el libro del *Kong Fou* la importancia otorgada al pie en el desencadenamiento de los reflejos neurovegetativos. Asimismo, de aproximadamente hace 2000 años, existen grabados en Egipto en los que se ve la implantación de un masaje podal. Hipócrates (435 a. C.) hacía referencia y practicaba diversos modos de terapias manuales bajo la filosofía de que tal acción ayudaba a la naturaleza, facilitando al propio organismo el poder sanar. En Europa surgieron por primera vez en el siglo XVI informes serios sobre el tratamiento de órganos internos mediante la reflexoterapia.

La reflexología podal con base científica comenzó en el siglo XIX. En su desarrollo participaron principalmente los siguientes investigadores:

- F. y W. Huneke: En 1841 demostraron que mediante inyección de un anestésico local con efecto sobre el sistema nervioso en un campo de interferencias (por ejemplo cicatrices, focos de enfermedad en raíces dentales o amígdalas), se pueden hacer desaparecer dolores en otras regiones corporales mediante efectos reflejos a distancia, por 20 horas.
- Iwan P. Paulow: Premio Nobel en Medicina (1904): Explicó la realidad de zonas reflejas en el cuerpo y demostró el rol del sistema nervioso en el desarrollo de enfermedades.
- William Fitzgerald: En 1913 este médico observó que al presionar diferentes

zonas del cuerpo, causaba un efecto anestésico al punto de poder realizar operaciones de nariz y garganta sin anestésicos químicos. A principios del siglo XX comenzó con el perfeccionamiento de su *terapia de zonas* y desarrolló la separación del cuerpo en 10 zonas verticales. Fue el precursor de la actual *Reflexoterapia Podal*.

- Eunice Ingham: Terapeuta de masaje trabajó sobre las investigaciones de Fitzgerald y desarrolló técnicas de tacto especiales para el tratamiento de las zonas reflejas.

En la actualidad, existen dos enfoques principales. En el enfoque oriental se relacionan los órganos con emociones específicas. He aquí ejemplos prácticos:

- Para combatir pensamientos obsesivos, convendría trabajar los puntos del bazo y el estómago, además el sistema digestivo.
- Para combatir un fuerte coraje, conviene trabajar los puntos del hígado y la vesícula biliar. Estos casos se relacionan con dificultades oculares.
- Trabajar el área refleja del riñón y la vejiga ayuda a reducir o eliminar temores y fobias. Estos casos se relacionan con caída de cabello.
- Para ayudar a tener pensamientos más claros, mejorar la memoria y la calidad del sueño se suele trabajar el área del corazón, entre otras.
- El trabajar el pulmón y el intestino grueso ayuda a mejorar estados de tristeza y melancolía. Estas personas suelen reflejar problemas con la piel y de respiración.

Aunque la técnica es similar, existe otro enfoque más occidental. A continuación algunos ejemplos.

- En personas con mucha inseguridad conviene trabajar los puntos del cerebro y cabeza, la garganta, pituitaria, pulmones y el plexo solar.
- Para aumentar la vitalidad conviene trabajar las zonas de corazón, pulmones y las glándulas suprarrenales.
- Para un mejor funcionamiento sexual se debe trabajar las zonas reflejas del cerebro, la pituitaria, corazón, pecho, tórax, pulmones y diafragma. Además deben ser trabajadas las zonas sexuales (trompas de Falopio, útero, próstata, etc.).
- En caso de que la persona quiera perder peso es recomendable utilizar las zonas reflejas para acelerar el metabolismo, controlar apetito y ayudar a la digestión (tiroides, hipotálamo, estómago, páncreas, hígado, riñones e intestinos).
- Cuando el terapeuta atiende a una persona con ataques de pánico, se sugiere el

trabajo de las zonas reflejas del plexo solar, pecho, pulmones, diafragma, corazón y glándulas suprarrenales.

Conviene que la persona que recibe los beneficios de esta terapia se encuentre cómodamente acostada, en estado de relajación. Hay terapeutas que combinan esta terapia con técnicas que maximizan el impacto positivo y relajan aún más a la persona. El terapeuta debe hacer una entrevista inicial y luego una evaluación del pie. Posteriormente, debe llevar a cabo ciertas técnicas para “calentar” el pie y luego trabajar las zonas relevantes. Hay contraindicaciones que deben ser respetadas.

La terapia de zonas reflejas de los pies goza de mucha credibilidad en la comunidad científica. El Dr. J. Manzanares (2003), médico de Barcelona realizó un amplio estudio demostrando la efectividad de esta terapia en casos de depresión, problemas de aprendizaje, memoria deficiente, además de una gran variedad de condiciones de salud. En diversas facultades de medicina, la Terapia de Zonas Reflejas es parte del currículo.

A continuación y con el fin de conocer mejor cómo se aplican algunas de estas modalidades, se expone un ejemplo de un caso real.

PERSONA CON FOBIA A TRAGAR PASTILLAS E IMSOMNIO

Rosa (nombre ficticio) es una señora de 60 años y sobreviviente de una enfermedad catastrófica. El objetivo de Rosa al solicitar servicios terapéuticos es eliminar una fuerte ansiedad que la invade al tener que tragar pastillas. En el campo de la salud mental convencional se le llamaría fobia. Su fobia le impide tragar normalmente 15 de las 18 pastillas que tiene prescritas diariamente. Hay tres pastillas sumamente pequeñas y esta las traga aunque con mucha dificultad. Las restantes 15 son de mayor tamaño. Algunas las tritura y las mezcla con comida y otras son cápsulas que las tiene que diluir en líquidos. “Esto es una verdadera tortura. Estoy todo el día bregando con lo de las pastillas. Mi gran problema en la vida no ha sido mi enfermedad, sino mi fobia a las pastillas”, dice Rosa.

Primera Sesión:

Luego de una corta entrevista, compruebo que no hay nada físico que impida que Rosa trague perfectamente, ya que puede tragar bien la comida incluyendo trozos bastante grandes de carne. Sus médicos la han revisado sin encontrar irregularidad. Su dificultad reside en el campo emocional y como consecuencia, Rosa experimenta dificultad en el movimiento adecuado de la garganta para tragar, además de la desagradable sensación que sufre en ese momento. Por el movimiento de ojos de Rosa mientras hablaba de su

problema, identifiqué que su fobia estaba codificacando en el canal sensorial # 3, también llamado canal kinético. Esta información es muy importante a la hora de escoger la forma de poner fin al problema.

Le pedí a Rosa que intentara evocar la sensación que la embarga cuando siente la pastilla en su boca e intenta tragarla y que al hacerlo, identificara, entre el I y IO, el nivel de ansiedad que sentía. Contestó que un 8. Es decir, casi el número máximo. Sabiendo su nivel de ansiedad, procedí a eliminar cualquier tipo de sabotaje invitando a Rosa a repetir unas afirmaciones mientras le activaba el llamado punto de “dolor” localizado en ambos lados del pecho. Siguiendo la técnica del músculo indicador, corroboré que ya no había sabotajes, paso necesario para atacar directamente el problema. Cabe señalar que el sabotaje psicológico se traduce en la inversión de uno o varios meridianos, realidad fácilmente medible. La invité a que evocara la desagradable sensación de tener la pastilla atorada en la parte trasera interior de su boca. Mientras la guiaba estratégicamente en su visualización codificándola en el canal #3, le activé las Eminencias Frontales. Luego de unos 20 minutos ya el grado de ansiedad era menor por lo que procedí a equilibrar todos los meridianos de energía mientras Rosa continuaba en sintonía mental con su fobia.

Al finalizar la sesión Rosa afirmó que el nivel de ansiedad se redujo a un 2, muy cerca de la ausencia de ansiedad. La invité a tragarse allí en la oficina una de sus pastillas. Lo intentó y luego de 15 segundos se la sacó de la boca y expresó no poder hacerlo. Sin embargo afirmó que su ansiedad es mucho menor que antes. En aproximadamente un 50% de las personas tratadas con este sistema, la eliminación de las fobias ocurre paulatinamente. Le comuniqué ese dato y se fue muy tranquila. Al día siguiente Rosa me llamó y con entusiasmo me comunicó que la fobia había desaparecido y que por primera vez había tragado fácilmente todas sus pastillas y cápsulas, incluyendo las más grandes, sin malestar alguno.

Segunda Sesión:

Una semana después, Rosa me informó que su problema con las pastillas había desaparecido totalmente. No obstante, solicitó iniciar un proceso de ayuda ya que desde hace varios meses no puede dormir adecuadamente. Manifestó que duerme de forma superficial y se despierta “gran cantidad de veces” en la noche. Sólo duerme bien cuando ingiere un medicamento recetado para estos fines.

Tercera Sesión:

Antes de comenzar a trabajar directamente el asunto del insomnio, le sugerí a Rosa trabajar con una fuerte experiencia que ella vivió hace dos meses en un hospital y que

me había relatado en la sesión anterior. En dicha ocasión, ella fue víctima de un procedimiento muy doloroso. A raíz de ese evento quedó nerviosa y con mucho resentimiento. Aunque este asunto es posterior a su insomnio, estimé conveniente “barrer la habitación” emocional para facilitar el trabajo con el insomnio.

Le pedí a Rosa acostarse en la camilla y le activé algunos puntos neurovasculares con el fin de que su cerebro oxigene mejor, sus músculos se relajen con mayor facilidad y su sistema de energía fluya mejor. Le dije que se concentrara en el evento del hospital y mientras lo hacía le activé las Eminencias Frontales, de forma que empezara a reducir y paulatinamente a eliminar la ansiedad que acompañaba dicho recuerdo. Luego de unos 15 minutos ya su ansiedad bajó considerablemente. La invité a recordar nuevamente el evento del hospital pero sin sentir el dolor que sintió cuando eso ocurrió. En fin, que sustituyera el dolor por un gran bienestar y que eso lo hiciera ubicando sus ojos arriba a la izquierda. Como este problema estaba codificado en el canal kinético, se lo moví al canal visual, de forma tal que no se activara la sensación de dolor. Luego le pedí que hiciera unos pequeños cambios mentales al evento que estaba pensando (color de ropa, etc.), y mantuviera los ojos arriba pero cambiándolos a la derecha y que permaneciera así un rato. Mientras ella hacía el ejercicio mental, yo le activaba los Puntos de Anclaje que tiene por fin reforzar la instalación de estas nuevas imágenes. Posteriormente le pedí que intentara recordar el evento del hospital tal como ocurrió realmente, pero no pudo. Me dijo que le resultaba imposible imaginarse sintiendo el dolor. Luego de varios intentos, se dio por vencida. Tampoco podía sentir el coraje y el resentimiento que tenía a raíz de dicho evento. Como terapeuta, vi claramente que había sanado de su problema.

Ahora faltaba el insomnio. Procedí a activar las zonas reflejas de los pies correspondientes al cerebro, al plexo solar, cuello y pulmones. Además trabajé el área del corazón-timo, por ser en esta zona donde reside el principal regulador de la energía corporal.

Luego activé la llamada zona de sueño ubicada detrás de la oreja, para luego activar los puntos corporales PE6, SP6 y HE7. Dichos puntos suelen invitar al organismo a que tenga un sueño reparador. Le asigné que se activara ella misma dichos puntos por espacio de dos minutos antes de acostarse.

Luego de cinco días se comunicó conmigo para decirme que ya estaba durmiendo muy bien, sin ingerir el medicamento y su sueño era reparador. Dos semanas después se comunicó nuevamente para informarme que continuaba durmiendo muy bien.

Conclusión

Dentro de la gran sombrilla de disciplinas alternativas de ayuda existen herramientas

útiles, serias, con fundamentación científica y validadas en cuanto a su efectividad. Sirven para atender las diversas necesidades presentadas por nuestros clientes, permitiéndoles manejar adecuadamente emociones adversas que obstaculizan una vida feliz, promoviendo emociones y actitudes que conducen a un mayor bienestar holístico. La incorporación responsable de estas herramientas contribuirá a aumentar la alegría, la solución de conflictos, al diseño de metas realistas y alcanzables y, sobre todo, a fomentar el entusiasmo, principal generador de éxitos.

Referencias

Andreas, C., & Andreas, S. (1989). *De sapos a príncipes*. Chile: Cuatro Vientos. Andreas, C., & Andreas, S. (1989). *El corazón de la mente*. Chile: Cuatro Vientos. Cowley, G. (2002). *Alternative Care*. *Newsweek*. Diciembre 2, 2002. Página 47.

Hammer, J. (1980). Los meridianos extraordinarios de acupuntura. *American Journal of Acupuntura*. Vol. 8, No. 2.

O'Connor, J., & Seymour, J. (1992). *Introducción a la Programación Neurolingüística*. Argentina: Urano.

Sarno, J. (2000). *Libérese del dolor de espalda*. Argentina: Sirio. Young, P. (2001). *El nuevo paradigma de la PNL*. Argentina: Urano.

El bilingüismo como expresión de la multiculturalidad

José A. Serra Taylor, MSW

Trabajador Social del DCODE—UPR/RP

Ada A. Ramírez Santiago, MSW

Trabajadora Social de Salud Correccional

Resumen

Es un estudio cualitativo y longitudinal sobre la enseñanza de la educación bilingüe evaluado a través del desarrollo de las habilidades de escritura y lectura. Se utilizó una muestra de cuatro niñas de primer a segundo grado del sistema educativo público. Los datos revelaron que las niñas aprenden primero a relacionar el dibujo realizado con las letras del alfabeto. La forma en que lo hacían era a través del sonido de las letras. Se encontró que las niñas desarrollaron las capacidades de formar palabras y oraciones. También, se observó que cuando las niñas tenían seguridad en la escritura de un idioma, comenzaban a escribir en otro idioma, en este caso era el inglés, ya sea escribiendo oraciones en español o traduciendo, o combinando palabras o comenzando primero en un idioma y terminando en otro.

Descriptores: bilingüismo, desarrollo del lenguaje, aprendizaje, multiculturalismo

Abstract

It was a qualitative and longitudinal study about teaching bilingual education through the development of reading and writing skills on four girls of the public education system. The data revealed that girls first learn to relate the drawing made with the letters of the alphabet. The way they did it was through letter sounds. It was also observed that when the girls felt comfortable with script, began to write in another language (English), either by typing sentences in Spanish or translated or combining words or starting first in one language and ending at another.

Keywords: bilingualism, language development, learning, multiculturalism

Introducción

El reconocimiento del multiculturalismo como elemento que define y condiciona el comportamiento humano ha obligado a las profesiones de la conducta humana a modificar las maneras en las que conceptualiza las situaciones presentadas por los clientes a fin de dar cabida a numerosos factores, antes ignorados, que pueden ser incorporados en el proceso de ayuda. Dentro del fenómeno multicultural, la adquisición de más de un lenguaje conlleva no sólo el dominio de otro idioma además del vernáculo, sino la integración de nuevas cosmovisiones y construcciones sociales. En efecto, el idioma hablado y escrito es la herramienta de comunicación más poderosa. Contribuye a la creación de la identidad individual y colectiva y a la afirmación de los valores comunes. El bilingüismo, desde sus más variadas manifestaciones, debe ser tomado en cuenta por los profesionales de la conducta, puesto que puede ser un valioso elemento en la búsqueda de salud integral y desarrollo total.

El propósito de este estudio fue evaluar las habilidades de escritura y lectura en el desarrollo del bilingüismo. Se observó que dichas habilidades se desarrollaban en un nivel cognitivo, ya que los niños aprendían y comprendían su escritura y lectura. Además, se observó una tendencia a la utilización de otro idioma una vez tenían mayor control de su escritura y lectura. Esta investigación se realizó mediante la observación de diarios de cuatro niñas puertorriqueñas de primer y segundo grado durante dos meses. Se transcribieron sus diarios semanales, los cuales demostraron una cantidad de destrezas cognitivas, sociales y lingüísticas. Se evidenció que durante la escritura las niñas desarrollaron las siguientes habilidades: (a) un sentido de audiencia, (b) un sentido de voz, y (c) un sentido de poder en el lenguaje. El análisis de los datos reveló que en las áreas de desarrollo, las cuales fueron: el sentido de audiencia con 2.25; el sentido de voz con 2.86; el sentido de poder en el lenguaje con 2.82 y la dirección del desarrollo total fue de 2.75. Esto significa que el desarrollo de estas habilidades en las niñas se da por la regularidad y frecuencia de la escritura, las expectativas en la revisión, las respuestas de los compañeros y el autodiálogo.

Desarrollo del Bilingüismo en estudiantes de primer y segundo grado en Ponce, Puerto Rico

El constructo *bilingüismo* se define como aquella situación caracterizada por el uso ordinario y alternado de dos lenguas. Esta situación se da cuando dos lenguas entran en contacto y se las puede usar alternadamente. Además, se define a la persona bilingüe como un individuo que ha aprendido algunos elementos de una segunda lengua o dialecto (Wienrich, Haugen y Deihol, citado en Portalatín, 1987).

Según el Departamento de Educación de Puerto Rico, una educación bilingüe idónea es aquella que provee un programa educativo y le brinda al estudiante un currículo

completo en el idioma que este domina; su lengua vernácula, y otro en el idioma de la sociedad donde convive. De acuerdo a Cordasco, citado en Cordero (1989), ésta es una educación en dos idiomas y, a la vez, es el uso de estos dos idiomas como medio educativo para cualquier parte o todas las partes de los currículos escolares.

El propósito de este estudio fue evaluar las destrezas de escritura y lectura en el desarrollo del bilingüismo. Las políticas públicas y educativas desarrolladas en Puerto Rico han evidenciado un fracaso al intentar formar ciudadanos competentes en el uso de los idiomas inglés y español. Esta investigación ayudaría a revisar los mitos sobre la utilización de varios idiomas como vehículos de enseñanza en el sistema educativo. Esto se debe a que a mayor cantidad de idioma que conozca la persona, mejor es su sistema cognitivo. En términos sociales y culturales, capacitaría a las personas para integrarse mejor al mundo del trabajo, que demanda del sistema educativo mayor eficacia en cuanto al desarrollo de ciudadanos con mayores destrezas multilingüísticas.

En Puerto Rico, la educación bilingüe tiene su origen en el período de colonización española, cuando los frailes católicos iniciaron la cristianización de la población indígena. Para esa tarea ellos necesitaron hacerse comprender por lo aborígenes, quienes no hablaban la lengua castellana. Luego con la llegada de los norteamericanos en el 1898 el inglés, ha jugado un papel relevante en el quehacer educativo puertorriqueño.

Con la Guerra Hispanoamericana en el 1898, los Estados Unidos establecieron un gobierno militar en Puerto Rico. De esta manera, la Isla dejó de ser una colonia española y pasó al poder del gobierno norteamericano.

En el 1898, el gobernador militar, Gay V. Henry, trajo de su país al doctor John Easton para organizar el sistema educativo de Puerto Rico, en consonancia con las instituciones de la nación norteamericana. A éste se le acredita haber creado las primeras leyes escolares en la Isla. Estas leyes fueron “decretos militares” que aparecieron separadamente en La Gaceta de Puerto Rico, según eran aprobadas. Estos decretos establecieron que la lectura del inglés comenzaría en el segundo año, en aquellas escuelas donde los maestros enseñaran menos de tres grados. El decreto determinaba también que durante los cuatros últimos años se dedicarían dos períodos de cada semana a la enseñanza práctica de la lengua inglesa, así como a ejercicios de composición y uso correcto de las formas gramaticales (Cebollero, 1945). Luego se implantó una escuela de seis grados, con un año de duración cada uno. Se le llamaba escuela graduada.

En el 1900, el Congreso de los Estados Unidos aprobó una ley titulada: “Acta para proveer temporalmente rutas y un gobierno civil para Puerto Rico y otros fines”, mejor conocida como la Ley Foraker. Esta ley dio a Puerto Rico un gobierno dirigido por un gobernador civil, quien debía mantener informado al Presidente de los Estados Unidos de todo lo que aconteciera mediante el Secretario de Estado de esa nación.

Poco después de ponerse en vigor la Ley Foraker, el presidente, William McKinley,

nombró al doctor Martín G. Brumbaugh para el cargo de Comisionado de Instrucción de Puerto Rico, y éste se dedicó a organizar el Departamento de Educación. Algunos de los proyectos iniciados por el nuevo comisionado fueron: la planificación de edificios escolares, la creación de becas para estudiar en los Estados Unidos y el mejoramiento de la calidad de magisterio puertorriqueño.

El proceso educativo puertorriqueño se dividió en varias etapas. En la primera etapa, en el 1900 el Dr. Martín Brumbaugh señaló que en la escuela elemental la enseñanza era en español y en la secundaria era el vehículo de transmisión del inglés.

En la segunda etapa, Samuel Lindsay sucesor de Brumbaugh en el 1903, implantó la enseñanza de inglés en la escuela elemental y secundaria, mientras que el español era la asignatura especial o extranjera. Desde 1904 al 1907 el Comisionado Roland P. Falker puso en práctica estas ideas de Lindsay y se intensificó gradualmente hasta 1913.

En el 1907 el doctor Edwin Griant Dexter tomó posesión del cargo de Comisionado de Instrucción, pero no hizo cambio en el área de los idiomas. Luego en el 1912 Edward M. Bainter fue nombrado Comisionado de Instrucción hasta 1915.

En la tercera etapa, siendo Dr. Paul G. Miller, Comisionado de Instrucción en el 1916, De Diego y Huyke señalaron que debía enseñarse el español en todos los grados y que debía combinarse en la escuela elemental. Algo parecido al plan establecido por Miller, quien estableció un sistema de enseñanza desde el 1919 al 1934, fijando el uso del español como vehículo de la enseñanza del primero al cuarto grado; en el quinto grado la mitad de las asignaturas era en inglés; y en las escuelas secundarias todas las asignaturas eran en inglés. Según se desprende del estudio del doctor José Padín, quien era su Supervisor General y más tarde Subcomisionado de Instrucción, el inglés como medio de enseñanza no estaba logrando los fines que perseguía. Como respuestas al estudio de Padín, Miller instauró una nueva política lingüística.

Huyke sustituyó a Miller en el 1922. En sus primeros ocho años no se efectuaron cambios significativos en el plan de Miller y el Dr. José Padín sustituyó a Huyke en 1930.

En el 1934, se inició una reforma por el Dr. Padín, la cual constituye el comienzo de la cuarta etapa. Se comienza la escuela elemental del primero al octavo grado, utilizando el español como vehículo principal de enseñanza y el inglés como la asignatura secundaria; y en la escuela secundaria se utilizaría tanto el inglés con el español como vehículo de enseñanza. Mediante la Carta Circular número 10 de 1934, se ordenaba que todas las asignaturas de la escuela elemental se enseñaran en español, mientras que el inglés recibiría tratamiento preferencial como segundo idioma en Puerto Rico.

Para Cebollero, el cuarto período se extiende hasta el final de la administración del Dr. José M. Gallardo, sucesor del Dr. Padín en el 1937. Ya en la quinta etapa, bajo la administración del Dr. Gallardo, se calificó como un retroceso y de tanteo en los

primeros cuatro años y de rectificación parcial durante el segundo término del comisionado.

El último de los Comisionados de Instrucción de Puerto Rico fue Mariano Villaronga. Durante su administración ocurrieron los cambios políticos que culminaron en la fundación del Estado Libre Asociado (ELA) en cuya estructura administrativa estaba el Secretario de Instrucción Pública y cuya responsabilidad era dirigir el Sistema Escolar de Puerto Rico. De acuerdo a la Carta Circular número 10 del 2 de agosto de 1949, al comenzar el año escolar 1949-50, todas las escuelas públicas de Puerto Rico, se utilizaría el español como el idioma de instrucción de las asignaturas y el inglés como segundo idioma (Cordero, 1989).

López (1980) señaló que la educación bilingüe se ha establecido ya en más de cien países. Tales programas varían en cuanto a metas, intensidad y aprecio al idioma nativo que se usa para propósitos educativos.

Para Cordero (1989), entre los programas educativos bilingües figuran los de transición, mantenimiento e inmersión. Los programas de transición son aquellos que utilizan dos lenguas distintas: la lengua materna del estudiante y la lengua que se utiliza como vehículo de instrucción del estudiante en una corriente regular. Estos programas tienen una duración de tres años. Al culminar este tiempo, se espera que el alumno pueda desempeñarse efectivamente en la comunidad escolar regular. En los programas de mantenimiento, los objetivos son desarrollar y mantener la herencia cultural de estudiante que pertenece a minorías étnicas cuando estos son expuestos a una cultura de mayoría. Estos programas buscan ayudar al estudiante del grupo minoritario a convertirse en uno funcionalmente bilingüe. Para ello proveen una continuidad lingüística y cultural entre la minoría y el grupo dominante. Las premisas de la cual parten estos programas son: que el estudiante pueda mantener su identidad mientras aprende a dominar la cultura y el idioma inglés y que la escuela debe ser administrada por la propia comunidad minoritaria. Esto con el objetivo de mantener los valores culturales, creencias y tradiciones que caracterizan a estas comunidades. Por último, en los programas de inmersión los estudiantes provienen de ambientes lingüísticos y culturales diferentes, y reciben la instrucción primaria en un segundo idioma. Gradualmente, se les enseña en su lengua vernácula como segundo medio de instrucción. En estos los estudiantes provienen de los mismos antecedentes lingüísticos y su lengua nativa es respetada.

Otro hecho histórico que guarda relación con la educación bilingüe es la emigración masiva de puertorriqueños hacia los Estados Unidos; especialmente la que se dio en la época de la posguerra con el devenir del tiempo, este hecho se ha convertido en un problema para el sistema educativo, ya que miles de emigrantes puertorriqueños regresaron trayendo consigo a sus hijos y nietos de edad escolar; y estos no poseían las destrezas lingüísticas necesarias en el idioma español para competir con los alumnos de la escuela pública puertorriqueña. Según Vázquez Calzada, citado en Portalatín

(1987) en el 1970, 128,000 hijos de inmigrantes de Puerto Rico de los cuales 85,000 (es decir, el 70%) aproximadamente eran niños menores de quince años.

En los Estados Unidos, la política educativa respecto a los estudiantes de distintos orígenes étnicos se ha caracterizado por el uso simultáneo del inglés y su idioma de origen (Baker & deKanter, 1983; Hakuta & Gould, 1987; García & August, 1988).

Por otro lado, Urzua (1987) encontró que en el proceso educativo, los niños desarrollan un sentido de audición, que se manifiesta en como el niño ajusta su escritura al oyente, ya sea el maestro u otro niño; seguido por el sentido de la voz que se refirió al esfuerzo que hace el niño para clarificar la información o mensaje que quería transmitir en su escritura; y por último, el sentido del poder en el lenguaje se manifestó cuando la niña utilizó consonantes y vocales en el proceso adquirir la capacidad para ordenar las letras. Además, se observó un dinamismo cuando se iban construyendo palabras y oraciones para así conseguir una idea completa en su escritura. Por último, su motivación en comenzar a comunicarse en otro idioma.

El aprendizaje del idioma está íntimamente ligado al desarrollo conceptual y a la experiencia social (Brown, 1973; Hakuta, 1990a; Skutnabbkangas, 1981). El lenguaje es la herramienta para procesar información que el individuo recibe como insumo de su medio ambiente y con el cual organiza sus percepciones en relación con ese medio ambiente (Vigotsky, 1962).

Las posturas tradicionales de enseñanza de la lectura y escritura establecen como motor principal del aprendizaje de dichas destrezas la memorización de las letras del alfabeto y las palabras que forman las frases y oraciones. Sin embargo no les enseñan los significados de las palabras, lo que impide al niño comprender lo que lee y escribe durante los primeros dos grados para luego en grados posteriores.

En sus investigaciones sobre el aprendizaje de los idiomas inglés y japonés, Hakuta (1990b) señaló, entre otros aspectos, que si se fortalece el aprendizaje del vernáculo, a su vez fortalece el otro idioma. He aquí que tenemos que fortalecer no sólo el aprendizaje del inglés, sino también el español.

En el aspecto sintáctico no hay interferencia entre un idioma y el otro, ya que en inglés y español la relación sintáctica es análoga. Luego de muchos estudios con poblaciones bilingües, Hakuta concluyó que el bilingüismo puede llevar a una ejecución superior en destrezas cognitivas. De igual manera, el bilingüismo puede ayudar en el desarrollo de las destrezas de solución de problemas.

En cuanto al desarrollo cognitivo, Soto (1997) hizo referencia a los estudios de Peal and Lambert (1962), en cuyas investigaciones con niños bilingües en Montreal, Canadá, estos niños salieron mejor en los exámenes de inteligencia. Los investigadores concluyeron que un parlante con igual dominio en dos idiomas tiene una mayor flexibilidad cognitiva,

conceptualización y diversificación de destrezas de pensamiento.

Respecto al estudio de los dos idiomas, los niños bilingües, contrario a los monolingües, demostraron lo siguiente:

- Son más atentos a relaciones semánticas (Lanco-Warrel, 1972).
- Son superiores en las reglas y estructuras lingüísticas (Ben-Zeev, 1977).
- Tienen mayor conciencia metalingüística (Cummins, 1978).
- Tienen un mayor efecto en el pensamiento divergente y en la creatividad (Torrance, et al 1970).
- Son más efectivos en una variedad de medidas cognoscitivas, como por ejemplo, formar y comprender conceptos (Cummins, 1974; Barn, 1974; Nicole & Nelson, 1968).
- Las leyes de conservación e independencia de juicio de la teoría Piagetiana favorecen su desarrollo con el bilingüismo.
- Tienen una mayor habilidad para monitorear sus ejecuciones mentales (Bain & Yu, 1980)

Metodología

Es un estudio cualitativo y longitudinal sobre la enseñanza de la educación bilingüe evaluado a través del desarrollo de las habilidades de escritura y lectura.

Participantes

La muestra utilizada fueron cuatro niñas de primer a segundo grado. Se seleccionó a cuatro niñas del sistema educativo público ubicada en el pueblo de Ponce en Puerto Rico.

Instrumento

Se evaluaron unos diarios de trabajo que las niñas realizaban en su proceso de enseñanza de la escritura y lectura. Esta escala fue construida partiendo del estudio realizado por Arzua (1987) quien observó el desarrollo de las tres áreas para evaluar el desarrollo de los componentes cognitivos y lingüísticos. Las puntuaciones reflejan la media de dos meses del estudio con una escala de evaluación del 1 al 5. La escala construida se describe a continuación.

Puntuación Audiencia

1-2 Conciencia del tema o tópico de la escritura del diario.

3 Crecimiento (Adecuado a Bueno) del tema o tópico.

4-5 Avanzado reconocimiento del tema, dirigiendo la palabra hacia el lector

Puntuación Voz
1 Cualquier cosa que indique un esfuerzo para clarificar la voz de la niña.

2 Cantidad de contenido en la escritura es mínima o adecuada.

3-4 Intentos de decisiones, revisión o clarificación con más cantidad de contenido significativo.

5 Estructuras gramaticales asimilando uso de frases, palabras, oraciones, etc. Apropiadamente de acuerdo con el maestro.

Puntuación Poder

1 Cualquier indicativo gramatical mostrando riesgo en la voz.

2 Confianza en la utilización gramatical (p.e. ortografía, palabras, ideas difíciles; incluyendo el recurrir a otro idioma para llevar a cabo su mensaje)

3-4 Dinámica – utilización avanzada del uso de uno o dos idiomas para expresar una idea completa; por instante recurrir a la comunicación bilingüe.

5 Entusiasmo – dirigiendo la pregunta o dando consejo concerniente al tema del diario, tópico de la escritura o algún comentario al lector en uno o dos idiomas.

Procedimiento

1. Se seleccionaron cuatro (4) niñas, a quienes se les cambió el nombre para proteger su identidad (Amber, Jeannette, Leticia y Joyce).
2. Se les entregó a cada maestro una carta explicativa con una autorización para participar en la investigación para los padres de las niñas.

3. A cada niña se les entregó una libreta sin rayas en donde las participantes realizarían sus diarios.
4. Se observó a las niñas por un período de dos (2) meses.
5. Para evaluar los diarios se dividieron en 10 semanas, que iban desde el 17 de abril hasta 23 de junio de 2000

Hallazgos y Discusión

Este estudio se realizó a través de la evaluación de diarios durante las ocho semanas que se desarrolló dicha investigación. La escritura en el diario era una conversación entre la niña y el maestro. Esto se realizaba cuando la niña escribía y el maestro comentaba debajo de la escritura de la niña, ya sea preguntándole o comentando respecto al escrito. Las niñas, algunas veces, tomaban en cuenta los comentarios del maestro en su próxima escritura en el diario.

Estos diarios respondían al interés del investigador en enseñar la lectura y escritura utilizando los procesos cognitivos de comprensión de lo que estos leían y escribían. En contraposición con las posturas tradicionales de enseñanzas de las letras del alfabeto y las palabras que forman las frases y oraciones. Sin embargo, no se les enseñan los significados de las palabras, lo que impide al niño comprender lo que lee y escribe durante los primeros dos grados y luego en grados posteriores se establece la comprensión de lo que estos leen y escriben.

Los diarios de las niñas de primer y segundo grado fueron evaluados y analizados utilizando la escala que medía la audiencia, la voz y el poder en el lenguaje de la niña.

El análisis de los datos reveló que en las áreas de desarrollo, las cuales fueron: audiencia con 2.25; voz con 2.86; el poder en el lenguaje con 2.82 y la dirección del desarrollo total fue de 2.75.

Además, el análisis de los datos reveló que las niñas aprenden primero a relacionar el dibujo realizado con las letras del alfabeto. La forma en que lo hacían era a través del sonido de las letras. Se encontró que las niñas desarrollaron las capacidades de formar palabras y oraciones.

También se observó que cuando las niñas tenían seguridad en la escritura de un idioma, comenzaban a escribir en otro idioma, en este caso era el inglés, ya sea escribiendo oraciones en español y luego traduciéndolas, o combinando palabras o comenzando primero en un idioma y terminando en otro. Por ejemplo: Joyce: esta niña cuando se le observó que comenzó a escribir en inglés en la octava semana se le permitió que continuara escribiendo en inglés. Esto reforzaría la confianza al utilizar el idioma inglés.

Se observaron estrategias lingüísticas y cognitivas, construyendo vocabulario con significado y utilizando la experiencia propia para escribir. En el caso de las estrategias cognitivas se observó la utilización de proceso de pensamiento poniendo atención a su ortografía y al proceso semántico, entendiendo las palabras. En el área lingüística se observó una capacidad de traducir de un idioma a otro, definiciones de palabras abstractas y la interpretación de sus dibujos. Esto significa que el desarrollo de estas habilidades en las niñas se da por la regularidad y frecuencia de la escritura, las expectativas en la revisión, las respuestas de los compañeros y el autodiálogo como escritor.

Recomendaciones

1. Que los profesionales de la conducta tomen conciencia de los distintos y variados asuntos que caen bajo el fenómeno del bilingüismo como elemento de expresión de la multiculturalidad y los incorporen en un proceso de ayuda que promueva el crecimiento y desarrollo en todas sus facetas.
2. Que los profesionales de ayuda promuevan un sistema educativo que favorezca un mayor desarrollo de las destrezas cognitivas y lingüísticas en la población de estudiantes en Puerto Rico.
3. Que la Política Pública Educativa en Puerto Rico favorezca la utilización de varios idiomas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
4. Que el Departamento de Educación implante programa académicos cuya enseñanza se ofrezca en varios idiomas desde el Kinder hasta los grados superiores, ya que los niños y niñas tienen la capacidad de aprender y comunicar sus ideas en varios idiomas si así se le expone desde los grados primarios.
5. Que se desarrollen investigaciones comparativas en programas de inmersión completa en un idioma y evaluar el desarrollo cognitivo de los/as estudiantes.
6. Que los trabajadores sociales y otros profesionales de ayuda en el Sistema Educativo promuevan políticas lingüísticas que no discriminen contra los estudiantes y sus familias, ya que sólo las familias que pueden pagar una educación privada bilingüe son los que en su mayoría se benefician de dominar varios idiomas. Sin embargo, a pesar de tener un sistema educativo gratuito, éste le niega las oportunidades a las clases menos privilegiadas, lo que promueve mayor separación y división entre clases.

Referencias

Bain, B., & Yu, A. (1980). Cognitive consequences of raising children bilingually: One parent, one language. *Canadian Journal of Psychology*, 34, 304-313.

Ben-Zeev, S. (1977). The influence of bilingualism on cognitive strategy and cognitive development. *Child Development*, 48, 1009-1018.

Brown, R. (1973). *A first language: The early stages*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cebollero, P.A. (1945). *La Política Lingüística Escolar de Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico.

Cordero Lorenzo, Z. (1989). *La educación bilingüe en Puerto Rico: alternativas y ofrecimientos del Sistema de Instrucción Pública a estudiantes migrantes de Norteamérica*. UPR, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico.

Cummins, J. (1981). The role of primary language development in promoting educational success for language minority students. In California State Department of Education (Ed.), *Schooling and language minority students: theoretical framework*. Los Angeles, CA: California State University; Evaluation, Dissemination, and Assessment Center.

Garcia, E. & Flores, B. (1986). *Language and Literacy Research in Bilingual Education*. Center for Bilingual Education: Arizona State University.

Garcia, E. (1983). *The Mexican American Child: Language, Cognition and Social Development*. Center for Bilingual Education: Arizona State University.

Garcia, E. (1983). *Early Childhood Bilingualism*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Hakuta, K. & Pease-Alvarez, L. (1992). Enriching our views of bilingualism and bilingual education. *Educational Researcher*, 21, 4-6.

Hakuta, K. (1990a). Language and cognition in bilingual children. In Padilla, A. M., Fairchild, H. H., Valadez, C. M. (Eds.) *Bilingual Education: Issues and Strategies*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Hakuta, K. (1990b). Bilingualism and bilingual education: A research perspective. *NCBE Focus: Occasional Papers in Bilingual Education*. Number 1, Spring 1990.

Hakuta, K. (1986). *Mirror of Language: The Debate on Bilingualism*. New York: Basic Books, Inc.

López, T. (1980). Educación Bilingüe: Una reacción sensible a las necesidades educativas de millones de niños que luchan contra las barreras del idioma nacional. *Educación*, 47, pp. 35-43.

Peal, B., & Lambert, W. (1962). The relation of bilingualism to intelligence. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76 (27, whole no. 546), 1-23.

Portalatín Cortés, N. (1987). La educación bilingüe en Puerto Rico: análisis del programa bilingüe de la escuela Papa Juan XXIII. UPR, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico.

Skutnabb-Kangas, T. (1981). *Bilingualism of not: The education of minorities*.

Bodmin, Cornwall: Robert Hartnoll Ltd

Soto, L. D. (1997). *Language, culture, and power: Bilingual families and the struggle for quality education*. Albany, NY: State University of New York Press.

Urzua, C. (1987). "You Stopped Too Soon": Second Language Children Composing and Revision. *Tesol Quarterly*, 21 (2), 279-297.

Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.