

Revista Chilena de Psicología



VOLUMEN VI
AÑO 1983
N° 2

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE, A.G.

DIRECTOR

MARÍA DE LOS ÁNGELES SAAVEDRA

COMITÉ EDITORIAL

Yolanda Álvarez A.
Domingo Asun S.
Luis Bravo V.
Carlos Descouvières C.
Alex Kalawski B.
Juana Kovalskys
Frida Ringler A.
Manuel Poblete B.

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Augusto Zagmutt C.

CONSULTORES:

Nureya Abarca	María Isabel Lira
Juana Anguita	María Teresa Llanos
Jorge Agostini	Salomón Magendzo
Omar Arrué	Alfonso Mazzarelli
Ana M. Arón	Mario Morales
Hernán Berwart	Neva Milicic
Hugo Bustamante	Sergio Maltes
Alfredo Carmona	Yolanda Navarrete
Julia González	Mónica Rojas
Gustavo A. Jiménez L.	Renato Ruíz
Jorge Luzoro	

CONSULTORES INTERDISCIPLINARIOS:

Erika Himmel, M.A. Matemáticas y Estadística
Dr. Patricio López de Lérída, Psiquiatría
Dra. Ibcia Santibáñez, Neurofisiología
Teresa Sègure, Metodología y Estadística

SUBSCRIPCIÓN:

Las suscripciones pueden hacerse en la Secretaría del Colegio de Psicólogos. A.G. Normandía N° 1875, Santiago, Chile, Valor por número \$ 300 (US\$ 5).

Revista Chilena de Psicología



VOLUMEN VI
AÑO 1983
Nº 2

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE, A.G.

ARTÍCULOS

Atribución de causalidad y toma de decisiones frente a problemas

MARCELO DIDIER C.¹

RESUMEN

ATRIBUCIÓN DE CAUSALIDAD Y TOMA DE DECISIONES FRENTE A PROBLEMAS

El presente estudio intenta esclarecer la relación entre atribución de causalidad y toma de decisiones. Plantea que una función central de los procesos atribucionales es explicar los acontecimientos, dándose así base para la toma de decisiones respecto a ellos. Un grupo de 57 profesores, estudiantes de consejería vocacional, evaluaron la importancia de ocho causas posibles para el uso inmoderado de alcohol entre adolescentes y ocho posibles soluciones para el problema, que consistían en eliminar cada una de las causas propuestas. Los resultados señalaron que el proceso de evaluación de las soluciones era más complejo que el puro eliminar las causas que dichas soluciones eliminan. Las soluciones parecen implicar el pensamiento de que muchos problemas alcanzan desarrollos tales que la pura eliminación de la causa original es irrelevante a la solución del problema.

La teoría de la atribución es, probablemente, la posición teórica más influyente en la psicología

¹Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Psicología. Avda. Vicuña Mackenna 4860.

SUMMARY

CAUSAL ATTRIBUTION AND DECISION MAKING

This study attempts to clarify the relationship between causal attribution and decision-making. It proposes that the central function of attributional processes is to explain events thus giving a base for making decisions about them. A group of 57 teachers, students of vocational counseling, evaluated the importance of eight possible causes of the immoderate use of alcohol among adolescents and eight possible solutions to the problem which consisted in eliminating each of the proposed causes. The results pointed to the fact that the process of evaluation of the solutions was more complex than eliminating the causes such solutions delete. The solutions seem to imply the thought that many problems reach such development that the sole elimination of the original cause is irrelevant to the solution of the problem.

social contemporánea. A decir verdad, no se trata de una teoría: es más bien un conjunto de modelos que se refieren al comportamiento interpersonal y a procesos intrapersonales. Tienen en común el interés por el efecto que tienen las causas percibidas de determinado hecho sobre los proce-

sos antes mencionados (Jones y Davis, 1965; Kelley, 1967; Schachter, 1964). Todos los autores mencionados beben de la fuente del trabajo de Heider (1944) sobre la psicología "ingenua" de la persona común.

Kelley (1967) define atribución como el proceso mediante el cual una parte de la realidad es vista como causa de una determinada variación en la misma. Es una proposición amplia, en la medida que esta "realidad" contiene lo intra y lo interpersonal, además del mundo físico. Ante un determinado evento ante el que la persona debe responder, la primera pregunta debería ser respecto a la causa. El conocimiento de la causa permitiría responder de manera adecuada a la situación y al estímulo.

La teoría de la atribución ha sido aplicada a una amplia variedad de situaciones: el autocontrol (Dienstbier y col., 1975); los juicios morales (Ross y DiTecco, 1975); las respuestas emocionales (Schachter, 1966; Valins, 1966); el efecto de las sustancias psicoactivas (Donovan y Marlatt, 1980); la personalidad y la psicopatología (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978); la decisión de consultar a un psicólogo (Robins, 1981); las decisiones en salud (Lau, 1981), etc.

La base de este trabajo es la pregunta de si las causas percibidas de un problema se relacionan con la evaluación de las soluciones que se proponen para el mismo.

Tal como lo han planteado Kelley (1967) y Jones y Davis (1965), el proceso mediante el cual se llega a una atribución de causalidad es bastante complejo. Consiste en un conjunto de juicios que se hace basándose en la información dada en la situación o conocida de antes o aun inferida. En este proceso complejo, se usan procedimientos análogos a la estadística (el modelo ANOVA de Kelly, por ejemplo) con el objeto de llegar a la conclusión más segura posible. Este proceso implica gasto de energía y de tiempo, y sugiere que su papel en el comportamiento social puede ser más extenso que el ya considerado.

Un intento que puede aclarar el modo en que esto puede suceder, es el análisis funcional de las atribuciones, realizado por Forsyth (1980). Partiendo de que las atribuciones, al igual que las

actitudes, tienen ciertas funciones en el sistema cognitivo del ser humano, este autor plantea cuatro posibles usos de las atribuciones:

- a. *Explicación* (los eventos suceden por esta causa);
- b. *Predicción* (en presencia de estas causas, tales eventos pueden o deben suceder);
- c. *Defensa del yo* (haciendo atribuciones que disminuyen la ansiedad o la culpa);
- d. *Interpersonales* (dadas las causas del comportamiento de otros, sé cómo reaccionar ante ellos).

Las funciones de explicación y predicción están, como se puede apreciar en su descripción, fuertemente ligadas, hasta el punto en que Forsyth las resume en una función de "control".

Son estas dos funciones antes mencionadas las que importan desde el punto de vista de nuestro estudio, ya que pueden aplicarse a procesos más amplios que los puramente intra o interpersonales. Una persona puede buscar las causas de un evento que no le atañe directamente en el proceso de encontrar una solución para un problema que no es directamente suyo. Un caso típico puede ser la toma de decisión en un contexto organizacional (Bustamante, Díaz, Alliende y Didier, 1979). El procedimiento habitualmente descrito comienza con la indagación de las causas del problema para plantearse distintas soluciones de las cuales debe elegirse la más adecuada. En este esquema, la atribución causal adquiere un rol central: la decisión se toma según las causas percibidas del problema, sea según la percepción de quien toma la decisión o según quienes él consulte.

Este problema adquiere relevancia en la medida en que las actuales circunstancias exigen de muchos "mandos medios" y personas que ejercen cargos públicos, la toma de decisiones respecto a problemas que no siempre conocen bien. Un alcalde no tiene por qué estar informado respecto a todo lo concerniente a educación, salud física y mental como para tomar las decisiones que su cargo requiere. En este caso, serán de gran importancia las ideas de la persona que toma la decisión y de sus asesores respecto a las causas del problema que se enfrenta.

La influencia de las atribuciones causales en la percepción de la adecuación de un conjunto de

soluciones propuestas es un campo casi inexplorado. Un par de estudios relacionados, sin embargo, pueden arrojar luz al respecto.

Robbins (1981) presenta un estudio sobre las atribuciones de causalidad respecto a problemas afectivos y sus consecuencias en cuanto a consultar a personal especializado en salud mental. Sus hallazgos señalan que aquellas personas que estaban en contacto más regular con personal de salud mental tenían una tendencia a atribuir sus problemas afectivos a factores internos propios, y a consultar a profesionales del área en el evento. Aquellas personas menos "sofisticadas" en sus conocimientos psicológicos tendían a atribuir los problemas emocionales a factores externos a ellos mismos, y, por lo tanto, a no consultar a servicios de salud mental por ellos.

Laud (1981) encuentra datos semejantes en un estudio sobre el rol de las atribuciones en la respuesta a la enfermedad. En este trabajo establece que una creencia en la controlabilidad de las enfermedades es un antecedente de las conductas que se toman para controlarla. Las personas que percibían su enfermedad como controlable tenían mejor disposición a cuidarse cuando enfermaban.

En general, parece lícito decir que la percepción de una o más causas es característica de un fenómeno para tomar decisiones respecto a él. Las causas de un fenómeno deberían eliminarse si dicho fenómeno ha de desaparecer. Esto, sin embargo, no es forzosamente cierto. Muchos fenómenos sociales presentan una tendencia a escalar, a presentar cambios cualitativos en la medida en que se intensifican. De esta manera, una solución que cuando se originó un problema lo hubiera eliminado puede ser, a medida que se produce la escalada, progresivamente menos eficiente hasta ser inútil. La eliminación de la causa puede ser irrelevante a la eliminación de un problema si éste ya ha cambiado lo suficiente desde su origen. El caso más típico de tales fenómenos es la adicción a sustancias psicotrópicas, que representan un cambio cualitativo respecto al uso habitual o incluso al consumo excesivo.

Este estudio pretende establecer si existe, efectivamente, esta tendencia a ver una solución como eficiente en función de la importancia de la

causa que elimina, estableciendo así la posible relación entre atribución de las causas de un problema y toma de decisiones respecto a su resolución.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estuvo constituida por 57 estudiantes de Consejería Vocacional, de los programas de la Academia Superior de Ciencias Pedagógicas (ASCP) de Santiago (40 sujetos) y de la Escuela de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile (17 sujetos). Estos sujetos participaron voluntariamente en el estudio contestando la encuesta durante los cursos de Psicología Social que ambos programas imparten durante el primer año de formación de sus alumnos.

El promedio de edad de los sujetos era de 33 años, con una SD de 9.98 años. Había 24 hombres y 33 mujeres, y según el establecimiento en que trabajaban, se dividían como aparece en la Tabla 1.

Tabla 1

ESTABLECIMIENTO EN QUE TRABAJAN LOS SUJETOS

Liceos fiscales o municipales:	19 (33.3%)
Colegios secundarios particulares:	13 (22.8%)
Liceos educación profesional:	5 (8.8%)
Educación Básica:	13 (22.8%)
Dos establecimientos de distinta categoría:	6 (10.5%)
Sin información:	1 (1.8%)

Instrumento

El instrumento utilizado en el estudio consistía en una serie de ocho razones propuestas para el consumo de alcohol inmoderado entre los adolescentes y ocho soluciones propuestas para controlar el problema (ver anexo). Se solicitaba a los sujetos que ordenaran de mayor importancia a menor importancia las causas propuestas, asignando a la más importante un 1 y a la menos

importante un 8. Se pedía además que se procediera de manera análoga con las soluciones propuestas, ordenándose según su utilidad potencial.

Las ocho causas propuestas se agrupaban en 4 grupos:

- a. Causas internas de los adolescentes (ítems 2 y 5);
- b. Causas relacionadas con la familia (ítems 1 y 3);
- c. Causas relacionadas con los pares (ítems 4 y 8), y
- d. Causas relacionadas con variables macrosociales (ítems 6 y 7).

Los ítems correspondientes a la solución del problema, proponían la eliminación de las causas antes evaluadas.

Las personas, al ordenar de mayor a menor importancia, asignaban un puntaje a la causa o la solución. Si alguna era considerada irrelevante por la persona, se le asignaba un puntaje 9 en la corrección.

Se realizó una evaluación de la confiabilidad del instrumento, aplicándolo a un grupo de los alumnos de la ASCP al principio y al final del semestre. La correlación alcanzada fue de $r = .437$. Esta baja confiabilidad puede deberse a la influencia de los contenidos de los estudios de los sujetos sobre sus creencias relacionadas con el problema en cuestión.

RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando un programa computacional interactivo (STP) en el computador (DEC 10) del Servicio de Ciencias de la Computación de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Evaluación de la importancia de las causas

Los puntajes promedios obtenidos por las ocho causas propuestas aparecen en la Tabla 2, acompañados por su respectiva desviación standard. Si las agrupamos de acuerdo al criterio expuesto anteriormente, tenemos los siguientes promedios de promedios:

- a. Causas internas del adolescente: 5.49.
- b. Causas relacionadas con la familia: 3.78.
- c. Causas relacionadas con los pares: 4.27.
- d. Causas macrosociales: 5.96.

Tabla 2

EVALUACIÓN DE LA IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS CAUSAS PROPUESTAS

Ítem N°	Contenido	X	DS
1	Falta de control de la familia sobre conducta del joven	4.98	2.48
2	Problemas emocionales de los jóvenes	4.52	2.38
3	Tensiones en la familia de los jóvenes	2.58	2.19
4	Influencia del grupo de pares	4.03	2.06
5	Actitud de rebeldía del joven respecto a sus padres y la sociedad	6.45	2.55
6	Fácil accesibilidad de bebidas alcohólicas para los jóvenes	5.86	2.41
7	Influencia de los medios de comunicación masiva a través de la propaganda	4.33	1.93
8	Falta de actividades positivas para uso del tiempo libre	4.51	2.18

Evaluación de la potencialidad de las soluciones

En cuanto a la posible utilidad de las soluciones propuestas, las evaluaciones aparecen en la Tabla 2, ordenadas según puntaje.

Una agrupación de las causas en los cuatro grupos, de acuerdo con la solución que eliminan, nos dan la distribución siguiente:

- a. Eliminación de problemas internos del adolescente: 4.16.
- b. Eliminación de las causas familiares: 3.4.
- c. Eliminación de las causas asociadas a los pares: 4.52.
- d. Eliminación de causas macrosociales: 6.52.

Tabla 3

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD POTENCIAL DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

Ítem N°	Contenido	X	DS
9	Proveer servicios de orientadores y psicólogos para tratar problemas emocionales	3.51	2.21
10	Promover un cambio en las actitudes del joven hacia los adultos y la sociedad	4.82	2.51
11	Enseñar a los padres a controlar mejor la conducta de sus hijos	5.46	2.56
12	Proveer a los jóvenes actividades constructivas	3.75	2.05
13	Controlar la propaganda en los medios de comunicación masiva	5.66	2.58
14	Aumentar la cohesión familiar para disminuir influencia de pares	5.30	2.58
15	Asesoría a familias con problemas	3.23	2.61
16	Dificultar el acceso de los jóvenes a las bebidas alcohólicas	6.44	2.18

Causas y soluciones

Para evaluar el impacto relativo de la evaluación de la importancia de una causa respecto a la utilidad percibida de la solución, se utilizó un procedimiento de regresión paso a paso para cada una de las soluciones propuestas (como variable de criterio) y las causas que más se correlacionaban con el puntaje obtenido por la solución.

Los resultados de este análisis pueden verse en la Tabla 4, pág. 8.

Puede observarse que sólo para una solución (aumentar el control de la familia para disminuir la importancia del grupo de pares), las variables relacionadas con su puntaje no aportan a la variación el puntaje de evaluación de la solución.

DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados nos permiten llegar a las conclusiones que veremos a continuación, aunque de manera provisoria. El tamaño de la muestra, por ejemplo, evita que podamos hacer una evaluación de las diferencias entre los promedios de las distintas soluciones y causas.

Hay, en primer lugar, que interpretar la diferencia entre el orden de importancia de las causas y de la utilidad percibida de las soluciones. Era de esperar que el orden fuera el mismo para ambos casos, pero no es así. Esto puede deberse a un par de razones alternativas:

- a. Una percepción que podría ser acertada de la naturaleza del proceso de ingestión habitual excesiva de alcohol. De acuerdo a los resultados, puede que los sujetos perciban que eliminar las causas de un problema no elimina el problema mismo una vez que éste se ha establecido. Fenómenos como éste tienen una dinámica que los lleva a escalar hasta el punto que la causa deja de ser relevante a la solución. Las variables que inicialmente controlaban la ingestión (externas) pueden cambiar a variables que requieren de soluciones "internas" (modificación de los procesos emocionales del joven).
- b. Una tendencia a percibir la solución desde el punto de vista centrado en las propias habilidades o deseos. Un futuro orientador tiene más que aportar a la solución del problema si ésta tiene que ver con sus capacidades que si es independiente de él. La atribución de efectividad de la solución pasaría a ser una atribución promotora de la imagen de sí-mismo o de la profesión.

En cuanto a la contribución de las distintas causas a la evaluación del modo de solucionar el problema, habría que hacer notar varias cosas.

En primer lugar, puede observarse que la creencia en la efectividad de la solución "interna" (ayudar a solucionar problemas emocionales o de rebeldía) dependen fundamentalmente de la importancia asignada a sus causas correspondientes.

Respecto a las soluciones relacionadas con la familia, puede observarse el fenómeno de que la

Tabla 4

REGRESIÓN PASO A PASO DE VARIABLES INDEPENDIENTES CON VARIABLES DE CRITERIO (SOLUCIONES)

Variable de Criterio	r	Var. Indep. Coef. Regr. Estandarizado	Sign	r	Influencia M. C. M.	Var. Indep. Coef. Regr. Estandarizado	Sign	r	Var. Indep. Coef. Regr. Estandarizado
Evaluación soluc. N° 1 (ítem N° 9)	.557	.645	.001	.227	.070	.585			
Evaluación soluc. N° 2 (ítem N° 10)	.640	.637	.001	.543	-.077	.467		Tensión en la Familia .358	.068
Evaluación soluc. N° 3 (ítem N° 11)	.543	.558	.001	.426	-.172	.181		Problemas Emocionales .225	.029
Evaluación soluc. N° 4 (ítem N° 12)	.642	.694	.001	-.309	-.247	.015		Rebeldía Adolescente -.451	-.032
Evaluación soluc. N° 5 (ítem N° 13)	.402	.388	.003	-.305	-.218	.091		Influencia Gr. Pares .339	.203
Evaluación soluc. N° 6 (ítem N° 14)	.1785	.173	.220		.040	.771			
Evaluación soluc. N° 7 (ítem N° 15)	.4874	.300	.018	.421	.2427	.055		Problemas Familia .3866	.202
Evaluación soluc. N° 8 (ítem N° 16)	.4717	.484	.001	.428	.137	.254		Problemas Familia -.2843	.098

Nivel de significación mínimo aceptable: .05

percepción de la efectividad de ellas depende fundamentalmente de la creencia en la importancia de la falta de control de la familia sobre el adolescente. Esto puede interpretarse como que la familia es percibida como fuente de control del comportamiento del adolescente como variable clave. Los conflictos emocionales dentro de ella serían causas importantes, pero no contribuiría, su eliminación, a la solución del problema.

Las soluciones respecto a los problemas relacionados con el grupo de iguales presentan un cuadro complejo. De partida, el aumentar la cohesión de la familia para contrapesar la influencia del grupo de pares no se ve influido por ninguna variable. De hecho, las correlaciones entre las causas y esta solución son, en general, muy bajas. El promover actividades positivas para los adolescentes sólo aparece relacionadas con la importancia de la falta de actividades positivas como causa, sino con la falta de control por parte de los padres. Nuevamente, la creencia en el papel de la familia como agente de control de comportamiento del adolescente parece hacerse patente.

Las soluciones macrosociales dependen, en la evaluación de su efectividad, sólo de la creencia en la importancia de las causas macrosociales.

Todo lo anterior hace pensar que el proceso de toma de decisiones respecto a soluciones de problemas es más complejo que la pura eliminación de las causas. De hecho, hay una percepción de la importancia de la solución que en ocasiones es

independiente de la evaluación de la causa que se elimina al aplicar dicha solución, sino que con otras causas relacionadas con ella. Hay causas que son importantes para evaluar más de alguna solución, lo que parece reflejar una atribución de una importancia más amplia e influyente. Es el caso de la falta de control del comportamiento del adolescente por parte de la familia, que influye de manera significativa sobre la evaluación de tres soluciones.

Esta complejidad en el proceso de evaluación de alternativas en la toma de decisión plantea varias interrogantes. La aparentemente obvia se refiere a la generalidad de esta complejidad. Siendo los sujetos personas con formación universitaria completa e iniciando un programa de postítulo, puede tratarse de personas cognitivamente más complejas que el común de la gente y en ese caso los hallazgos que se presentan deberían ser comparados con los de otras muestras con distinto entrenamiento y estilos cognitivos diferentes. Otras variables psicológicas podrían influir significativamente: autoritarismo, dependencia del campo perceptual (field dependence), pensamiento lateral vs. pensamiento formal.

En la medida que el proceso de toma de decisiones implica una atribución de causalidad entre otros procesos, éstos deberían ser estudiados y evaluados. Esto contribuiría a entender mejor la manera en que las personas evalúan alternativas de acción y toman decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L., M. Seligman y J. Teasdale. Learned Helplessness in Humans. *J. Abn. Psychol.* 1978, 87, pp. 49-74.
- Bustamante, H., R. Díaz, F. Alliende y M. Didier. *Las Relaciones Humanas en la Organización Laboral*. Santiago, Nueva Universidad, 1979.
- Dienstbier, R.A., D. Hillman, J. Lehnhoff, J. Hillman y M.C. Valkenaar. An emotion-attribution approach to moral behavior: interfacing cognitive and avoidance theories of Moral Development. *Psychol. Review*, 1975, 82 (4), pp. 299-315.
- Donovan, D.M. y G.A. Marlatt. Assessment of expectancies and behaviors associated with alcohol consumption. *J. Studies Alcohol*. 1980, 41 (11), pp. 1153-1183.
- Forsyth, D.R. The functions of attributions. *Soc. Psychol. Q.*, 1980, 43 (2), pp. 184-189.
- Heider, F. *The Psychology of Interpersonal Relationships*. New York, Wiley, 1958.
- Jones, E.E. y K.E. Davis. From Acts to Dispositions: The attribution process in person perception. En L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 2, N. York, Academic Press, 1965.
- Kelley, H.H. Attribution Theory in Social Psychology. En D. Levine (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln, U. of Nebraska Press, 1967.
- Lau, R.R. *The role of attributions in response to illness*. Trabajo presentado a la reunión anual APA, Los Angeles, 1981.
- Robbins, J.M. Lay Attribution of personal problems and

psychological help-seeking. *Soc. Psychiatry*, 1981, 16, pp. 1-9.
 Ross, M. y D. Di Tecco. An attribution analysis of moral judgements. *J. Soc. Issues*, 1975, 31 (3), pp. 91-109.

Schachter, S. The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional states. En L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, (Vol. I) N. York, Academic Press, 1964.

Anexo 1

A continuación una recopilación de las razones que diferentes personas invocan para explicar el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes estudiantes de enseñanza media. Le pedimos que las numere de mayor a menor importancia, dando un *uno* a la causa que Ud. cree más importante, un *dos* al que le sigue, y así, sucesivamente, a todas las que Ud. considere relevantes. Si alguna no importa, no marque nada entre los paréntesis correspondientes al ítem. No coloque más que un 1, un 2, etc.

<i>Importancia</i>	<i>Razón</i>
()	La falta de control del comportamiento de jóvenes por parte de sus padres.
()	Los problemas emocionales, vocacionales y de personalidad propios de la edad juvenil.
()	Las tensiones que existen en las familias de los jóvenes, especialmente de padres e hijos y entre ambos esposos, o la separación de los padres.
()	Las presiones que ejercen sobre el joven los amigos de su misma edad.
()	Las actitudes de los jóvenes hacia sus padres, los adultos y la sociedad en general.
()	La facilidad con que los jóvenes pueden obtener bebidas alcohólicas en botillerías, supermercados y en el comercio en general.
()	La influencia de la propaganda en los medios de comunicación masiva.

- () La falta de actividades constructivas que los jóvenes puedan realizar en sus horas libres.
- () Otra (cuál):

A continuación encontrará una recopilación de medidas que diferentes personas proponen para solucionar el problema del uso excesivo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza media. Le pedimos que numere de mayor a menor las alternativas, poniendo un *uno* a aquellas que para Ud. sería más efectiva, un *dos* a la que sigue y así, sucesivamente, a todas las que Ud. considere potencialmente efectivas, independientemente de limitaciones presupuestarias, de tiempo, etc. Si alguna no sirve, no marque nada entre el paréntesis correspondiente al ítem.

<i>Efectividad</i>	<i>Medida</i>
()	Tratar de solucionar los problemas de índole psicológica de los jóvenes, mediante los servicios de orientadores, psicólogos y psiquiatras.
()	Modificar, mediante la educación y otros medios, las actitudes de los jóvenes hacia sus padres, los adultos y la sociedad.
()	Enseñar a los padres a obtener un mayor control sobre el comportamiento de los hijos, a través de programas de escuelas para padres y otros medios.
()	Implementar actividades culturales, artísticas y deportivas para que los jóvenes usen mejor su tiempo libre.

<i>Efectividad</i>	<i>Medida</i>	<i>Efectividad</i>	<i>Medida</i>
()	Prohibir que se haga propaganda a las bebidas alcohólicas en la televisión, la radio y las revistas.		cohol a los jóvenes en el comercio mediante la vigilancia y el control policial.
()	Aumentar la cohesión de la familia para que los jóvenes tengan menos necesidad de un grupo de amigos de su misma edad.	()	Promover una mejoría de las relaciones dentro de la familia mediante asesoría a padres y parejas con problemas.
()	Controlar mejor la venta de al-	()	Otra (cuál):

El desarrollo social del niño y adolescente: Revisión de algunas variables críticas

LAURA DONOVAN K.¹

RESUMEN

EL DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE:
UNA REVISIÓN DE ALGUNAS VARIABLES CRÍTICAS

El presente artículo revisa una parte de la literatura sobre el desarrollo de la conducta social en el niño y en el adolescente. Examina el papel de algunas de las variables que han sido más investigadas y que son consideradas más críticas para el desarrollo social normal, y que se han relacionado con su retraso y desviaciones. Se revisan variables sociocognitivas tales como la capacidad de tomar la perspectiva del otro y el locus de control interno vs. externo, junto con enfocar la interacción entre pares como factores determinantes en el logro de habilidades sociales, por un lado, y en la inhibición social y la conducta social desviada, por el otro.

Se espera que el desarrollo social del niño lo encamine hacia dos grandes metas: el logro de una interacción satisfactoria con los demás, y un comportamiento conforme a las normas sociales, según su edad.

Con el fin de comprender mejor este proceso, se han examinado algunas de las variables consideradas críticas en el desarrollo social. Al revisar la literatura, dos factores surgen de inmediato en relación con el logro de habilidades sociales: por

SUMMARY

SOCIAL DEVELOPMENT OF CHILD AND ADOLESCENT:
REVIEW OF CERTAIN CRITICAL VARIABLES

This article reviews part of the literature on social development in childhood and adolescence. Several of the variables most researched and considered most crucial for normal social development are examined in relationship to the development of social skills on the one hand, and to social inhibition and anti-social behavior on the other. Specifically, social-cognitive skills, such as perspective-taking ability and internal vs. external locus of control, as well as interaction with peers are reviewed as factors impinging upon normal and abnormal social development.

un lado, la experiencia de la interacción con pares, y, por otro lado, la madurez sociocognitiva del niño. Ambos factores abarcan a su vez una gama de variables más específicas. Es en función de estos dos grupos de variables que enfocaremos el desarrollo social tanto normal como anormal.

Definición de Términos

Hay dos modos de considerar la conducta social, en primer lugar como la interacción social en sí: la conducta de acercarse y relacionarse con los demás. En segundo lugar, la conducta social puede considerarse aquel comportamiento que se adecua

¹Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Psicología. Avda. Vicuña Mackenna 4860.

a las normas sociales y que implica respetar la persona y los derechos de los demás. Así, se opone, por un lado, al retraimiento o aislamiento, y por otro lado a la conducta antisocial o delictual.

Es frecuente en el ámbito de la clínica infantil que las fallas del primer tipo se refieran como "problemas de personalidad", y las fallas del segundo tipo como "problemas de conducta". En un estudio realizado por Paterson (1967) al analizar los motivos de consulta de 427 niños de edad escolar, referidos a un consultorio psicológico, el análisis factorial distinguió dos dimensiones notorias claramente parecidas a esta dicotomía. Un grupo de factores a los que se denominó "problemas conductuales" indicó como los factores de mayor peso: la desobediencia, agresividad, desorden, búsqueda de atención, inquietud, negativismo, impertinencia, destructivismo, irritabilidad, pataletas, lenguaje grosero, celos, y falta de cooperación. El segundo grupo de factores, que se denominó "problemas de personalidad", indicó como los factores de mayor peso: los sentimientos de inseguridad, falta de confianza en sí, timidez, ansiedad, letargia, incapacidad para divertirse, depresión, reticencia, hipersensibilidad, alejamiento, y preocupación.

Esta misma agrupación de conductas (o síntomas) infantiles ha surgido una y otra vez en las investigaciones en las últimas décadas que han empleado el análisis factorial para determinar empíricamente el patrón y la prevalencia de problemas infantiles. Achenbach y Edelbrock (1978) en una revisión de estos estudios llegaron a determinar dos agrupaciones que llamaron "síndromes de amplia envergadura": la de Sobrecontrolado o Internalizador, y la de Descontrolado o Externalizador. Las características de cada síndrome se relacionan directamente con las definiciones operacionales de la conducta social planteadas arriba. Por un lado, habrían niños que manifiestan básicamente un déficit en la interacción social. Por el otro lado, habrían niños que manifiestan conductas desadaptativas según las normas impuestas por la sociedad.

Curiosamente, en el estudio de Paterson, al examinar el nivel de socialización de niños agru-

pados según estas categorías, no se ven diferencias cuantitativas. Ambos, a pesar de sus marcadas diferencias conductuales, demostraron un nivel de socialización inferior a lo esperado para su edad. Los niños inseguros tanto como los agresivos mostraron tener un déficit de normas y de juicios sociales basadas en el control interno y en una moral autónoma. En relación a los niños del grupo control, aparecieron mucho más dependientes del control externo, lo que desde una perspectiva de desarrollo social indicaría inmadurez.

Esto contrasta con el planteamiento teórico de que el niño tímido, retraído, ansioso o "inhibido" es controlado por un "super-ego demasiado fuerte" o tiene un control internalizado exagerado. Por el contrario, según este estudio, el niño socialmente inhibido carecería de un control o normas internas adecuadas para su edad en igual grado que el niño que exhibe demasiado descontrol y agresión.

Podríamos entender estos hallazgos aparentemente contradictorios desde la perspectiva del desarrollo normal del niño. Más específicamente el desarrollo social y moral conceptualizado por Piaget. Según Piaget, el desarrollo de estándares morales deriva de una serie de transformaciones de actitudes y conceptos primitivos propios del desarrollo intelectual y social en sus primeras etapas. Para que estas transformaciones se den, el niño requiere la experiencia social de jugar a adoptar roles dentro del grupo de iguales. Esta experiencia es lo que permite un cambio en la moralidad de reglas basadas en exigencias externas autoritarias, hacia principios internos que gobiernan la conducta. La interacción social y el desarrollo cognitivo permiten que la moralidad del niño pequeño progrese desde juicios unilaterales y absolutistas (fruto de su estilo cognitivo egocéntrico) hacia juicios que muestran calidades recíprocas, mutuas, y relativistas (Piaget, 1969).

La Interacción con Pares en el Desarrollo Social y Moral

La reciprocidad, o la naturaleza recíproca de las relaciones humanas, se aprende no por imitación

de los padres, sino más bien a través de la interacción con los pares.

La conducta del niño pequeño está sujeta a un fuerte control externo por parte de los adultos, que poco a poco va disminuyendo en la medida en que el niño se demuestra capaz de controlarse y de ejercitar el control interno. Como señala Elkind (1981), esta relación del niño con sus padres es unilateral: los padres exigen responsabilidades y otorgan libertades. El niño no puede hacer lo mismo con sus padres. Pero sí lo puede hacer con sus amigos. Al jugar o trabajar entre sí, los niños empiezan a esperar ciertas conductas a cambio de otras. Esperan favores o refuerzos para obedecer los "contratos sociales" entre sí; generalmente el refuerzo es la aceptación social.

El cambio desde una moralidad objetiva (impuesta desde afuera por los padres) a una subjetiva, requiere la oportunidad de ver reglas morales como producto del consenso del grupo. Como paso previo a esto, el niño aprende a abstraer las reglas o normas modeladas y/o impuestas por los adultos. Tiene la capacidad de hacer esto muy bien (conductualmente) mucho antes de poder comprender las reglas verbalmente o explicitarlas. Sabe a temprana edad dónde o con quién puede o *no* puede hacer algo determinado, como jugar con barro o sacar y comerse una barra entera de chocolate. Sin embargo, implica un paso mucho mayor el internalizar dichas normas como suyas y regular su conducta eficazmente por ellas, solo, sin el control externo. Para lograr este paso, se considera indispensable la interacción entre pares, y la adopción de roles en el juego. Esto permite al niño descentrarse y tomar la perspectiva del otro. La falta de estas experiencias puede manifestarse tanto a través de una conducta tímida e insegura, como de una conducta rebelde y agresiva.

En la literatura abundan datos que son consistentes con la hipótesis de la importancia de la interacción con pares.

Hartup (1977) cita un estudio con adolescentes en que se encontró una correlación directa entre el número de clubes y organizaciones sociales a que pertenecían y su nivel de juicio moral. Asimismo se encontró una correlación positiva

entre mayor liderazgo y popularidad (a juicio de sus profesores, pares, y ellos mismos) y mayor juicio moral.

Estudios de Roff (1961) y Roff y Sells (1968) (en Hartup, 1977) proporcionan evidencia que el rechazo social y las relaciones pobres con pares en los niños se relacionan significativamente con conductas sociales desadaptadas en la adolescencia y la edad adulta.

En general la literatura ofrece mucha evidencia de una correlación positiva entre lo que se podría considerar la eficacia general de la persona en el medio interpersonal y buenas relaciones con los pares. Aunque las correlaciones no permiten concluir respecto a la causalidad, es importante constatar que existe dicha relación y que ella caracteriza la conducta de los niños a lo largo de un amplio rango de muestras, etapas evolutivas, y condiciones ambientales (Hartup, 1977).

Después de su revisión crítica, Hartup concluye que la interacción con pares es esencial para el desarrollo normal, y que la intervención terapéutica en la relación del niño con sus pares puede modificar eficazmente el curso general del desarrollo social.

Destrezas Sociocognitivas en el Desarrollo Social

Muchos investigadores han planteado una relación entre la conducta antisocial adulta y los procesos cognitivos inmaduros que reflejan una incapacidad para descentrarse.

Chandler (1973) diseñó un estudio con jóvenes en que planteó la hipótesis de que existiría una relación entre el egocentrismo social persistente y la conducta delictiva crónica, diseñando a la vez estrategias de intervención que confirmarían su hipótesis. Se basó en numerosas investigaciones que como conjunto apoyan la idea de que las personas que presentan retrasos en la capacidad para asumir roles y para tomar la perspectiva del otro, sistemáticamente malinterpretan las expectativas de la sociedad y las acciones e intenciones de los demás, y presentan mayor incidencia de varias formas de desviación social (*op. cit.*).

Concretamente, Chandler comparó 45 jóvenes de 11 a 13 años de edad, considerados delincuentes serios y crónicos por la policía y el juzgado, con

45 jóvenes sin antecedentes antisociales. A pesar de que existían grandes diferencias raciales, étnicas y socioeconómicas entre los no-delinquentes (el grupo control), los niveles de egocentrismo social que presentaron no se diferenciaban entre sí. En cambio, el contraste entre el grupo delincuente y el no-delincente fue marcado y muy significativo. Los delinquentes no distinguían su propio punto de vista del punto de vista de otra persona, y respectivamente atribuyeron al otro información propia y exclusiva de ellos mismos. Los puntajes del grupo de delinquentes correspondieron a lo que se esperaría en niños de 6 ó 7 años de edad.

Chandler proporcionó a los delinquentes un entrenamiento específico en las destrezas de asumir roles y de tomar la perspectiva de otros. El grupo experimental consistió de 15 sujetos quienes se juntaron voluntariamente durante 10 semanas de verano por medio día, para desarrollar, protagonizar, filmar y editar sketches sobre situaciones reales de su vida. Cada sujeto, en grupos de 5, debió actuar cada papel dentro de cada sketch, y cada toma debió ser vista por ellos con el fin de que se vieran a sí mismos desde la perspectiva de los demás. Otros 15 sujetos trabajaron en las mismas condiciones, pero filmaron documentales o dibujos animados en los cuales no podrían actuar ellos mismos, de modo que no tuvieron entrenamiento en la toma de varios papeles y distintas perspectivas. Este grupo constituyó un "control placebo", y un tercer grupo "control" no participó en ninguna actividad.

Al terminar el entrenamiento, el grupo experimental había reducido sustancialmente su nivel de egocentrismo social. Entre este grupo y ambos grupos de control hubo una diferencia significativa en el egocentrismo. En cambio, no se vio diferencia entre los dos grupos de control (a pesar del alto grado de motivación y compromiso visto en la condición control-placebo). Por lo tanto se puede atribuir con mayor confianza el cambio en el nivel de egocentrismo a los componentes específicos del entrenamiento en la toma de roles y perspectivas.

A modo de seguimiento, para ver los efectos conductuales posteriores al entrenamiento, se re-

visaron las fichas policíacas de todos los sujetos delinquentes, a los 18 meses del término de la intervención. En este lapso, había bajado significativamente el número de ofensas registradas por el grupo experimental relativo a los grupos de control. Este cambio conductual, específico del grupo entrenado y cuyo egocentrismo disminuyó, apoya más fuertemente la hipótesis de Chandler que liga la delincuencia crónica con la falta de capacidad para asumir la perspectiva de otro.

El estudio de padres que maltratan a sus hijos es otra línea de investigación que examina la relación entre variables sociocognitivas y conducta desviada. Los adultos que maltratan físicamente a sus hijos generalmente son descritos como pesimistas y fatalistas con respecto a su capacidad de influir en los eventos, egocéntricos, a veces insensibles a las necesidades, emociones y perspectivas de los demás, confusos acerca de sus roles y relaciones, y propensas al castigo físico en vez de técnicas disciplinarias más psicológicas que enfatizan las intenciones en la conducta de los niños (Barahal, 1981). En síntesis, demuestran un locus de control externo e inmadurez sociocognitiva.

Buscando posibles precursores de este pattern en los niños, Barahal comparó 17 niños maltratados con 16 controles entre 7 y 8 años de edad. El resultado más notorio concierne al locus de control. Los niños maltratados demostraron poca fe en su capacidad de impactar y moldear su experiencia, especialmente frente a experiencias negativas, frustrantes. Estuvieron dramáticamente menos dispuestos a asumir responsabilidad personal ante hechos como perder plata, salir mal en una prueba, o ser abandonados por un amigo en una actividad. (Solamente el 12% de los niños maltratados obtuvieron un puntaje de 4.0 o más, en una escala de 7, lo cual se considera locus de control interno, frente al 60% de los niños controles).

Estos resultados son congruentes con las descripciones clínicas de niños maltratados como demasiado sumisos, lentos para desarrollar confianza en sí, e hiperdependientes de las claves externas, en desmedro del feedback interno (*op. cit.*).

El locus de control externo caracteriza al niño chico en sus primeras etapas del desarrollo. En el curso normal del desarrollo, el locus de control se hace progresivamente más interno (Nowicki y Strickland, 1973 citados por Linn y Hodge, 1982). El locus de control externo ha sido asociado con una variedad de conductas menos adaptativas en niños, como el pobre control de impulsos y la baja autoestima. Linn y Hodge (1982) encontraron que los niños entre 8 y 12 años de edad, diagnosticados por pediatras como hiperactivos (sin daño neurológico) aparecían con un locus de control significativamente más externo que los niños del grupo control. Aquí señalamos otra vez la evidencia de una dinámica común —de inmadurez sociocognitiva— a la base de problemas tan fenotípicamente distintos como la inseguridad y sumisión del niño maltratado y la inquietud, desorden, etc., del niño hiperactivo.

Se ha buscado una relación entre la conducta agresiva en niños y déficits en destrezas sociocognitivas. Dodge y Frame (1982) encontraron en niños agresivos una falla sociocognitiva que sesgaba la interpretación que los niños hacían de la conducta de sus pares. Los niños agresivos sistemáticamente atribuyeron intenciones hostiles a otro niño cuando éste había actuado en forma ambigua hacia ellos.

También mostraron una tendencia sesgada a predecir que otro niño les agrediría en el futuro. Más aún, la atribución de intenciones hostiles llevaba directamente a intenciones de responder en forma agresiva. En esta investigación hubo una diferencia significativa entre las respuestas agresivas dadas por los niños del grupo “agresivo” y las del grupo “no-agresivo”; y esta diferencia se explicaba totalmente por la diferencia en las *atribuciones* de estos dos grupos. Mientras una atribución hostil (que el otro había querido agredir) llevaba a una respuesta agresiva tanto en los niños agresivos como en los no-agresivos; la mayor frecuencia de atribuciones hostiles hechas por los niños agresivos resultó en una frecuencia de respuestas agresivas mucho mayor para este grupo. Estos datos apoyan la hipótesis de los autores de que la conducta excesivamente agresiva ocurre en función de sesgos sistemáticos en las atribuciones acerca de la conducta de sus pares.

Otro hallazgo de la misma investigación fue que todos los niños tienden a hacer atribuciones sesgadas respecto a la conducta de otros niños considerados agresivos (los niños agresivos en esta investigación fueron identificados a través de evaluaciones hechas por sus profesores y compañeros). Es decir, existe una tendencia a atribuir intenciones hostiles con mayor frecuencia a niños agresivos. En función directa de esta tendencia, sus pares están más dispuestos a agredir a los niños agresivos. Esto parece lógico y hasta adaptativo, pero la sobregeneralización es tal que produce diferencias incluso cuando la única información que los niños tienen acerca de un niño desconocido que ven en un video-tape es la descripción del Experimentador que el niño que verán es “peleador” versus “amistoso” antes de presentar un mismo episodio filmado.

En este mismo estudio los niños demostraron tener una memoria selectiva de las interacciones que vieron. Recordaron más las claves hostiles que las amistosas de una película cuando se les describía al niño protagonista como “agresivo” antes de verlo. Este hecho resultó en más atribuciones hostiles en torno al niño, y en más predicciones de agresividad futura de parte de él. Al parecer, el recuerdo sesgado sería un mecanismo a través del cual se perpetúa la agresión hacia un niño que padece de una reputación de agresivo.

Los autores interpretaron la evidencia en general como contraria a la hipótesis que un déficit cognitivo, inmadurez cognitiva, o una falta de discriminación causarían las atribuciones sesgadas de los niños agresivos. Ellos razonaron que este sesgo se vio solamente cuando los niños fueron ellos mismos objetos de un acto ambiguo de otro niño (Entre los ejemplos están las situaciones de haberse extraviado su colación y luego ver a un compañero con ella en la mano, o de recibir un pelotazo en la espalda cuando está en recreo). En cambio, no hubo un sesgo en sus atribuciones cuando se trataba de actos de un compañero hacia otro. Cuando ellos fueron observadores y no “víctimas” de la escena, discriminaron actos ambiguos de actos hostiles.

No obstante, en nuestra opinión, cabe postular que aunque los niños agresivos *pueden* discrimi-

minar bien las intenciones de sus pares, no lo suelen hacer en forma habitual, o al menos no lo hacen cuando están bajo mayor stress, como se puede suponer cuando ellos se ven agredidos. Semejante cosa ocurre con muchas conductas que están en vías de adquisición. Como plantea Piaget para funciones en desarrollo, se produce un desfase en que la conducta más madura se da pero no en forma consistente, y se revierte a la forma más primitiva frente a nuevas demandas o stress. Ahora, si existiera un atraso en la adquisición de la discriminación sociocognitiva de los niños agresivos, se podría esperar que este atraso se manifestara justamente en las situaciones de mayor "arousal". De modo que el hecho que puedan discriminar bien en situaciones más objetivas y tranquilas, no implica descartar una cierta inmadurez sociocognitiva como causa de los sesgos que demuestran estos niños en otras situaciones.

Dodge y Frame constataron además que los niños agresivos *reciben* de sus pares más agresión no directamente provocada que los demás niños. Con cierta razón esperarían más agresión hacia ellos mismos, y estas expectativas crearían mayor "arousal" y mayor predisposición a responder en forma más impulsiva.

En conclusión Dodge y Frame hipotetizan que el sesgo atribucional de los niños agresivos podría ser función de una falla general para inhibir respuestas. Citan a otras investigaciones que demuestran que los niños agresivos muestran déficits de inhibición (Camp, 1977; Dodge y Newmann, 1981) y que los déficits de inhibición ocurren con mayor frecuencia durante el "arousal" (Gorensteen y Newmann, 1980). La presente investigación encontró evidencia de un déficit

inhibitorio en cuanto a los niños agresivos produjeron "intrusiones" erróneas en su recuerdo de la conducta y las afirmaciones de otros niños, a un nivel que correspondía a niños 2 ó 3 años menores a ellos. En vista de que la conducta agresiva y las claves hostiles son estímulos muy sobresalientes para todos los niños, la respuesta a estos estímulos sobresalientes —la atribución de hostilidad— sería una respuesta muy asequible y de alta probabilidad para los niños. Los niños más impulsivos (los agresivos) demostrarían un sesgo atribucional al no inhibirla, sobre todo en estado de mayor arousal (siendo "víctimas").

Así, los autores sugieren un modelo de procesamiento-de-información-social para la instigación y perpetuación de la conducta agresiva en niños. Se forma un círculo o espiral vicioso en lo cual la impulsividad y las atribuciones sesgadas hostiles llevan a mayor agresión, lo cual trae más agresión por parte de los pares, facilitando cada vez más las atribuciones hostiles, la agresión y la reputación de agresivo que perpetúa la cadena.

En resumen, al revisar algunas de las vertientes que ha seguido en los últimos años la investigación en el área del desarrollo social del niño, se ha constatado la íntima relación entre la experiencia de la interacción con otros niños y el logro de habilidades sociales adecuadas. Se ha enfocado la relación estrecha entre variables de inmadurez sociocognitivas y la conducta social desadaptativa.

Los hallazgos revisados tienen implicaciones claves para la evaluación clínica e intervención terapéutica con niños que presentan déficits y desvíos en su desarrollo social, y, óptimamente, para la prevención de tales problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenback, Thomas y Edelbrock, Craig. "The Classification of Child Psychopathology: A Review and Analysis of Empirical Efforts", *Psychological Bulletin*, 1978, Vol. 85, N° 6, 1275-1301.
- Barahal, R. "The Social Cognitive Development of Abused Children." *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, Vol. 49, 4.

- Chandler, M. "Ego-centrism and Anti-social Behavior." *Developmental Psychology*, 1973, Vol. 9, 3.
- Dodge, K. y Frame, C. "Social cognitive Biases and Deficits in Aggressive Boys." *Child Development*, 1982, 53 (620-635).
- Elkind, D. *The Hurried Child*. Addison-Wesley, Reading, Mass., 1981.

- Hartup, W. "Peer Interaction and the Behavioral Development of the Individual Child." in Hetherington y Park (ed), *Readings in Contemporary Child Psychology*, McGraw-Hill, N.Y., 1977.
- Krantz, M. "Socio-metric Awareness, Social Participation and Perceived Popularity." *Child Development*, 1982, 53 (376-79).
- Linn, R. y Hodge, G. "Locus of Control in Childhood Hyperactivity." *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50, 4.
- Ogren, D. y Dokeckim, P. "Moral Development and Behavior Disorders in Young Children." en Johnson, Dikecki, y Mowrer, *Conscience, Contract and Social Reality*. Holt, Rinehart, y Winston, N.Y. 1973.
- Peterson, D. "The Insecure Child: Oversocialized or Under-socialized?" en Johnson, Dokecki y Mowrer, *op. cit.*.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1969) *Psicología del Niño*, Ediciones Morata, Madrid, 1973.
- Radke-Yarrow, M. y Zahn-Waxler, C. "The Emergence and Functions of Pro-Social Behaviors in Very Young Children." 1975, en Hetherington y Parke, *op. cit.*

Información y conducta sexual de la adolescente urbano popular chilena*

PATRICIA HAMEL B.¹, DOMINGO ASUN S.², y MÓNICA ANDRADE³.

RESUMEN

INFORMACIÓN Y CONDUCTA SEXUAL DE LA
ADOLESCENTE URBANO POPULAR CHILENA

El presente trabajo intenta describir la información y conducta de adolescentes embarazadas de sectores urbanos populares hacia aspectos de la sexualidad como: menstruación, pololeos, relaciones sexuales y contracepción.

Se estudian 41 adolescentes (13-17 años) que corresponden a 73% del total de las pacientes en control en ese período en un Consultorio Periférico del Área Sur de Santiago.

Predominan la desinformación fisiológica y los sentimientos negativos hacia la menstruación. Son muchachas que comienzan a tener relaciones afectivas heterosexuales precozmente, con varones mayores que ellas. Las relaciones sexuales ocurren en la mayoría a los 15 años o menos con una pareja sexual estable, sin métodos contraceptivos. Los datos reafirman la necesidad de programas formativos en el área psicosexual específicos para estos sectores.

SUMMARY

INFORMATION AND SEXUAL BEHAVIOR IN THE
CHILEAN URBAN ADOLESCENT

The goal of the present work is to describe the information and behavior that pregnant adolescents of low class urban districts have about sexuality: menstruation, going steady, sexual intercourse, contraceptives, and related behavior.

Forty one adolescents (13-17 years) corresponding to 73% of the total patients under control during that period were studied at the Periferic Consulting Clinic of the southern Metropolitan area in Santiago.

The results of the investigation show predominantly lack of information and negative attitudes towards physiological processes. These adolescents are girls who start going steady at a very early age with elder men. Sexual intercourse occurs in most cases before they are sixteen years old, and they maintain the situation without using contraceptives.

All data collected so far indicate the need for educational programmes in the specific psychosexual area for low class urban population.

*Investigación financiada parcialmente por el Servicio de Desarrollo Científico, Artístico y de Cooperación Internacional de la Universidad de Chile, N°s 542-807, 1979-1980.

^{1y2}Psicólogos, Departamento de Psiquiatría, División de Ciencias Médicas Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³Matrona.

INTRODUCCIÓN

Se ha constituido un lugar común en literatura especializada en el tema de que las relaciones sexuales de las adolescentes son cada vez más frecuentes y más precoces (Deschamps, 1979; Conger, 1980; Molina *et al.*, 1981; Baechler *et*

al., 1983). Como uno de los factores que predisponen a esta actividad se menciona el adelanto de la pubertad (Molina *et al.*, 1981) y se observa en todos los países que las muchachas alcanzan en la actualidad su madurez sexual unos 10 meses antes que sus madres (Deschamps, 1979). La madurez femenina precoz (aunque no explica totalmente el hecho), facilita las relaciones sexuales más tempranas que en otras épocas (Deschamps, 1979). En París (Francia) la menarquía ocurre entre los 11 y los 14 años para el 95% de las jóvenes y el 50% la tiene a los 12 años 11 meses (Deschamps, 1979). En sectores escolares del Área Norte de Santiago (Chile) la edad promedio de menarquía es a los 12 años 11 meses (Patri, *et al.*, 1980), participando estos autores de la hipótesis que existe una subpoblación que madura tempranamente: Una de cada veinte niñas presenta su menarquía antes de los 11 años y una de cada treinta la presenta antes de los 10 años de edad. Reconocen en esta publicación que el promedio de edad de menarquía para el sector poblacional estudiado está retrasado en dos meses en relación a otros estudios de la misma área de Santiago, pero con mejor nivel socioeconómico (Patri *et al.*, 1980).

Este adelanto en el comportamiento sexual tiene una correlación directa con los embarazos en las adolescentes y en la repetición de embarazos en éstas. Las tres cuartas partes de adolescentes encinta menores de 17 años han efectuado su primera relación sexual antes de los 15 años. Entre las que no han utilizado ningún contraceptivo, el 90% han quedado embarazadas en el curso del año siguiente a su primera experiencia sexual (Deschamps, 1979). La estadística nacional chilena refleja esta situación con un aumento de un 36% de las madres adolescentes (15-19 años) con hijos nacidos vivos entre 1958 y 1978 (Wells, 1982).

Las adolescentes viven una serie de paradojas: A la precocidad de las relaciones sexuales, se añade gran ignorancia de la fisiología femenina que ha sido denominada "ingenuidad biológica" (Deschamps, 1979).

Por ej., en U.S.A., el 60% de los adolescentes sexualmente activos creen que su fertilidad máxi-

ma comienza con el ciclo menstrual (Fortier, 1976).

En nuestro país, la desinformación que sufren las adolescentes se debe en parte a que la educación sexual ha sido suprimida como programa escolar, fundamentado en que temen que ella estimulará la actividad sexual. Los adolescentes quedan "abandonados a su suerte" en un ambiente lleno de estímulos psicosociales que utilizan el sexo como motivación (publicidad, carteles de cine, revistas, etc.), sin orientación y dirección en esta materia (Ruarca, 1977) y muchos, ya están sexualmente iniciados. La mayor parte de los adolescentes no utiliza un método eficaz para evitar los embarazos. Muchas piensan que no pueden quedar embarazadas porque tienen relaciones sexuales irregulares, o dudan de su propia fertilidad, o creen que actúan dentro del período "seguro" (no teniendo relaciones durante el ciclo menstrual). Desconocen la existencia de métodos contraceptivos como la píldora y los dispositivos intrauterinos, o éstos requieren para su uso de la intervención médica que no solicitan para evitar la desaprobación social, a la que temen exponerse si consultan. También refieren actitudes negativas hacia los contraceptivos por considerarlos peligrosos (Fortier, 1976). Al mismo tiempo los anticonceptivos modernos actualmente más difundidos en uso en los programas de Planificación Familiar no son adecuados técnicamente para aplicarlos en adolescentes, aun en forma controlada (Molina *et al.*, 1981).

Son muchos los factores facilitadores de relaciones sexuales y embarazos entre las adolescentes. Sería largo de exponer todas las características de la sexualidad en esta etapa del desarrollo, pero algunos que nos parecen importantes de señalar son los siguientes: A los 15 años de edad hay una reorganización actitudinal global, una verdadera "revolución" de la moral sexual que evoluciona desde las normas tradicionales, hacia una expresión absolutamente permisiva. Este período de 3 a 4 años, comienza a los 12 años, y es decisivo para la orientación que va a tener el adolescente en la modificación de sus actitudes frente a la sexualidad.

La literatura moderna sobre jóvenes describe

METODOLOGÍA

con frecuencia el uso del "chantaje afectivo" para conseguir, de parte del varón, fines sexuales. La mayoría de las muchachas temen perder a su compañero si rechazan el acto sexual (Tordjman, 1979) y en ellos prima la motivación de incrementar su autoestima masculina (Pelaez, 1983).

Todo este conjunto de factores y muchos otros largos de explicar, ponen de manifiesto que la expresión activa de la sexualidad es un complejo proceso biopsicosocial que merece ser estudiado en sí mismo y más aún si es seguido de un embarazo. Existe poca información y muchas inquietudes. ¿Qué saben las adolescentes de sectores populares sobre su propia fisiología femenina? ¿Qué información y expectativas tienen sobre la menarquía y menstruación? ¿Cómo integran estos aspectos en el proceso de desarrollo del rol sexual femenino? ¿Cómo son los primeros contactos heterosexuales afectivos formales ("pololeo") que representan la antesala preparatoria de la adolescente a una expresión sexual más activa? ¿A qué edad y en qué circunstancias inician las relaciones sexuales? ¿Qué vínculo afectivo las une con su pareja en esos momentos? ¿Qué las motiva y qué cambios emocionales tienen después de sus primeras experiencias? ¿Con cuántas parejas sexuales se han vinculado antes del embarazo actual? ¿Adoptan alguna forma de prevención del embarazo? ¿Qué saben y qué opinan sobre los anticonceptivos? ¿Cuál es el período de mayor riesgo de embarazo considerado por ellas?

El estudiar a adolescentes embarazadas y formularse estas preguntas, permitirá conocer qué características están asociadas al problema de embarazo, de modo de detectar los posibles factores de riesgo y los objetivos que deberán incluir programas preventivos al respecto. Del mismo modo, se hace posible describir elementos que deben considerarse en las acciones a realizar con las mismas madres adolescentes estudiadas.

OBJETIVOS GENERALES

Describir los conocimientos, la información y la conducta sexual de las adolescentes embarazadas de sectores populares Urbanos, en relación a la menstruación, pololeos, relaciones sexuales y prevención de embarazos.

Población Estudiada

Se intentó entrevistar a todas las adolescentes de 17 años o menores que asistían a control de embarazo en un Consultorio Periférico del Área Sur de Santiago, desde octubre de 1979, a enero de 1980. Se citaron 56 adolescentes de las cuales se logró estudiar a 41, las que constituyeron el 73,21% del total de citadas.

Eran jóvenes que tenían condiciones de vida pobres; las viviendas eran propias, pero con un alto hacinamiento por habitación y por cama. Sus familias se caracterizaban por ser irregulares e incompletas (frecuentemente la ausencia de uno de los padres, más acentuadamente el padre); alta frecuencia de embarazos premaritales entre sus miembros, especialmente de la madre y hermanas de la adolescente estudiada; antecedentes familiares de ingestión anormal de alcohol. Los jefes de hogar se desempeñaban en ocupaciones inestables, mal remuneradas y de baja especialización.

En su mayoría, las adolescentes habían nacido y vivido siempre en Santiago, habían desertado de la escolaridad previo al embarazo y casi todas la abandonaron definitivamente después de éste.

Un cuarto de ellas tenía antecedentes obstétricos de partos y abortos espontáneos. La iniciación sexual fue temprana y cerca de la mitad de ellas comenzó a los 15 años de edad, pero en general habían tenido una sola pareja sexual, con varones entre 21 y 30 años. La mitad de ellas se casó embarazada y eran relativamente frecuentes las relaciones de convivencia previas al embarazo. La mitad de las que aún permanecían solteras al ser entrevistadas, tenían planes de matrimonio en el futuro (Hamel *et al.*, 1981).

Instrumentos

Se motivó la participación genuina de las adolescentes, enfatizando la confiabilidad de los datos y el aporte que ellas hacían en beneficio de otras adolescentes de su mismo sector.

Se utilizaron como instrumentos una entrevista estructurada en su primera fase y una semiestructurada en la segunda. Cada entrevista tenía

una duración promedio aproximada de 2.30 hrs. e intentaba profundizar en los temas tratados.

Las respuestas verbales obtenidas fueron categorizadas según la técnica de Análisis de Contenido (Waples y Berelson, 1941). Cada uno de los instrumentos usados fueron previamente probados en un estudio piloto.

RESULTADOS

Menstruación. La edad promedio en que les ocurrió la menarquía a estas jóvenes fue a los 12,3 años. Los rangos de edad se dispersaban entre los 9 y los 16 años. Las mayores frecuencias se concentraron a los 12 y 13 años y a los 14 años más del 95% había menstruado por primera vez.

La mayoría (83%) sabía que les ocurriría este fenómeno, generalmente informadas por su madre. Sin embargo, el contenido de la información fue escueto y práctico. En general les dijeron que era algo "que tenía que llegarles", "que a todas las mujeres les llegaba", "que no se asustaran", sin explicarles más y les indicaron el modo concreto de actuar.

El énfasis fue puesto en "que tuviera cuidado con los hombres", "que no se metiera con nadie", "que no pasara en la calle" e indicaciones de no expresar actitudes inconvenientes con los "pololos".

Se destacó la actuación de una madre, quien le explicó que "se iba a 'enfermar' por abajo y que Dios la iba a castigar si no le decía la verdad". No le explica nada más. "Cada vez que 'me llegaba' (la menstruación), me decía lo mismo, Dios te está castigando".

El resto (17%) no estaba informado al momento de la menarquía. En tal circunstancia, algunas recurrieron a sus madres o hermanas, predominando en ellas el temor y el miedo por lo que les estaba sucediendo. Otras, no se lo dijeron a nadie.

Aproximadamente la mitad de las adolescentes (46,35%) deseaban que se les presentara la menarquía, "para sentirse más maduras", "más mujer", "más señorita", "para ser igual a mis amigas" o "para no sentirse diferente", que fueron las razones más frecuentemente dadas. Dos de ellas deseaban "satisfacer su curiosidad" y en un

caso "esperaba desarrollarse un poco" porque estaba muy gorda.

Menos de la tercera parte (31,70%) rechazaba la menarquía por ser "algo molesto que llegue todos los meses", "incómodo", "aburrido"; por miedo, "creía que iba a caer a la cama", "pensaba que una vez que ocurriera iba a estar así todo el tiempo".

Un 17% no tenía una actitud previa hacia la menarquía porque desconocía el hecho y un 4,88% manifestó una actitud indiferente, "me daba lo mismo que me llegara o no", "no me preocupaba de eso".

Sin embargo, al momento de aparecer la menarquía, predominaban en ellas reacciones emocionales negativas (53,66%), (tales como miedo, vergüenza, rabia, disgusto, sentirse nerviosa) por sobre las reacciones positivas (26,83%) (alegría, "más mujer", orgullo). Es un fenómeno que dejó indiferente a muy pocas (14,63).

Cuando hizo aparición la menarquía, el 44% observó cambios en el comportamiento de sus familiares hacia ellas, especialmente de sus padres. Estos cambios se refirieron especialmente a exigirles un "comportamiento de señorita", "andar con más cuidado, no correr", y les prohibieron "los juegos bruscos, juegos de hombre", "ya era una señorita y las señoritas no hacen eso". "La trataban como adulta, con más respeto, no le pegaban" y restringieron y controlaron sus salidas y encuentros con varones. El resto (56%) aparentemente no observó cambios.

Se les preguntó por qué menstruaban las mujeres. Las respuestas fueron variadas (Ver Tabla 1). Casi la mitad no supo responder esa pregunta (48,78%). Se refirieron a que era algo normal, pero que no sabían por qué ocurría. Una de ellas dijo "yo misma me he preguntado y no me doy explicación". Otra expresó: "no sé, en el colegio dieron charlas cuando tenía 10 años, pero no fui más porque mi mamá me dijo que eso no debían hacerlo las niñas".

Más de la cuarta parte de las muchachas entrevistadas (26,83%) que se refirió a la conceptualización mágica de la menstruación ocurre para "botar la sangre mala del organismo". "Todas las personas tienen que botar todos esos machucones

cuando uno se pega”, “Sangre que hay que botar para que el organismo esté bien”. Esta respuesta se dio sola y asociada a otras creencias.

Casi un quinto del grupo (19,51%) asoció la menstruación a creencias religiosas, se dieron estas creencias solas y acompañadas de otras. “Es un castigo de Dios por la historia esa de Eva”. “Dios lo dispuso así y es un castigo que le dio a Eva”.

Si se consideran todas las muchachas que relacionaron la menstruación a embarazo, fueron muy pocas (7,38%) y la noción que tenían de ésta era “para que se sepa cuando las niñas estén embarazadas”. O sea, servía para diagnosticar el embarazo, pero no como preparación del organismo a él.

Unas pocas la vieron como signo de madurez corporal. “Porque llegan a la adolescencia y el cuerpo madura”, “para desarrollarse”.

En un caso (2,44%) consideraba la menstruación como una descarga sexual femenina, equivalente a la eyaculación del hombre. “Para botar sus deseos”.

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE LA RAZÓN DE LA MENSTRUACIÓN
EXPRESADA EN PORCENTAJES

<i>Razones de la Menstruación</i>	<i>%</i>
No sabe	48,78
“Botar sangre mala”	14,63
Razones Religiosas	12,19
Razón Religiosa + “sangre mala”	7,32
Asociada a Embarazo	4,88
Asociada a madurez corporal	4,88
Expresión de descarga sexual	2,44
Sangre mala asociada a embarazo	2,44
Sangre mala asociada a cambio corporal	2,44
TOTAL	100,00%

Todas, a excepción de un caso, recibieron consejos tradicionales sobre lo que no debían hacer durante su menstruación. Estos consejos se referían en general a “no lavarse el pelo, no bañarse, no mojarse los pies, especialmente con agua helada, no comer limón, ni hacer ejercicios bruscos o fuerzas”, “no ingerir nada helado”.

Cada una de estas restricciones estaba asociada a creencias que implicaban riesgos para la salud:

“volverse loca”, “porque se corta la menstruación y esa sangre mala se va al cerebro”, “la persona se trastorna”, “podía venirle una hemorragia”, “podía causarle problemas más adelante: enfermarse de los ovarios, no poder tener hijos, dolores de cabeza, hasta se corría el riesgo de muerte”. Relataban casos de enfermedad física o mental o muerte de personas conocidas por ellas o por sus familiares, cuyas causas eran atribuidas a “desarreglos” de este tipo durante la menstruación.

Más de los $\frac{2}{3}$ partes (68,29%) de las embarazadas entrevistadas mantenían y respetaban actualmente todos estos consejos. Casi un quinto de ellas (19,51%) no respetaban ninguno y un 12,20% mantenían algunos, especialmente no lavarse el pelo y/o no bañarse. Sin embargo, todas enfatizaron “cuidar su higiene más que de costumbre durante este período”.

POLOLEOS. (Ver nota 1) La edad en que comenzaron a “pololear” estas jóvenes se dispersó entre los 8 años la menor y 16 años la mayor. A los 13 años de edad casi la mitad (48,79%) había iniciado un pololeo.

En más de la mitad de los casos (51,22%) se observó que las diferencias de edad que tenían con el primer “pololo”, oscilaban entre ser de la misma edad y el varón 4 años mayor.

El resto (43,90) se distribuyó entre 5 a 14 años de diferencia, a excepción de una joven que nunca había pololeado y que estaba embarazada por segunda vez de un tío político (ver nota 2) y de otra que no supo qué edad tenía su primer pololo.

Casi las dos terceras partes (63,42%) había tenido una frecuencia de pololeos entre 1 y 3 veces, siendo más frecuente una vez (36,59%). El resto (16,68%) lo había realizado entre 4 y 13 veces.

Al momento de los pololeos más de la mitad de las jóvenes (53,66%) no tenían autorización de sus padres para “pololear”. Para ello debían arreglárselas diciendo que salían con amigas, a com-

Nota 1: “Pololeos”: denominación chilena de las relaciones afectivas heterosexuales formales entre adolescentes.

Nota 2: Se trata de una muchacha que había sido acogida por una tía materna y su esposo, después que su padre la echó a ella y a su madre a la calle.

prar, a ver TV, etc. Como dijo una: "Les metía cualquier grupo". Sin embargo a pesar de las restricciones, se observó que les daban libertad para salir y en general controlaban poco la conducta de la adolescencia, en el sentido de preguntarle más o indagar dónde habían estado efectivamente.

En aquellas que sí tenían permiso de sus padres, éstos le condicionaron el "pololeo" a: "en la puerta de su casa" o "en su propia casa".

RELACIONES SEXUALES. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 14,7 años. Los rangos de edad se distribuyeron entre los 10 y los 17 años. Como se dijo anteriormente (Hamel, *et al.*, 1981), casi la mitad de las adolescentes comenzaron su vida sexual a los 15 años. Interesaba conocer la relación que había entre edad de la menarquía y edad de la primera relación sexual, bajo la hipótesis que a menor edad de menarquía se comenzaban más precozmente las relaciones sexuales. Se observó una correlación ($r = .65$) significativa ($p = 0.05$) lo cual no significa que no habrían otros factores actuando.

En su mayoría (88%) las unía un vínculo afectivo de "pololeo" con su pareja, y en un caso tuvo su primera relación al iniciar la convivencia. El resto se distribuía en parejas diversas: propio padre, un tío político, amigo, esposo, violación.

Casi todas (95%) conocía a su pareja sexual hacía más de un año y el 51,23% de las adolescentes tenía una diferencia de edad con su pareja de más de 6 años.

El lugar donde ocurrió la primera relación fue de preferencia "en casa de él" (32%) y en "casa de ella" (29%), en general "aprovechando que estaban solos". Se pensó que al aire libre como parques, plazas, jardines, potreros serían lugares utilizados por las adolescentes para tales fines. Sin embargo, sólo un 10% las realizó en esos lugares.

Nota 3: Una de las chicas relata "Él siempre me lo pedía. Que si quedaba embarazada, nos casábamos. Yo quería saber si era cierto y quería quedar embarazada. Porque la mayoría de mis amigas hablaban de casarse y tener hijos. A mí me daba envidia las que lo habían logrado. ¿Por qué no tendré hijos y no me caso? Todas mis amigas casadas y yo en las últimas ya". Se trataba de una joven que se inició sexualmente a los 16 años y al momento de la entrevista estaba casada.

Casi todas se iniciaron sexualmente en lugares cerrados (hoteles, casas de parientes y amigos, etc.).

Las motivaciones a la primera relación sexual fueron principalmente afectivas. Más de la tercera parte (34,15%) dice que lo hizo por estar "enamorado". Si se observan otras motivaciones como "temor a perderlo", "para casarse" (Ver nota 3), "la prueba de amor que él me pedía" y el "deseo de que él la quisiera más". En general aparecía una intensa motivación afectiva, conjuntamente con la entrega sexual expresada como un medio para retener a su pareja (39,03%).

Otras razones que aparecieron mencionadas por las jóvenes para iniciarse sexualmente, fue la curiosidad (7,32%) ("para saber cómo era, para vivir la experiencia"), venganza a los padres (4,87%), para que la consideraran más mujer (2,44%) y "aburrida de estar loqueando". Esta última decidió la relación sexual para asumir un rol de adulta.

En el momento mismo de las relaciones sexuales, más de la mitad (51,22%) no pensó en detenerse ("Surgió de repente y no pensé en nada". "Ocurrió sin darnos cuenta". "Fue una cosa del momento, yo quise hacerlo no más"). Un 44% tuvo dudas en ese momento. De éstas que dudaron (18 en total), la principal razón en pensar en detenerse fue el "temor al embarazo". Secundariamente, en algunas (22,22%) surgieron sentimientos de culpa por daño moral a los padres. ("Sí, por mi mamá, me daba miedo que mi mami fuera a sufrir. Yo trataba de no hacerlo pero algo que me obligaba a hacerlo". "Pensé que iba a hacer sufrir a mi papá"). El resto tuvo miedo y temor a la reacción violenta de padres y hermanos ("Pensaba que si ellos supieran me iban a pegar"), (11,11%).

Las reacciones emocionales que las adolescentes tuvieron inmediatamente después de la primera relación sexual fueron predominantemente negativas en casi las dos terceras partes del grupo (63,41%) ("Rabia", "yo misma tenía rabia conmigo y con él", "Le tomé mala, no lo quería ni ver", "vergüenza", "me sentía mal por dentro", "arrepentida", "culpable, rara", "asustada, yo creí que podía quedar embarazada", "miedo,

pensaba que me podía venir una enfermedad”, “manchada, no me sentí en ningún momento bien”, “triste”, “me sentía mal delante de los otros”, “vergüenza ante los demás, sentía como que todos me habían visto”).

Casi un quinto (19,51%) tuvo sentimientos ambivalentes hacia la primera relación sexual. Eran sentimientos contradictorios e inconsistentes: “Feliz porque me había entregado al hombre que quería y triste porque mi mamá iba a sufrir mucho”. Unas pocas (9,67%) experimentaron sentimientos positivos (“me sentí más mujer”, “feliz de haberle dado gusto a él, me sentí bien”). Solamente 3 muchachas (7,32%) experimentaron sentimientos neutros (“me sentí igual”, “no sentí nada”, “nada, mi organismo latió y nada más”).

PREVENCIÓN DE EMBARAZO. Se les preguntó a las adolescentes si la primera vez que tuvieron relaciones sexuales habían tomado alguna medida para prevenir la posibilidad de embarazo. El 90% no las había tomado.

En muy pocos casos (7,32%) la pareja practicaba el retiro (coito interrupto), pero ellas no lo consideraban un método contraceptivo. En un caso (2,44%) practicaban el “petting” profundo sin haber consumado el acto sexual.

Las razones que dieron para no haber prevenido un embarazo fueron muy diversas. Salvo los casos de práctica del “retiro” (coito interrupto) y petting, las adolescentes justificaban no haber prevenido el embarazo por desconocimiento de métodos contraceptivos en casi la mitad del grupo (41,46%).

En un 17,07% manifestó deseos de embarazarse, ya sea “para que los dejaran casarse”, “porque le gustaban los niños”, etc.

Un 12,19% expresó rechazo de los métodos contraceptivos “miedo de usar algo”, “él no quiso”, “mi mamá me decía que era malo evitarse un hijo, tomar pastillas que no fueran autorizadas por un médico”, “yo no quería porque es pecado hacerse remedio. Para qué echar una guagua al mundo si después se hace remedio”. Estas últimas asimilaban la prevención con prácticas abortivas. Casi un 10% no tomó medidas preventivas de un embarazo porque dudaban de su fertilidad “Creía que las primerizas no quedaban embaraza-

das”, “pensaba que no iba a quedar embarazada altiro”. “Pensaba que había que ser mayor de edad, que antes no quedaban”.

En unas pocas (4,88%), ni siquiera lo pensaron por obedecer a un acto impulsivo, y otras (4,88%), pensaban usar “pastillas para abortar” si quedaban embarazadas, la primera vez que tuvieron relaciones sexuales.

La frecuencia de las relaciones sexuales que practicaban estas adolescentes era muy variable y poco predecible para ellas mismas, dependiendo de las circunstancias y posibilidades. Se trató de esquematizar lo más aproximadamente posible de acuerdo a la realidad con que actuaban.

La variabilidad de la actividad sexual era desde relaciones diarias a semanales, diarias o mensuales, semanales a mensuales, semanales a quincenales, etc.

Lo más frecuente eran las relaciones diarias y semanales en mucho más de la mitad de los casos (53,66%).

En relaciones sexuales posteriores, un 68,29% pensó que podía quedar embarazada, un 26,82% pensó que no quedaría nunca y un 4,88% tenía dudas de su propia fertilidad.

Llamó la atención que entre aquellas que pensaron que no quedarían embarazadas era porque “no tenía relaciones durante la menstruación”, “pensaba que había que tener condiciones especiales para quedar embarazada: ser mayor de edad, tener el organismo más desarrollado”, “como la primera vez no quedé, pensé que no iba a quedar”. “Como veía a otras que no quedaban, pensaba que a mí no me iba a pasar”, “pensé que nunca iba a quedar embarazada”. “Él me decía que no iba a quedar”.

Estas adolescentes no sabían distinguir el período de mayor riesgo de embarazo en el ciclo menstrual. Consultadas al respecto, el 82,92% respondió incorrectamente y no sabían y el 17,08% respondió correctamente o tuvieron un conocimiento aproximado pero no preciso.

Entre las que respondieron incorrectamente o no sabían, casi la mitad de ellas (41,46%) pensaba que el período más fértil de la mujer era durante la menstruación y el 17,07% opinaba que cualquier día del mes, con mayor razón “si

estaba enferma". El 19,51% dijo no saber y 4,88% creía que "4 días antes de enfermarse".

Al momento de la entrevista, las opiniones que tenían sobre los métodos anticonceptivos eran preferentemente positivas en más de la tercera parte del grupo (36,58%). Estas opiniones se basaban en la prevención de hijos no deseados o "para no llenarse de familia" con la connotación de "no tener cómo mantenerlos" enfatizando así el aspecto económico.

Las opiniones negativas sobre la contracepción (29,28%) pusieron el énfasis en lo moral: "quitarle la vida a un ser" (asimilándolos en algunos casos, con prácticas abortivas). También los asociaban a daño físico o riesgo para la salud (cáncer, hemorragias, operaciones, "eso hace mal"), a considerarlos ineficientes ("igual queda uno"), y al deber de asumir la responsabilidad del acto sexual ("sí lo hago, tengo que afrontar las consecuencias").

Un 17,07% se mostró ambivalente hacia los métodos anticonceptivos ("Por una parte es bueno porque es un recurso para la familia obrera". "Por otra parte es malo porque no me gusta". "Si una tiene relaciones, le da el ser, tiene que afrontar las consecuencias"). O aceptaban algunos y rechazaban otros.

El resto no manifestó opinión por no conocerlos (17,07%).

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Las relaciones sexuales entre adolescentes son cada vez más frecuentes y tempranas y esto se traduce en embarazos precoces. En base a una serie de inquietudes se han estudiado adolescentes embarazadas menores de 18 años, de sectores populares urbanos chilenos para analizar algunas características del desarrollo psicosexual de éstas y proponer contenidos para programas educativos y preventivos.

a) **MENARQUÍA:** Se investigó un grupo de jóvenes que tuvieron su menarquía a una edad promedio (12,3 años) 7 meses más temprana que la de otros promedios chilenos descritos en trabajos efectuados en sectores escolares de similar estrato socioeconómico (Patri *et als.*,

1980). Si bien manifestaron en su mayoría haber estado en conocimiento previo de que este fenómeno les ocurriría, predominó la desinformación sobre el hecho y un conjunto de reacciones emocionales negativas que las hacían sentirse disminuidas (miedo, vergüenza). En programas de educación psicosexual, será necesario enfatizar no sólo la normalidad fisiológica del fenómeno, sino también una preparación a asumir su femineidad como algo positivo y valioso.

En ese sentido también será útil explicar la razón fisiológica de la menstruación. En general, ninguna de las adolescentes embarazadas tuvieron información sobre sus funciones. Aquellas que se daban una explicación al respecto la asociaban a creencias culturales, relacionadas con la Biblia y como función catabólica del organismo.

La actitud familiar hacia la menarquía comunicaba desinformación, al mismo tiempo que en el momento de ocurrir el hecho, surgía inmediatamente como un peligro potencial de embarazo, que marcaba un cambio conductual hacia la adolescente; este cambio se evidenciaba tanto en el área heterosexual como en exigencias de comportamiento de "señorita". La menarquía tenía importancia como hito biográfico en la sexualidad de estas adolescentes y plantea la necesidad que los programas de educación psicosexual sean previos a ella.

Sería interesante ver en futuras investigaciones cómo se distribuyen estas creencias y actitudes hacia la menarquía y menstruación en grupos comparados de adolescentes no embarazadas del mismo sector social y de otros estratos sociales.

b) **LAS RELACIONES HETEROSEXUALES AFECTIVAS:** Comenzaron a edades relativamente tempranas.

b. 1.) *Pololeo* (ver Nota 4): A los 13 años casi la mitad de las adolescentes había tenido una experiencia de "pololeo". Pese a esta precoci-

Nota 4: Pololeos: Se refiere a las relaciones heterosexuales afectivas de pareja, formalizadas entre los adolescentes.

dad tendieron a la estabilidad expresada en el número de veces que habían pololeado, mayoritariamente una a dos veces. Ninguna comenzó su primer pololeo con un varón menor que ellas. En más de la mitad de los casos sus parejas sexuales tenían una diferencia de edad de 6 años o mayores.

Se pudo concluir que eran relaciones relativamente estables, con compromiso afectivo y con varones aparentemente más experimentados que ellas.

Aunque en su mayoría no tenía autorización para "pololear", esta restricción apareció como puramente verbal. En los hechos no había una conducta consistente de control y restricción más amplia. Al mismo tiempo, las características familiares de hacinamiento, alto porcentaje de alcoholismo entre sus miembros, constitución irregular, convivencias y embarazos premarital (Hamel *et als.*, 1981), entregaban modelos sociales contradictorios con esas normas.

b.2.) *Las Relaciones Sexuales*: Comenzaron con mayor frecuencia a los 15 años, hecho que coincide con otros trabajos chilenos (Wells *et als.*, 1980). Había una relación significativa, entre la edad de la menarquía y el inicio de la actividad sexual. Se comprueba la hipótesis propuesta por Deschamps en el sentido que a mayor precocidad de la maduración sexual, mayor riesgo de inicio temprano de relaciones sexuales. Sin embargo como se mencionó anteriormente en una correlación que deja abierta la posibilidad que otras variables estén actuando, como, por ejemplo, que factores culturales estén condicionando la actividad sexual a esta edad (Hamel *et als.*, 1981).

Habría que agregar que, en general, en la literatura extranjera se mencionan los 15-16 años como un período de cambio de las actitudes hacia la sexualidad, durante el cual se relajan las normas tradicionales restrictivas anteriormente internalizadas, (Todjman, 1979). Al parecer, esta hipótesis se cumple en estas adolescentes.

En casi todas las adolescentes la relación sexual estaba fundamentada en el afecto, eran

relaciones durables y de parte de la adolescente caracterizada por la fidelidad.

El lugar que utilizaron las adolescentes para iniciar su actividad sexual fueron espacios cerrados, generalmente cuando quedaban solas en sus casas. Esto contradice la efectividad de las normas restrictivas de "salidad" para prevenir el embarazo, características de estos sectores poblacionales.

Si bien más de la mitad pensó en detenerse al comenzar la actividad sexual, ni el temor al embarazo ni las culpas frente a sus padres y hermanos fue un control suficiente. Primó más el impulso sexual y el sometimiento a la pareja masculina, aspectos fundamentales de considerar en programas de orientación y educación psicosexual, en sectores populares urbanos. Sin embargo, la gran mayoría tuvo una reacción emocional negativa posteriormente (63,41%), elemento que también habría que integrar en esta educación.

Las relaciones sexuales se tuvieron sin tomar ninguna precaución de embarazo. Muchas no conocían métodos anticonceptivos ni otras medidas contraceptivas para evitarlos, pero tampoco manejaban conceptos básicos del proceso reproductivo. Aunque en opinión de los autores, la educación sexual debe ser integral, incorporando elementos más amplios de la formación personal, es de importancia extrema una información adecuada y detallada de la reproducción y de la fisiología femenina. En estos casos se cumplía "la ingenuidad biológica" (Deschamps, 1979, Fortier, 1976).

La tarea orientada a una labor preventiva de embarazos y de educación sexual será doblemente difícil, dado que primero habrá que renovar toda una "información" cultural previamente establecida.

- c) **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**: Los conocimientos que tenían de los métodos anticonceptivos eran parciales y la tercera parte tenía una actitud positiva hacia ellos. Las 2/3 partes tenían opiniones negativas, ambivalentes o no los conocían. No es opinión de los autores fomentar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes. Estamos conscientes que ni si-

quiera para las mujeres adultas existen métodos adecuados. Sin embargo, para espaciar los nacimientos en hijos de adolescentes y evitar hijos no deseados, es imprescindible que estas

jóvenes sean incorporadas a programas de planificación familiar como asimismo se formen centros que entreguen conocimientos e informaciones sobre educación sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- Baechler, R.; Medina, R.; Silva, C.G.; Simon, M. y Silva, A. Sexualidad en la Adolescencia. *Cuad. Med. Soc.* Vol. XXIV, N° 2, julio 1983, Santiago.
- Conger, Y. *Adolescencia, Generación Presionada*. Edit. Tierra Firme, México, 1979.
- Deschamps, Y.P. *Embarazo y Maternidad en la Adolescente*. Edit. Herder, Barcelona, 1979.
- Fortier, L. Los Aspectos Sociales y Psicológicos de la Contracción en la Adolescente. *L'Union Medicale du Canada*, Tome 105, Sept. 76 pp. 1377-80.
- Hamel, P.; Asun, D. y Andrade, M. Adolescentes Embarazadas de Sectores Populares Urbanos. Características Sociodemográficas y Familiares. *Rev. Chil. Obst. Ginec.* Vol. XLVI, N° 4, 1981.
- Kantner, Y. Social Consequences of Adolescent Pregnancy. En *Adolescent Fertility*. Ed. Donald Y. Bogue, Inter-American Dialogue Center, Airlie, Virginia, 1977.
- Molina, R.; Orellana, M.; López, Y; Muñoz, H.; Orlandi, E. y Alarcón, Y. Fecundidad en la Adolescencia. Cap. XI en *Elementos de Salud Materna y Perinatal*, Edit. Andrés Bello, Stgo., 1981.
- Patri, A.; Valenzuela, C.; Morales, I; Saavedra, I. y Figueroa, L. Estudio de la Edad de la Menarquía en Niñas Escolares de la Enseñanza Fiscal del Sector Norte de Stgo. *Cuad. Med. Soc.* Vol. XXI, N° 3, Stgo., 1980.
- Peláez, P.; Mützel, E. y Medina, A.M. *El Adolescente y Usted*. Edit. Universitaria, 1ª Ed. Stgo., 1982.
- Ruarca, R. Psychological Issues of Adolescent Pregnancy: The Latin American Reality. En *Adolescent Fertility*. Edit. Donald Y. Bogue. Inter American Dialogue Center Airlie, Virginia, 1977.
- Tordjman, G. *Sexualidad y Adolescencia*. Ed. Granica, Madrid, 1979.
- Wajles y Berelson. Content Analysis. En *Handbook of Social Psychology*. Gardner, Lindzcy. Ed. Harvard University Press, Addison Wesley Publishing Ive, Mass, USA, 1941.
- Wells, W. Enfoque Demográfico. En *Reproducción en la Adolescencia*. Congreso de Obstetricia y Ginecología, Santiago, 1980.
- Condiciones Socioeconómicas, Culturales y Familiares de una Población de Gestantes Precoces Controladas en un Consultorio de Santiago. Congreso de Ginecología y Obstetricia, Santiago, 1980.

La observación naturalista como un método de estudio de la realidad psicológica

MARÍA ANGÉLICA KOTLIARENCO¹, JIMENA DÍAZ² Y FRANCISCA FRÍAS³

RESUMEN

LA OBSERVACIÓN NATURALISTA COMO UN MÉTODO DE ESTUDIO DE LA REALIDAD PSICOLÓGICA

El objetivo del trabajo que se presenta es realizar una revisión bibliográfica sobre la observación naturalista, a la vez que da cuenta de la importancia que este método reviste para estudios en el campo del desarrollo humano.

El trabajo se refiere a las características generales del método, a sus concepciones básicas y aplicabilidad.

Más adelante se hace reseña a la importancia de la observación naturalista y se compara con otros métodos utilizados en la investigación psicológica.

Se sugiere que este método puede ser usado con facilidad como complemento de otros en este campo.

Se entrega, además, información sobre los distintos enfoques que investigadores han tenido al utilizarlo.

ABSTRACT

NATURALISTIC OBSERVATION AS A METHOD TO STUDY PSYCHOLOGICAL REALITY

This paper is a bibliographical review on the method of naturalistic observation and pretends to appraise the current state of the art. The scope of the review is to set out its characteristics, basic concepts and applicability.

It further signals out the importance of this method when compared to others in psychological research.

One of the suggestions implied is that the method can be a valid complement to others in this field.

Overall information regarding the different approaches when using this method is also presented.

I. INTRODUCCIÓN

La observación naturalista ha sido ampliamente utilizada en disciplinas como la etología, la zoología y la antropología (Jones *et al.*, 1975; Thorpe, 1979). Consiste básicamente en la observación y registro detallado de las conductas que

realiza un sujeto en su ambiente natural habitual. La concepción básica que hay detrás de ella es que "las conductas naturales sólo pueden ser registradas en ambientes naturales", como señalara Tunnell (1977).

En el campo de la Psicología, los estudios de tipo etológico comenzaron en los años 20, especialmente en Estados Unidos, alcanzando su plenitud en la década del 30 (ver Brackbill, en Smith y Connolly, 1972). Sin embargo, este repunte declina, y en 1940 comienzan a ser gradualmente reemplazados por investigaciones de tipo más

¹ Investigadora Principal del Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer.

² y ³ Investigadoras Auxiliares del Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer.

bien experimental (Smith y Connolly, 1972).

En la década del 70, o a finales del 60, comienzan a aparecer nuevamente una gran cantidad de importantes trabajos sobre conducta humana, realizados por una variada gama de investigadores, como Blurton Jones, Bowlby, Eibl-Eibesfeldt, Hutt y Hutt, McGrew, Hess y otros, que utilizan la aproximación etológica (Smith, 1974). Mitchell (1979) señala que el método de la observación en los ambientes naturales o cuasi-naturales ha sido utilizado con mayor frecuencia que otros métodos, y se aprecia su uso cada vez más frecuente en las áreas tanto de la psicología evolutiva como en el área educacional. Es así como Mitchell (1979) señala que un tercio de los artículos publicados durante este último tiempo en el campo de la psicología del desarrollo han usado este tipo de metodología.

Hasta el momento, la mayor parte de los estudios que han empleado este método, han sido realizados con niños, especialmente con recién nacidos y preescolares, debido, probablemente, a que la evidencia empírica indica que hay menor dificultad en observar a niños que a adultos, especialmente si se realiza en sus contextos naturales. Entre otras cosas, esto se debe a que en dichos ambientes los niños están generalmente en condiciones que se prestan para ser observados, y a menudo no se dan cuenta o no parecen alterar sus conductas cuando los observan (Smith, 1974). El observador parece producir una mínima perturbación en la conducta del niño. A su vez, los niños tienden a no falsear sus conductas o a no desviarse de sus motivaciones, como puede ser el caso del adulto. (Hughes *et al.*, 1980).

Smith (1974) señala, además, que los investigadores en esta área parecen considerar más adecuado observar y estudiar primero edades más tempranas por ser éstas menos complejas.

Sin embargo, a pesar del incremento de los estudios realizados con niños utilizando esta aproximación, aún quedan importantes vacíos en el conocimiento del comportamiento infantil que se da en los contextos naturales habituales (Dunn y Kendrick, 1982) y es necesario considerar la ampliación de este conocimiento con nuevas investigaciones.

La influencia de la etología en el campo del comportamiento humano ha conducido principalmente a destacar y renovar la importancia que tiene la descripción de los procesos psicológicos como herramienta básica de conocimiento (Hinde, 1976).

Es importante destacar que la aproximación etológica no es tanto una alternativa a la investigación en el campo de la "psicología infantil tradicional", sino, más bien, un complemento de ésta. Al respecto, Johnson y Bolstad (1973) han señalado que la observación directa en ambientes naturales fue introducida en la psicología como un instrumento complementario a los métodos más tradicionales, posiblemente después del auge de la terapia de orientación conductista de los años 60.

Al referirse a este método, Bateson (1968 en Smith y Cannolly, 1972), señala que el conocimiento aportado por las técnicas etológicas constituye un complemento a aquellas de los psicólogos. Agrega Bateson que uno de los factores importantes en este campo es que el conocimiento entregado por la etología puede ser considerado como una etapa preliminar para efectuar análisis experimentales más precisos, o plantear hipótesis de trabajo futuro.

II. CARACTERIZACIÓN DEL MÉTODO ETOLÓGICO

El método etológico se basa más en la observación de conductas que en el informe verbal del sujeto o en su introspección, como lo hace la entrevista, y entrega una beneficiosa orientación para aproximarse a diversos aspectos del comportamiento, especialmente en el ámbito del desarrollo social (Smith, 1974). Según Richards y Bernal (1972), el análisis de las interacciones que sostienen los sujetos entre sí requiere de datos detallados acerca de la conducta, los cuales sólo pueden obtenerse a través de la observación directa.

Una de las principales diferencias de este método con respecto a otras técnicas de recolección de información es que los observadores no disponen de clasificaciones previas de las conductas a ser estudiadas. Del mismo modo, tampoco se

deben tener, dentro de lo que es posible controlar, preconcepciones acerca de cuáles conductas deben ser registradas durante las observaciones (Smith, 1974).

De lo anterior se deduce que el primer paso en la aplicación de este método es la observación de la conducta tal cual se da en el ambiente natural, sin incluirla en ninguna categoría a priori. Estas últimas deben surgir de la observación sin supuestos teóricos que la enmarquen en una u otra dirección antes de ser estudiada (Richards y Bernal, 1972).

Con respecto a la definición de las categorías, Smith (1974) señala que el etólogo aspira, idealmente, a definir las de acuerdo a la expresión o manifestación observable de las conductas, evitando en esta forma realizar una interpretación de lo ocurrido. Este mismo autor señala, sin embargo, que usualmente existe cierto compromiso entre este tipo de definiciones y aquéllas de tipo más motivacional, hechas de acuerdo al objetivo que parecen tener las conductas observadas. La literatura indica que algunos investigadores optan más por el segundo tipo, pero especificando en detalle las conductas básicas incluidas en la categoría (Smith, 1974).

Al escoger las categorías, el observador debe generalmente limitar su análisis a un nivel particular de conductas, el cual está relacionado con el método de registro por el que se ha optado, como, por ejemplo, muestreo de tiempo, registro de acontecimientos, registro de secuencias (Lamb, 1979), y con el grado de fineza y detalle que interesa y es posible obtener en las observaciones (Richards y Bernal, 1972).

Para el registro de interacciones, investigadores como Lamb, (1979), Clarke-Stewart (1973), Dunn y Kendrick (1982), utilizan sólo lápiz y papel. Ellos señalan que, en el estado actual de conocimientos es más productivo comenzar por un nivel más grueso de análisis, razón por la cual no utilizan otras técnicas de registro más sofisticadas como serían los audiovisuales. Lamb (1979) señala que es preferible registrar las conductas directamente ya que esto permite considerar también información acerca del contexto general, la cual está con frecuencia ausente de los registros filmados.

Según Leach (1972), el uso del registro escrito es ampliamente aceptado por los etólogos y permite que las interacciones de los niños puedan ser registradas con el suficiente detalle requerido para alcanzar un nivel de análisis confiable. Sin embargo, existen aún, según la autora, algunas imperfecciones en la aplicación de la técnica. Uno de los aspectos más importantes es el hecho que no permite un registro muy exacto de interacciones cuando éstas son muy rápidas y complejas, como en el caso de algunos tipos de juegos violentos en niños de edad preescolar. Por esta razón cuando se utiliza este tipo de registro es conveniente excluir estas situaciones, en las que no sólo es más difícil registrar todo lo que sucede, sino que a menudo es imposible determinar en forma precisa la direccionalidad de la conducta. Esto se puede observar por ejemplo en situaciones en las que hay varios niños interactuando a la vez.

Otro de los puntos señalados por la autora consiste en la necesidad de que haya consistencia en los registros. Un extenso entrenamiento preliminar debería ser suficiente. Sin embargo, no siempre se puede asegurar que todas las conductas sean registradas con igual confiabilidad, dependiendo esto de distintas razones, como ser el estado de alerta de los observadores que podría, si no es considerado seriamente, variar de un día a otro (Sylva *et al.*, 1980). Los psicólogos han intentado combatir este problema con repetidos entrenamientos y pruebas de confiabilidad entre los observadores llegando a resultados muy satisfactorios.

III. VENTAJAS DEL MÉTODO

La utilización de este método tiene algunas ventajas como ser la de permitir obtener información acerca de cómo ocurre la conducta en un ambiente natural (Smith, 1974). De esto se pueden deducir dos características importantes. La primera es que no se necesita someter al sujeto de observación a situaciones experimentales o distintas de las reales. La segunda, es que la información se obtiene directamente, sin intermediarios entre el investigador y las conductas que le interesa estudiar.

Por otra parte, Smith (1974) señala que este método permite la descripción de una amplia

gama de conductas. Según este autor, el observador, más que asumir que entiende el significado de las conductas observadas, describe primero la conducta sin excluir nada de lo que observa, específicamente qué conductas ocurren. En este sentido, se diferencia de otros métodos de observación que utilizan categorías preestablecidas, evitando así deficiencias en las que estos últimos pueden eventualmente incurrir (Smith y Connolly, 1972). Por ejemplo, de este modo se evita excluir gran cantidad de conductas que podrían ser interesantes para el objetivo del estudio particular que se lleva a cabo. Por otra parte, se impiden también las interpretaciones que pueden hacer distintos observadores cuando trabajan con categorías establecidas a priori, las que generalmente obligan a hipotetizar las motivaciones de los comportamientos observados por la forma en que ellas suelen ser definidas.

De acuerdo a Newson y Newson (1974), este método también presenta ciertas ventajas con respecto a otras formas de recolectar información como son, por ejemplo, las entrevistas.

Estos autores señalan como las ventajas principales, las siguientes:

- Evita que el sujeto olvide o distorsione la información que le entrega al investigador, por lo cual proporciona información más confiable.
- Permite obtener información acerca de las interacciones de un sujeto. Según los autores mencionados, éstas suelen ser complejas y se hace difícil recordar los eventos con el detalle necesario. En tales casos la observación directa es la técnica de investigación más recomendable (Schaffer, 1978).

Los mismos autores señalan también que este método permite una aproximación a la conducta sin descuidar los aspectos más básicos de ella. La técnica de los etólogos comienza, precisamente, por el nivel más básico de análisis y, a partir de éste, construye categorías más globales, y no al revés. A través del análisis de secuencias temporales y funcionales se pretende producir constelaciones, o grupos de conductas asociadas, que constituyan los niveles más complejos de comportamiento.

Algunos problemas inherentes al método

Hughes *et al.*, (1980) señalan que el problema que más se le ha criticado a esta técnica es el efecto que el observador puede producir en el comportamiento de los sujetos estudiados. En relación a esto, Richards y Bernal (1972) mencionan que una de las objeciones que se formula en general respecto a las técnicas de observación, es que nunca se conoce la conducta "real", ya que la presencia del observador puede alterar la conducta del sujeto observado. Estos autores señalan que, si bien podría pensarse que el problema se soluciona suprimiendo al observador de la situación, a través de cámaras o espejos unidireccionales, estudios realizados con madres han demostrado que éstas encuentran más perturbador a un observador "no natural" que a uno que ellas pueden ver.

Hughes *et al.*, (1980) plantean también que otra forma de aproximarse al problema es hacer visitas repetidas en diferentes ocasiones y ver los cambios que se producen a través del tiempo, con el fin de evaluar el efecto del acostumbramiento al observador. Se espera que el efecto debido al observador, si es que se produce, será más pronunciado al comienzo del estudio, disminuyendo a lo largo de las visitas sucesivas. Se ha comprobado, en efecto, que los sujetos se habitúan a su presencia a medida que pasa el tiempo. A pesar de esto, Hughes *et al.*, (1980) consideran que posiblemente estos estudios no podrían llegar a ser concluyentes y que, tal vez, sería más realista considerarlos como estudios exploratorios que sólo pueden indicarnos qué conductas de un sujeto o grupo parecen ser las más típicas. Sin embargo, los mismos autores señalan que resultados de otras investigaciones, como la de Johnson y Bostad (1973), indican que comprobaron que no había diferencias significativas en la conducta de los sujetos observados a partir de la octava visita, aproximadamente.

En relación a los problemas de confiabilidad en el registro, O'Leary y Kent (1973), señalan que aun cuando se pueden obtener altos niveles de acuerdo entre los observadores, esto no elimina la posibilidad de prejuicios o sesgos en partes del registro de éstos, ya que muchos factores pueden

estar interfiriendo en este proceso. Con respecto a estos factores, se ha visto que es más difícil obtener altos niveles de acuerdo entre los observadores cuando la observación se realiza en ambientes o lugares confinados (Johnson y Bolstad, 1973).

Hay distintos elementos que analizar respecto de la confiabilidad. Así es como se indica que la confiabilidad de los registros se halla relacionada con el conocimiento que se tenga acerca de lo que se está evaluando (Romanczyck *et al.*, 1973). Scott *et al.* (1967) encontraron que había diferencias en los niveles de acuerdo, alcanzados por observadores "informados" y "desinformados", siendo más alta en el caso de éstos últimos.

Por otra parte, se ha observado que cuando se utilizan pocas categorías se alcanza mayor acuerdo entre los observadores (Mitchell, 1979).

También se ha visto que se alcanzan mejores niveles de acuerdo entre los observadores cuando

la complejidad de la conducta observada es menor (Jones *et al.*, 1975), cuando la frecuencia de la conducta es muy alta o muy baja (Hollebeck, 1978), y cuando el tamaño intervalar es menor (Repp *et al.*, 1976).

Hinde (1976) señala, sin embargo, que a pesar de los problemas inherentes al método, la descripción de lo que se observa puede llegar a ser la base de una mayor comprensión de la dinámica de las relaciones sociales entre los individuos. Agrega además, que en estudios realizados en contextos poco investigados o conocidos, este método permite obtener una valiosa información, especialmente útil para un primer nivel de análisis.

Schaffer (1977) señala que este método representa sin duda un significativo aporte en lo que respecta al conocimiento cualitativo de los procesos o interacciones, especialmente en edades tempranas del desarrollo humano.

REFERENCIAS

- Clarke-Stewart, K., Interaction between mothers and their young children: Characteristics and consequences. En *Monographs of the Society for Research in Child Development*.
- Dunn, y Kendrick, C., *Siblings: love, envy and understanding*. Harvard University Press, Cambridge, 1982.
- Hinde, R.A., On describing relationships. En *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 17, N° 1, 1-19, 1976.
- Hollebeck, A.R., Problems of reliability in observational research. En Sackett, G.P. (ed.), *Observing Behaviours*, Vol. 2. University Park Press, Londres, 1978.
- Hughes, M., Tizard, B., Carmichael, H., Recording Children's conversation at home and at nursery school: A technique and some methodological considerations. En *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1980.
- Johnson, S.M. y Bolstad, O.D., Methodological issues in Naturalistic Observation: Some problems and solutions for Field Research. En Hameslynck, L.A., Handy, L.C., Mash, E.J. (eds.), *Behaviour Change: Methodology, Concepts and Practice*. Research Press, Illinois, 1973.
- Jones, R., Reid, J. y Patterson, G. Naturalistic Observation in Clinical Assessment. En McReynolds (ed.), *Advances in Psychological Assessment*, Vol. 3, Jossey-Bass, Inc., San Francisco, 1975.
- Lamb, M.E., Issues in the Study of Social Interaction: An Introduction. En Lamb, M.E., Suomi, S.J. y Stephenson, G.R. (eds.), *Social Interaction Analysis: Methodological Issues*. The University of Wisconsin Press, Londres, 1979.
- Leach, G.M., A Comparison of the Social Behaviour of some normal and problem children. En Blurton-Jones, N. (eds.), *Ethological studies of child behaviour*. Cambridge University Press, Londres, 1972.
- Mitchell, S., Interobserver agreement, reliability and generalizability of data collected in observational studies. En *Psychological Bulletin*, N° 86, 376-390, 1979.
- Newson, J. y Newson, E., Cultural aspects of Child-Rearing in the english-speaking world. En Richards, M.P.M. (ed.), *The Integration of a Child into a Social world*. Cambridge University Press, Cambridge, 1974.
- O'Leary, K.D. y Kent, R., Behaviour Modification for Social Action: Research tactics and problems. En Hameslynck, L.A., Handy, L.C. y Mash, E.J. (eds.), *Behaviour Change: Methodology Concepts and Practice*. Research Press, Illinois, 1973.
- Repp, A.C., Roberts, D.M., Slack, D.J., Repp, C.F. y Berklen, M.S., A comparison of Frequency, Interval and Time sampling Methods of date collection. En *Journal of Applied Behaviour Analysis*, Vol. 9, N° 4, 1976.
- Richards, M.P.H. y Bernal, J.F., An observational study of mother-infant interaction. En Blurton Jones, N. (ed.), *Ethological Studies of Child Behaviour*. Cambridge University Press, Londres, 1972.
- Romanczyck, R.G., Kent, R.N., Diament Ch. y O'Leary,

- K.O., Measuring the Reliability of Observational data: A reactive process. En *Journal of Applied Behaviour Analysis*, Vol. 6, N° 1, 1973.
- Schaffer, H.R., Early Interactive Development. En Schaffer, H.R., (ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction*. Academic Press, Londres, 1977.
- Scott, P.M., Burton, R. y Radke-Jarrow, M.R., Social Reinforcement under maternal conditions. En *Child Development*, Vol. 38, 53-63, 1967.
- Smith, P.K., Ethological Methods. En Foss B. (ed.), *New Perspectives in Child Development*. Penguin Books, Londres, 1974.
- Smith, P.K. y Connolly, K., Patterns of Play and Social Interaction in Pre-School Children. En Blurton Jones, N. (ed.), *Ethological Studies of Child Behaviour*. Cambridge University Press, Londres, 1972.
- Sylva, K., Roy, C. y Painter M., *Child watching at playgroup and nursery school*. Grant McIntyre, Londres, 1980.
- Thorpe, W.H., *The origins and rise of ethology: the science of the natural behaviour of animals*. Heinemann Educational Books, Londres, 1979.
- Tunnell, G.B., Three Dimensions of Naturalness: An expanded definition of field research. En *Psychological Bulletin*, Vol. 84, N° 3, 426-437, 1977.

Evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis*

JORGE MANZI A.¹, CARLOS ZALAQUETT M.¹, MÓNICA KREBS W., MARTA DUQUE A. y
Ma. MAGDALENA ANINAT S.

RESUMEN

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COMUNITARIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROSIS

Este artículo presenta los resultados de una evaluación clínica efectuada en un programa comunitario para la rehabilitación de neurosis en consultantes de NSE bajo. Dicho programa, que forma parte del Programa Integral de Salud Mental que fuera creado e implementado en el Área Sur del ex S.N.S. en Santiago, se aplicó en pacientes de sexo femenino, y su rendimiento fue comparado con un grupo control.

Para medir los cambios clínicos se utilizaron dos instrumentos que evaluaban el nivel sintomatológico de las pacientes.

Los resultados indicaron que las pacientes que participaron en el tratamiento hasta su término lograron una remisión significativamente mayor de sus síntomas en relación al grupo control y a aquella que desertaron. Estos resultados permiten postular al programa como una alternativa simple y eficaz para la recuperación de la neurosis, que puede ser implementada en un sistema nacional de salud.

SUMMARY

EVALUATION OF A COMMUNITARY PROGRAM FOR THE TREATMENT OF NEUROSIS

This paper presents the results of a clinical evaluation of a communitary program for the rehabilitation of neurosis on lower socioeconomic patients. The program, part of the Integral Program of Mental Health, developed by the National Health Service in Santiago, was applied to female patients and its results were compared with those of a control group.

The clinical changes were measured with two instruments that assess the symptomatological level of patients. Patient who completed treatment showed a significant decrease in their symptoms as compared to a control group and to patients who abandoned therapy. The results suggest that the program can be considered as an efficient and simple alternative for the treatment of neurosis in a National Mental Health System.

INTRODUCCIÓN

La concepción y estructuración de los servicios dirigidos a la atención de los pacientes aquejados por problemas de salud mental, ha evolucionado en menos de cuatro décadas, desde ser instituciones de reclusión y custodia, con una estructura formal y autocrática, hasta constituirse en centros de salud mental comunitaria, conllevando una descentralización de la autoridad y una colaboración e integración entre el hospital general y la comunidad en la formulación e implementación de programas asistenciales.

¹Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Este artículo se basa en la memoria de los mismos autores "Psicoterapia en pacientes de NSE bajo: evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis". Dicha Memoria fue patrocinada por Alex Kalawski, habiendo obtenido la distinción del Colegio de Psicólogos "Mejor Memoria año 1981". A su vez, este artículo es continuación del presentado en el Vol. 5 de esta revista, donde se ofrece un marco general de la terapia con pacientes pobres.

Antes de 1930, los hospitales mentales se caracterizaban por tener un exceso de pacientes, un déficit de recursos, una organización social jerárquica y una administración autocrática. Las comunicaciones en su mayoría eran verticales descendentes (Clovis, 1976). La libertad era limitada tanto para los pacientes como para el equipo que los atendía, en consecuencia muchos pacientes permanecían allí por meses y aun años. La imagen del hospital era la de una institución ajena, improductiva y punitiva. Los pacientes se sentían relegados de la sociedad y temerosos de un posible aislamiento y alienación. La familia era percibida como un elemento perturbador y nocivo para el paciente, por lo que sus visitas y participación eran restringidas (Clovis, 1976).

Desde esta perspectiva se fue evolucionando lentamente gracias al descubrimiento y desarrollo de técnicas de tratamiento fundamentalmente somáticas que introdujeron nuevas posibilidades en un campo hasta entonces considerado terapéuticamente estéril. Esta evolución culminó en la popularización del hospital mental como un centro de salud mental durante los años 50 y 60.

El proceso antes mencionado surgió como consecuencia de la reducción de restricciones a los pacientes, del aumento en la comunicación, y del desarrollo de enlaces y colaboraciones hospital-comunidad en favor del paciente. La atención ambulatoria llegó a ser un servicio de gran éxito para aquellos pacientes que querían permanecer en la comunidad, y se comenzaron a aplicar programas de capacitación dirigidos a miembros no especializados de la comunidad a fin de convertirlos en participantes activos de estos programas.

En Chile, la culminación del proceso descrito se reflejó en el desarrollo del programa integral de salud mental (PISM), que fuera iniciado en los años 68-70 por Marconi y colaboradores (Marconi, 1979) en el Área Sur del ex S.N.S. en Santiago. En tal programa se complementa el modelo unidad de salud mental (centrado en el hospital general) con un enfoque intracomunitario, y contrasta con el modelo asilo-hospital psiquiátrico que prevalecía en América Latina. Este programa no sólo respondió a la evolución descrita anteriormente, sino también a la conciencia que surgió

ante los dos mayores problemas de la salud mental en nuestro país: por una parte, la gran prevalencia de los desórdenes mentales (neurosis, alcoholismo, epilepsia y psicosis, principalmente; Mariátegui y Adis Castro, 1970), y por otra, la insuficiencia y mala distribución de los recursos de salud mental (Ministerio de Salud, 1978).

Tal vez la mejor forma de describir el PISM es citar lo dicho por Marconi, quien enuncia de una manera muy clara las características de éste: "la concepción de enfermedad es biopsicosocial, sus objetivos son de prevención terciaria, secundaria y primaria; los recursos institucionales comprenden, a partir de la periferia: centros comunitarios de Salud Mental, consultorios periféricos, hogares y talleres protegidos y Centros de Salud Mental en el hospital general. La actitud hacia el enfermo no es discriminatoria, se le considera un miembro de la comunidad que debe ser ayudado; la actitud hacia la hospitalización es centrífuga, no se acumulan crónicos; las técnicas terapéuticas están centradas en la socioterapia, terapia conductual y psicofármacos; en ese orden, la administración del programa es democrática descentralizada; la formación del personal es masiva, centrada en líderes comunitarios; la investigación es primariamente operativa, centrada en ciencias sociales aplicadas, su cobertura asistencial es potencialmente total, su difusión y crecimiento son rápidos y de bajo costo; su valor subyacente es la ayuda integral" (Marconi, 1979, pp. 204-211).

Este programa se inició con el tratamiento del alcoholismo y posteriormente ha sido aplicado a neurosis, privación sensorial y psicosis. En este artículo presentaremos una evaluación efectuada en relación al rendimiento clínico del PISM aplicado a la neurosis, para lo cual se comenzará por describir las características del mismo.

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD MENTAL PARA LA REHABILITACIÓN DE LA NEUROSIS

Diversas investigaciones indican que la neurosis es una patología de alta prevalencia en nuestro país (cf Marconi y Muñoz, 1970). Las cifras conocidas fluctúan entre el 8 y el 17%. A partir de tal situación, resulta evidente la necesidad de crear

nuevas estrategias para aumentar la cobertura de los centros asistenciales que ven superadas sus posibilidades de atención dada la creciente demanda. A esto se dirigió el PISM para la rehabilitación de neurosis que comenzó a ser aplicado en 1972.

Concepto de Neurosis

En la formulación del programa se utilizó una definición de neurosis de tipo conductual, en la que se postula que los síntomas neuróticos son conductas aprendidas, vale decir, adquiridas como respuestas habituales ante determinado tipo de estímulos o cambios ambientales.

Básicamente, se define la neurosis, entonces, como síntomas y rasgos anormales de personalidad, los cuales tienen el carácter de hábitos no adaptativos aprendidos en condiciones de hiperemotividad (Minoletti *et al.*, 1972).

Se consideran susceptibles de tratamiento las llamadas neurosis sintomáticas: neurosis de angustia, neurosis fóbica, neurosis depresiva y neurosis obsesivo-compulsiva. Y se consideran no susceptibles de tratamiento las neurosis de carácter, las enfermedades psicósomáticas y las alteraciones sexuales.

Técnica Terapéutica

A partir del mismo marco conceptual usado para definir la neurosis, se han diseñado para el programa técnicas terapéuticas conductuales aplicadas con un sistema de enseñanza programada, adecuado en su lenguaje y contenido para cada nivel de delegación.

Dado el empleo de personal no especializado, se utiliza una técnica grupal simple basada en los conceptos de inhibición recíproca de Wolpe (1970). Ésta se aplica entregando a los pacientes información y explicación del porqué y cómo se producen y manifiestan sus diversos problemas "nerviosos" (psicológicos). Las respuestas emocionales de los pacientes (catarsis) se espera que se contracondicionen con un ambiente grupal permisivo y apoyador, generado por el monitor de grupo, quien además utilizará algunas nociones de manejo ambiental en la solución de las dificultades de los pacientes.

En este sentido, quienes formularon el programa sostienen que la efectividad de este enfoque terapéutico radicaría en un factor cognitivo y otro emocional. El primero, sería la información que se entregaría a los pacientes, y, el segundo, sería la catarsis que experimentarían al expresar sus contenidos emocionales en un ambiente propicio.

El programa opera mediante una estructura piramidal conformada por cinco niveles de delegación, según se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA DE DELEGACIÓN DE FUNCIONES DEL PISM

D1	(Psicólogo, Psiquiatra, Médico Gral.)
D2 D2	(As. Social, Enfermera, Matrona)
D3 D3 D3	(Aux. de Enf., Profes., Religiosos)
D4 D4 D4 D4	(Líderes de la comunidad)
D5 D5 D5 D5 D5	(Comunidad en general)

(Marconi, 1979)

Dentro de esta estructura piramidal, se asigna, a partir de D5, un mínimo operante de reconocimiento y/o resolución de un problema de salud mental a cada nivel de delegación. Los objetivos más simples se delegan al nivel D4, y los más complejos al nivel D1. De esta forma, surgen normas precisas de atención progresiva de los pacientes y de educación preventiva. Los instrumentos docentes, que definen estos objetivos de reconocimiento y/o de resolución delegados en cada nivel, son las Unidades de Enseñanza Programada. En los niveles inferiores, estas unidades están desarrolladas en un lenguaje popular, mientras que en los niveles superiores se emplea un lenguaje más técnico. Para ambas situaciones se sigue la metodología formal de la enseñanza programada.

En la práctica, el programa opera mediante la referencia de los médicos generales. Los pacientes que son diagnosticados con neurosis leve son incorporados a los grupos de tratamiento del programa (dirigidos por asistentes sociales), y los casos más graves son derivados al hospital general para ser atendidos por personal especializado. El

personal a cargo de los grupos de tratamiento es asesorado semanalmente por personal del nivel D1.

Hasta el presente, no se había efectuado más que una evaluación preliminar del programa hasta aquí descrito en lo que respecta a su eficiencia clínica (Ifland *et al.*, 1977). Por tal razón, y considerando que se lo había propuesto como un programa a ser implementado a nivel nacional (Ministerio de Salud, 1978), se consideró importante efectuar una evaluación de los cambios que experimentan los pacientes que participan en el tratamiento, en las condiciones usuales en que el programa es aplicado. Tal es el propósito fundamental de la presente investigación. Adicionalmente, se intentó evaluar la sustentabilidad de las explicaciones que postularon los creadores del programa para la efectividad de la técnica terapéutica.

DISEÑO

Las investigaciones que se llevan a cabo en el ambiente mismo donde surge el problema, como es el caso de este estudio, presentan diversas dificultades metodológicas, tales como selección de la muestra y de instrumentos adecuados, confiabilidad y validez de estos últimos y control de las variables que puedan afectar los resultados. A raíz de esto, se realizó una etapa exploratoria cuyos objetivos principales consistieron, por una parte, en evaluar el funcionamiento de los instrumentos escogidos, estimando su validez y confiabilidad, y por otra, conocer más de cerca la situación experimental "natural" dentro de la cual se desarrollaría este estudio. Para esto, se trabajó en 6 consultorios del Área Sur-Oriente de Santiago, lo que significó evaluar 103 pacientes. Además de permitir la calibración de uno de los instrumentos principales de este estudio, la conclusión básica que se extrajo de esta etapa fue la necesidad de restringir el estudio a un solo consultorio, a fin de controlar la variabilidad de una serie de aspectos inherentes al trabajo simultáneo con varios de éstos. Se escogió el consultorio en que la aplicación del programa se ajustaba más estrechamente a sus lineamientos.

Muestra

La muestra de esta investigación estuvo constituida por dos grupos: pacientes citadas a tratamiento y pacientes asignadas al grupo control. Para el primer grupo se recurrió a las pacientes que consultaban por problemas "nerviosos" y que eran referidas a tratamiento en el consultorio "La Feria" ubicado en el Área Sur de Santiago. En la práctica, se contó con un total de 39 pacientes, distribuidas en dos grupos de tratamiento (de 20 y 19 pacientes), cuyas edades fluctuaron entre 18 y 54 años (promedio: 29) y su escolaridad promedio se encontraba entre 4 y 7 años de enseñanza básica. Ambos grupos estuvieron integrados exclusivamente por mujeres, debido a la dificultad para contar con un número adecuado de hombres. Cabe hacer notar que el elevado número de pacientes asignadas a cada grupo, se debió a la necesidad de asegurar una cantidad suficiente de personas que terminaran el tratamiento, habida cuenta de la alta tasa de deserción que es característica en los pacientes pobres (cf. Zalaquett *et al.*, 1982).

Al momento del análisis, el grupo de pacientes asignadas a tratamiento fue subdividido en tres condiciones:

- a) Pacientes terminales, constituido por aquellas personas que asistieron entre 8 y 12 sesiones de tratamiento (N = 15);
- b) Pacientes inasistentes, conformado por aquellas personas citadas a tratamiento que no asistieron a ninguna sesión de el (N = 15);
- c) Pacientes que desertan, constituido por aquellas personas que habiendo asistido al menos a una sesión, no completaron más de cuatro (N = 6).

Las pacientes asignadas al grupo control fueron mantenidas sin atención durante un período equivalente al del tratamiento del programa integral de neurosis. En este caso, debido a que los consultorios periféricos tienen una orientación asistencial, no fue posible por razones éticas y administrativas extraer de ellos pacientes que permanecieran sin tratamiento. Debido a lo anterior, se recurrió al Policlínico Externo del Hospital Barros Luco-Trudeau, donde se brinda aten-

ción primaria en neurosis, semejante a la realizada en los consultorios periféricos, y donde la presión asistencial de los pacientes es tal, que obliga a mantener una lista de espera por un período aproximado de tres meses.

Aprovechando esta circunstancia, se tomaron 55 pacientes referidas a tratamiento en neurosis primaria por parte del equipo del policlínico (que emplea las mismas normas de referencia de los consultorios periféricos), y se las citó 12 semanas después para tratamiento, al que ingresaban luego de ser evaluadas nuevamente. Se tomó tal número de pacientes con el fin de asegurar que en la evaluación post se contara con un número apropiado de sujetos, teniendo presente que muchas de ellas podían no presentarse y/o recurrir a otras fuentes de ayuda durante los tres meses de espera. A la evaluación post se presentaron 38 de las 55 pacientes, cuyas edades fluctuaron entre los 23 y 49 años (promedio: 35 años), presentando una escolaridad media entre 4 y 6 años de enseñanza básica.

Instrumentos

Para evaluar el estado clínico de los sujetos se recurrió a un cuestionario sintomatológico y a una entrevista psiquiátrica estandarizada más dos escalas de cambio global: una referida a los síntomas y otra al motivo de consulta. Adicionalmente, se construyó un cuestionario para evaluar el grado de conocimiento que adquiriesen las pacientes acerca de los problemas "nerviosos".

a) Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE); es una pauta de entrevista basada en el trabajo de Goldberg y otros en 1970 (Goldberg, 1972), que permite evaluar el estado sintomatológico del paciente. Dicho estado se evalúa a través de la indagación de 12 síntomas que se puntúan en una escala de 5 puntos (0-1-2-3-4) cuyos dos primeros valores indican ausencia o presencia normal del síntoma, mientras los tres últimos expresan grados crecientes de gravedad de los mismos. Dado que en este estudio no interesaban síntomas específicos, se usó como índice del estado sintomatológico la suma de los puntajes obtenida en los 12 síntomas.

b) Cuestionario General de Salud (CGS): es un cuestionario autoadministrado de tipo *screening* que permite detectar la presencia de sintomatología neurótica. Contiene 60 ítems frente a los cuales el paciente debe indicar en una escala de cuatro puntos el grado en que el síntoma le afecta. Los estudios psicométricos originales efectuados por Goldberg (1972) revelaron una buena confiabilidad y validez del cuestionario. En el presente trabajo los autores llevaron a cabo un nuevo estudio, usando para el efecto una muestra de 100 mujeres de NSE bajo, 50 de las cuales acudían a atención por problemas neuróticos, en tanto que las restantes 50 fueron seleccionadas de entre la consultantes al control de niño sano y que eran evaluadas como normales según una pauta aplicada por los autores. Los resultados fueron ampliamente positivos: todos los ítems discriminaban significativamente entre normales y neuróticos, la mayoría de ellos mostraba sensibilidad al cambio, la confiabilidad estimada por bipartición fue de 0,98 en la muestra total y la validez estimada mediante la correlación con la entrevista psiquiátrica estandarizada arrojó un coeficiente de 0,62 (para un reporte más extenso del estudio efectuado con el CGS, ver Aninat *et al.* (1981).

c) Escala de cambio global: este instrumento permitió obtener una estimación general por parte de la paciente acerca de su estado psíquico en el momento de la segunda evaluación comparándose con el momento de la consulta inicial. Poseía un solo ítem con cinco alternativas de respuesta desde mucho mejor hasta mucho peor en relación a la primera entrevista.

d) Pauta para evaluar cambio en el motivo de consulta: éste fue un indicador construido a partir de las respuestas entregadas por las pacientes en la evaluación inicial y final. En el primer caso se indagaba su motivo de consulta, y, en el segundo, mediante una pauta de entrevista, se evaluaban dos aspectos en relación a dicho motivo de consulta: por una parte, la percepción subjetiva que tenía la paciente respecto a si había o no experimentado cambios, y, por otra, un chequeo del estado actual en relación a cada síntoma de los incluidos en el motivo inicial.

e) Cuestionario de información acerca de los problemas nerviosos. Con la finalidad de evaluar el conocimiento de las pacientes acerca de los problemas nerviosos, se construyó un cuestionario con siete preguntas abiertas seleccionadas de entre las contenidas en las unidades de enseñanza de neurosis (texto base del programa). Las respuestas a este cuestionario se emplearon para evaluar uno de los postulados del programa integral. Cada respuesta era evaluada en una escala de tres puntos (0-1-2), de tal manera que el puntaje máximo posible era de 14 puntos.

Procedimiento

Los pacientes aceptados para la muestra fueron sometidos a una evaluación inicial que incluía la EPE, el CGS y la entrevista para evaluar el motivo de consulta. Tal evaluación, llevada a cabo por los autores, permitió además, eliminar aquellos casos que hubieran sido mal referidos al programa o que no correspondieran a las especificaciones de esta investigación, lo cual ocurrió en 19 de los casos. A continuación, el grupo experimental fue citado a tratamiento, en tanto que el control fue citado para tres meses más tarde. Al cabo de los tres meses, todos los pacientes fueron sometidos a una nueva evaluación en que se les administró la misma batería inicial, agregándose la escala de cambio global más el cuestionario de información. A esta evaluación se presentaron 36 de las 39 pacientes citadas a tratamiento y 38 de las 55 pacientes citadas al grupo control, ninguna de las cuales había recibido tratamiento alternativo durante el período de espera.

RESULTADOS

Antes de efectuar el análisis estadístico de los resultados, conviene llevar a cabo un breve análisis descriptivo de algunas características demográficas y psicológicas de las consultantes de esta investigación, puesto que ello puede orientar la comprensión de cómo es la paciente de NSE bajo, que consulta por problemas neuróticos.

En relación a sus características demográficas, podemos describirla como una persona que no ha completado la enseñanza básica, que está casada o

mantiene una convivencia estable, cuyo grupo familiar esta constituido de 3 a 5 personas, una o dos de las cuales sufren o han sufrido algún problema de salud mental, y aunque el jefe de hogar generalmente trabaja, su condición laboral tiende a ser inestable*.

En cuanto a su perfil psicológico, se observa que la mayoría de las veces la queja inicial de la persona contiene síntomas de tipo somático, lo que es consistente con los hallazgos previos de que los pacientes pobres manifiestan su distress emocional o psicológico en términos físicos o somáticos. Al analizar los resultados obtenidos en cada uno de los síntomas evaluados en la EPE, nuevamente aparece de manera preponderante la sintomatología somática, encontrándose también una alta proporción de síntomas depresivos, angustiosos y problemas de descontrol de la agresividad. (ver Gráfico 1).

ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO CLÍNICO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

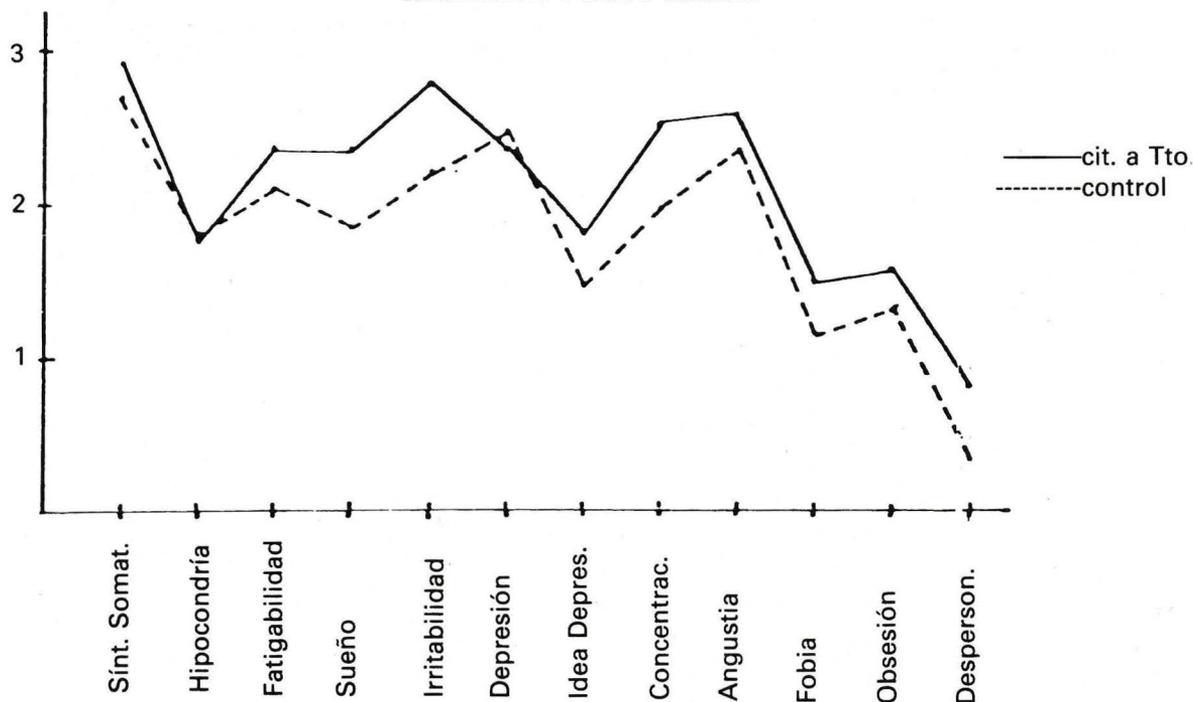
Considerando que el grupo control y el de pacientes citadas a tratamiento habían sido seleccionadas en distintos servicios, cabía la posibilidad de encontrar diferencias entre ambos que pudieran confundirse con los efectos de la variable tratamiento. Por lo anterior se llevó a cabo un análisis discriminante "step wise", en relación al conjunto de variables demográficas y psicológicas presentes en la muestra antes del tratamiento. Los resultados indicaron que cuatro variables discriminaban significativamente entre ambos grupos, por lo que se decidió controlarlas en los análisis siguientes, usándolas como covariantes. Dichas variables fueron la edad, tamaño del grupo familiar, EPE inicial y CGS inicial.

A continuación se expondrán los resultados de la evaluación clínica de los grupos de tratamiento en relación a los cuatro indicadores de rendimiento. Para ello se llevó a cabo un análisis multivariado de la covarianza en que se usó como covariantes

*Conviene precisar que la recolección de información se llevó a cabo entre mayo y agosto de 1981, momento en que la tasa de cesantía era sustancialmente menor que en la actualidad.

Gráfico 1

PERFIL SINTOMATOLÓGICO DE PACIENTES CITADAS A TRATAMIENTO Y GRUPO CONTROL



las cuatro variables antes mencionadas, y como variables dependientes la EPE post, CGS post, cambio global evaluado por el paciente y cambio en el motivo de consulta.

La variable independiente condición de tratamiento poseía cuatro niveles: pacientes terminales, desertores, inasistentes y grupo control.

En la primera etapa de un análisis de la covarianza se lleva a cabo un análisis de regresión, el que permite establecer el efecto que poseen las

covariantes. Los resultados indicaron la existencia de un efecto global significativo de las cuatro covariantes, que el examen específico reveló era debido fundamentalmente a las mediciones pre en EPE y CGS.

Ello puede apreciarse en los coeficientes estandarizados de regresión de las covariantes en las variables dependientes que aparecen en el Cuadro 2.

Cuadro 2

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE REGRESIÓN DE LAS COVARIANTES EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES

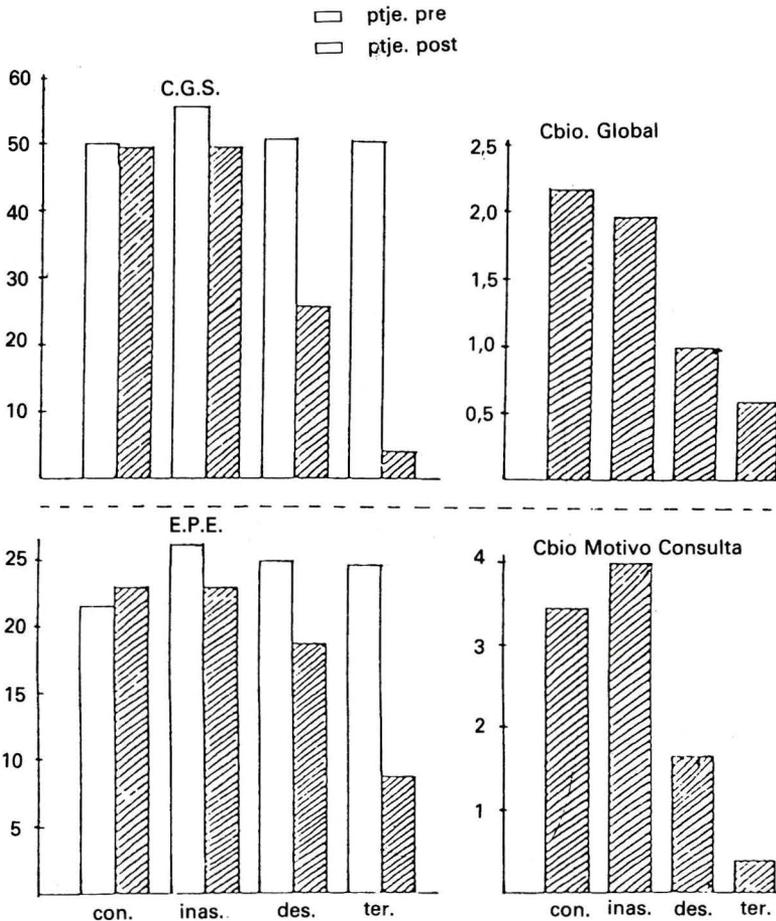
Covariante	Variable		Dependiente	
	EPE post	CGS post	Cbio. Global	Cbio. M.C.
Edad	0,00	-0,02	-0,11	-0,02
Tamaño Grupo Familiar	0,05	0,06	0,14	0,11
EPE pre	0,34	-0,02	-0,10	0,04
CGS pre	0,17	0,57	0,16	0,16

Los resultados confirman la necesidad de retener las mediciones iniciales de EPE y CGS en el modelo para explicar las variables dependientes. El siguiente paso, fue efectuar el análisis de la covarianza propiamente tal, comparando los pro-

medios ajustados de los distintos niveles de la variable independiente. Previo a ello, conviene efectuar un examen descriptivo de dichos promedios, a fin de detectar las tendencias de los datos que serán evaluadas posteriormente.

Gráfico 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMEDIOS AJUSTADOS DE LOS CUATRO GRUPOS DE PACIENTES EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES (SE INCLUYEN LOS PROMEDIOS PRE DE LAS VARIABLES EVALUADAS ANTES DEL TRATAMIENTO)



Si se observa el Cuadro 3 y el Gráfico 2, se puede apreciar que los promedios más bajos en las cuatro variables dependientes se obtuvieron en el grupo de terminales, mientras que los más altos se observaron tanto en el grupo control como en el de inasistentes. El grupo de desiertas se encuentra en una posición aproximadamente intermedia

entre ambos extremos. Esta observación sugiere, en un nivel descriptivo, que la participación en los grupos de terapia produce una mejoría claramente superior en relación a quienes no asisten a ellos. Además, conviene destacar que contra lo que algunas revisiones postulan como habitual (Bergin y Lambert, 1978), es el grupo de termi-

Cuadro 3

PROMEDIOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES AJUSTADOS SEGÚN LAS CUATRO COVARIANTES (ENTRE PARÉNTESIS LAS DESVIACIONES ESTANDARES)

<i>Grupo</i>	<i>Variables Dependientes</i>			
	<i>EPE post</i>	<i>CGS post</i>	<i>Cbio. Global</i>	<i>Cbio. M.C.</i>
Terminales	7,706 (7,200)	6,291 (8,200)	0,589 (0,828)	0,320 (0,632)
Desertoras	17,975 (9,326)	26,343 (18,082)	0,843 (0,894)	1,464 (1,633)
Inasistentes	21,841 (7,035)	46,733 (25,960)	1,841 (1,280)	3,867 (2,236)
Control	23,920 (5,433)	51,016 (26,360)	2,223 (1,001)	3,563 (1,719)
Total	19,730	39,081	1,703	2,797

nales y no el control el que posee una menor variabilidad. Esto sugiere que las ganancias obtenidas por el grupo de terminales serían homogéneas, lo que implica una baja probabilidad de que hayan pacientes deteriorados una vez terminado el tratamiento. En cambio, la mayor variabilidad que poseen los grupos control, inasistentes y en menor medida desertoras, apuntaría a que sus puntajes promedios ocultan la existencia tanto de pacientes que se mejoran como de otros que se deterioran al cabo de tres meses.

Los resultados del análisis de la covarianza que

se observan en el Cuadro 4, confirman claramente que la variable tratamiento tuvo efectos significativos sobre las cuatro variables dependientes, esto tanto al considerarlas en conjunto como por separado. Adicionalmente, el examen de las correlaciones entre la variable compuesta y las variables dependientes, sugiere que aunque el efecto de la variable tratamiento fue significativo en relación a las cuatro variables dependientes, fue el mayor con respecto a la EPE post, un tanto menor con CGS post y cambio en el motivo de consulta y el más bajo en el cambio global.

Cuadro 4

RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA COVARIANZA

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>Significación</i>	<i>Correlación con Variable compuesta</i>
Multivariado	6,061	0,001	0,754
E.P.E. post	25,040	0,001	0,926
C.G.S. post	15,914	0,001	0,739
Cambio Global	9,145	0,001	0,539
Cambio Motivo de Consulta	15,722	0,001	0,722

Los resultados expuestos evidenciaron la existencia de diferencias significativas entre las cuatro condiciones de la variable independiente. Sin embargo, dichos resultados no permiten apreciar directamente entre qué condiciones específicas se producen tales diferencias. Para dilucidar lo ante-

rior, se efectuaron contrastes ortogonales entre las distintas condiciones, obteniéndose diferencias significativas entre los pacientes terminales y el resto de los grupos ($p < 0.0001$). Al comparar las desertoras con las inasistentes y controles, se obtuvo un resultado casi significativo ($p = 0.074$),

que seguramente se explica por el escaso número de sujetos en la condición de desertoras. Finalmente, las pacientes inasistentes y las del grupo control no tuvieron diferencias entre ellas ($p = 0.412$).

Los resultados obtenidos confirmaron plenamente que el programa de tratamiento beneficia clínicamente a quienes lo finalizan en relación a aquellos que no asisten o bien desertan durante su transcurso, así como en relación a quienes permanecen sin tratamiento (grupo control). Estos resultados tienen aun mayor relevancia si se considera que el grupo de terminales presenta la menor variabilidad en la evaluación post, lo que indica que el beneficio clínico es homogéneo, existiendo una baja probabilidad de que el tratamiento de este programa produzca deterioro.

Por otra parte, se observa que el asistir aunque sea a una parte del tratamiento, tiende a producir un beneficio clínico mayor que el no asistir a él o permanecer sin terapia.

El último resultado interesante de destacar, indica que los sujetos que permanecen sin tratamiento al cabo de tres meses se encuentran en un estado clínico semejante al de aquellas pacientes que habiendo sido citadas a terapia, no asisten a ella. Lo anterior no implica que ambos grupos sean homogéneos en otros aspectos (como expectativas, p. ej.), pero sugiere que la decisión de no asistir a tratamiento no se asocia a diferencias en resultados clínicos con respecto a la evolución espontánea de aquellas personas que permanecen sin tratamiento y que no han sido citadas a él.

Análisis de la técnica terapéutica

Como se recordará, los fundamentos teóricos del programa sostienen que los grupos de terapia operan a través de dos mecanismos: información y catarsis. Para evaluar estos dos aspectos se planificó la aplicación de dos mediciones: para la información el cuestionario mencionado más arriba, administrado una vez finalizado el tratamiento, y para la catarsis un análisis cualitativo en base a las grabaciones de las sesiones.

En relación a la información se hizo un análisis de los puntajes obtenidos en el cuestionario por todos los sujetos de la muestra, esperándose que

las pacientes terminales obtuvieran los más altos puntajes, seguidas por aquellas con algunas sesiones de tratamiento (desertoras), quedando las del grupo control e inasistentes con los puntajes más bajos.

Efectivamente, y tal como se observa en el Cuadro 5, los grupos presentaron la gradiente de promedios esperada, observándose que los pacientes terminales poseen claramente el promedio más alto en información. Las diferencias resultaron por lo demás, altamente significativas ($p < 0.0001$).

Cuadro 5

PROMEDIOS DE LOS GRUPOS EN EL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS PROBLEMAS NERVIOSOS

<i>Grupo</i>	<i>Promedio</i>
Terminales	10,47
Desertoras	5,83
Inasistentes	3,33
Control	3,21

En relación a la catarsis, si bien no fue posible el análisis planificado por problemas acústicos en los lugares en que se realizaban las sesiones grupales, al examinar las respuestas que las pacientes terminales dieron a la pregunta de por qué el grupo les había ayudado, se encontró que las respuestas más frecuentes aludían a la catarsis ("desahogarse", "hablar de los problemas", etc.), lo que estaría indicando, aunque de un modo tentativo, que la catarsis también opera como mecanismo explicativo de la efectividad del tratamiento. Sin embargo, hay que considerar con cautela las respuestas de las pacientes, puesto que naturalmente tienden a centrar su percepción en aspectos más gruesos, directos, prácticos y emocionales, y a desconocer o dar poco peso a factores más complejos o sutiles que se dan en un grupo terapéutico, como la comunicación, clima grupal, aprendizaje, reestructuración cognitiva, etc.

Además, si se atiende a los factores que actualmente se consideran como contribuyentes a la efectividad de la psicoterapia, resulta evidente que los factores que el programa destaca como

explicativos, sólo constituyen una parte de la compleja trama de procesos y variables que inciden en su resultado. De cualquier manera, los resultados obtenidos en esta investigación no permiten descartar ambas técnicas, especialmente la información.

CONCLUSIONES

En síntesis, es evidente que los pacientes de NSE bajo poseen una amplia gama de problemas de salud mental, para los cuales han tenido un limitado número de alternativas, que generalmente han sido inapropiadas e insatisfactorias.

Esto muestra claramente la necesidad de invertir esfuerzos teóricos y empíricos para diseñar y evaluar programas, que como el escogido en esta

investigación, provean nuevas alternativas que se adapten a las restringidas posibilidades económicas de nuestros países, maximizando el rendimiento de los escasos recursos humanos y materiales disponibles, e incorporando nuevos agentes a la tarea de construir un ambiente psicológicamente más sano en nuestra sociedad.

Creemos que el programa evaluado constituye un primer y significativo aporte práctico en la tarea antes mencionada, que esperamos continúe siendo desarrollado y apoyado tanto en sus aspectos teóricos y empíricos, a través de nuevas investigaciones, como en su implementación a nivel nacional, lo que requeriría un apoyo institucional de un sistema nacional de salud. Sin duda, los resultados de esta investigación respaldan tales proposiciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aninat, M.; Duque, M.; Krebs, M.; Manzi, Y. y Zalaquett, C. Psicoterapia en Pacientes de N.S.E. Baja: Evaluación de un Programa Comunitario para el tratamiento de la neurosis. *Memoria para optar al título de psicólogo*, escuela de Psicología, U.C., 1981.
- Bergin, A. y Lambert, M.: The Evaluation of therapeutic outcomes. En S. Garfield y A. Bergin (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. New York: Wiley, 2nd. Ed., 1978.
- Clovis, M. Programa de Psiquiatría Comunitaria. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1976, 22, 56-62.
- Goldberg, D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire* Londres: Oxford University Press, 1972.
- Ifland, S.; Michelson, V.; Rojo, A. y Marconi, J. Evaluación del Rendimiento Terapéutico de un Programa Integral de Neurosis, aplicado a una Consulta Externa. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1977, 23, 208-214.
- Marconi, J. Formación de Personal para Equipos de Salud Mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1979, 25, 204-211.
- Marconi, J. y Muñoz, L. Visión General de la investigación epidemiológica en Salud Mental en Chile. En J. Mariategui y G. Adis Castro (eds.): *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina* Buenos Aires: Acta Fondo para la Salud Mental, 1970.
- Mariategui, J. y Adis Castro, G. *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina* Buenos Aires: Acta Fondo para la Salud Mental, 1970.
- Ministerio de Salud Pública de Chile *Políticas de Salud Mental* Doc. Mim., 1978.
- Minoletti, A.; Marconi, J.; Ifland, S. y Naser, S. Programa Intra Comunitario de Neurosis. Un modelo tentativo de prevención secundaria en adultos. Comunicación Preliminar. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1972, 18, 15-21.
- Wolpe, J. *The Practice of Behavior Therapy* New York: Pergamon, 1970.
- Zalaquett, C.; Manzi, J.; Duque, M.; Krebs, M. y Aninat, M. El proceso Psicoterapéutico con Pacientes Pobres *Revista Chilena de Psicología* 1982, 1-2, 45-53

PANEL

El retorno de los exiliados: Sus características y tareas vitales

EUGENIA WEINSTEIN¹
Programa Médico Psiquiátrico
F.A.S.I.C.

RESUMEN

EL RETORNO DE LOS EXILIADOS: SUS CARACTERÍSTICAS Y TAREAS VITALES

Este trabajo procura caracterizar la complejidad del proceso de retorno del exilio desde una perspectiva psicológica. Se analizan la variedad de experiencias que acompañan el reencuentro con la propia patria, el impacto subjetivo que estas experiencias tienen sobre las personas, y los requisitos de una reparación efectiva del daño psicológico que estas experiencias provocan. El objetivo central del trabajo es desarrollar un enfoque comprensivo sobre un problema psicosocial, que debido a su magnitud, inevitablemente afectará la tarea de psicoterapeutas y otros especialistas en salud mental durante la próxima década.

INTRODUCCIÓN

El retorno del exilio es un proceso complejo, sobrecargado de significados, emociones y consecuencias, que afectará profundamente en un futuro próximo a una parte importante de la población chilena. La problemática planteada por aquellas personas que han logrado reingresar al país en el último tiempo ha demostrado la necesi-

ABSTRACT

THE RETURN OF EXILES: CHARACTERISTICS AND VITAL ASSIGNMENTS

This work characterizes, from a psychological perspective the complexity of the process of returning from exile. The variety of experiences included in the reencounter with one's own country, the subjective impact of these experiences, and the requisites for an effective repair of the psychological damage produced by these experiences, are analyzed. The central objective of this paper is the development of a comprehensive approach to a psychosocial problem, that because of its magnitude, will inevitably affect the work of psychotherapists and other mental health specialists for the next decade.

dad de comprender lo más cabalmente posible este fenómeno, en sus aspectos vivenciales y psicológicos, con el fin de desarrollar un enfoque orientador y preventivo en salud mental. Durante cuatro años un grupo de asistentes sociales, psiquiatras y psicólogos, hemos cumplido la labor de brindar acogida a más de 200 familias retornadas, proporcionándoles información, orientación y atención psicoterapéutica. Creemos, producto de nuestra experiencia con retornados, estar en condiciones de afirmar que el problema del exilio y del retorno no es una situación privada y subje-

¹Barros Borgoño 21, Providencia, Santiago. Chile.

tiva que compete sólo a los afectados y sus familiares o personas más cercanas, sino que es un problema social de dimensiones nacionales que requiere de políticas globales en su enfrentamiento ya que ineludiblemente impregnará la tarea de los trabajadores de salud mental en la próxima década.

¿Qué es el proceso de retorno del exilio?

A pesar de las dificultades de hacer apreciaciones generales frente a fenómenos complejos, se hace necesario esclarecer los aspectos esenciales de esta problemática. En función de este propósito, haremos una precisión metodológica diferenciando las características del proceso de retorno en *características primarias*, que son aquellas inherentes e intrínsecas al retorno y *características secundarias*, que son aquellas que de acuerdo a las diversas circunstancias y condiciones objetivas que el retornado encuentra, suelen acompañar al proceso de retorno, pero que no le son inherentes.

I. CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS DEL RETORNO

Dentro de esta categoría podemos diferenciar a su vez entre las características propiamente tal, que obedecen a un nivel descriptivo de análisis y las tareas vitales que el individuo enfrenta, las cuales hacen referencia a la dimensión vivencial de la experiencia de la persona retornada en cuanto a las demandas psicosociales que debe enfrentar y a su esfuerzo por resolverlas.

1. Características

- a) A todo retorno, valga la redundancia, antecede un exilio. En otras palabras, exilio y retorno son procesos indisociables que involucran necesariamente la dimensión histórica, de tal manera que, cada exilio con sus antecedentes y características personales, sociales, políticas y económicas condicionará la modalidad particular que asume el retorno.
- b) El retornado del exilio en algún momento o permanentemente ha sostenido ideas o implementado acciones contradictorias con el actual régimen lo que determinó de alguna manera su

abandono del país. En este sentido el retornado es una persona que ha recibido un castigo de significativas consecuencias para su proyecto de vida por el hecho de haberse adherido a ciertas ideologías.

- c) Los retornados son personas cuyo crecimiento y desarrollo vital en algún momento fue violentado y sometido a presiones inadecuadas e involuntarias (prisión, tortura, persecución, peligro a su seguridad o a la de sus familiares, marginación crónica del trabajo, etc.) lo que culminó en la ruptura compulsiva de su cotidianeidad que es el exilio.
- d) El exiliado previo a su retorno ha debido conocer e integrarse de alguna manera a una o más culturas, sistemas políticos y organizaciones sociales diferentes al chileno.
- e) Durante su permanencia en el extranjero, el retornado debió establecer alguna forma, ya sea positiva o negativa, de vinculación afectiva, laboral y social en el país o países de exilio.
- f) La materialización del retorno obedece a una *decisión de* retorno no libre de ambivalencia y contradicciones que involucra tanto a la persona como a todo su grupo familiar.
- g) Los exiliados vuelven a un país que ha cambiado profundamente durante su ausencia.
- h) El retorno implica necesidades de readaptación a un sociedad distinta.
- i) Las antiguas pautas de referencia y claves de identificación físicas, sociales y emocionales que el sujeto poseía con respecto a su propio país antes del exilio han sufrido cambios de diverso grado durante la permanencia en el extranjero.

2. Tareas vitales

- a) Necesidad de construir una nueva cotidianeidad, esta vez a partir de una doble experiencia emocional: la ruptura, ahora voluntaria, de otra cotidianeidad, la del exilio, y la constatación de lo irrecuperable de aquella otra, la anterior al exilio, forzosamente perdida.
- b) Necesidad de percibir, asumir y elaborar las limitaciones propias, así como la dependencia en el funcionamiento cotidiano, lo cual va desde el manejo del dinero y el idioma hasta la

ubicación en las calles y ciudades del país.

- c) Necesidad de recuperar un espacio propio tanto en lo físico (reconstrucción de un mundo material: rearmar casa, obtener muebles, enseres, ropa apropiada al clima, etc.), emocional (reconstrucción de vínculos con parientes, amigos, conocidos, etc.) y social (establecimiento de relaciones con instituciones, organizaciones, etc.).
- d) Necesidad de reelaborar experiencias pasadas de dolor, pérdidas, adaptaciones, postergaciones, etc., a medida que conjuntamente se aprehende un presente desconocido y se proyecta un futuro incierto.
- e) Necesidad de asumir la paradoja de tener que readaptarse a la propia patria con todas sus connotaciones subjetivas de confusión de identidad que esto implica.
- f) Necesidad de comprender la realidad social, política y económica del país en la actualidad. Esta tarea vital impone exigencias tanto de tipo intelectual como emocional en la persona. Se trata no sólo de recuperar para sí la información y hechos no vividos para decodificar con coherencia los acontecimientos actuales, sino también de compatibilizar la experiencia directa de la realidad del país con las expectativas previas, sobrecargadas de significaciones, anhelos y necesidades, así con los propios planteamientos ideológicos.
- g) Necesidad de percibir, asumir e integrar los cambios propios y de los demás durante el tiempo del exilio. Esta tarea vital hace referencia al hecho que el paso del tiempo, durante períodos históricos convulsionados y complejos, afecta a las personas de muchas maneras. El retornado debe comprender no sólo sus propios cambios, sino también aquellos de las personas que se quedaron y a las cuales extrañó. Los procesos vitales seguidos por el retornado y sus personas cercanas en Chile, no necesariamente son convergentes. La multiplicidad de experiencias no compartidas puede crear obstáculos para un reencuentro, situación que exige una flexibilidad de parte de las personas afectadas.
- h) La necesidad de recuperar una identidad so-

cial, personal y laboral que venza la sensación de sentirse extranjero en la propia patria. Esta tarea vital plantea altas demandas a las capacidades de integración y síntesis de la persona. Se trata no sólo de ser capaz de reconocerse a sí mismo a través del tiempo a pesar de la diversidad y muchas veces incompatibilidad de las experiencias vividas, sino también que los otros significativos y la sociedad logren reconocerlo a uno como quien es o aspira a ser.

En síntesis, el retorno da cuenta de una situación compleja y multifacética, que sin ser necesariamente descompensadora de la persona, la sobrecarga de un conjunto de tareas vitales a ser enfrentadas todas simultáneamente en momentos muy connotados por las circunstancias que llevaron al exilio, los años de exilio y el impacto del reencuentro con la patria. A pesar de que el proceso de retorno puede ser una experiencia enriquecedora y potenciadora del crecimiento personal, constituye un nuevo momento de alto riesgo a la integridad psicológica de la persona, la cual requiere de apoyo y soportes afectivos y objetivos que le permitan elaborar el dolor por las pérdidas del pasado y la expectación por un presente inédito. Presente, en el cual la identidad y la cotidianidad tan abruptamente cortada por el exilio y tantas veces reencontrada en el anhelo y la fantasía, debe ser sustituida por una nueva, de lenta y difícil reconstrucción.

II. CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS DEL RETORNO

En esta categoría incluimos aquellas situaciones que suelen acompañar el proceso de retorno aunque no le son inherentes y que complejizan aún más el fenómeno que estamos tratando de comprender. Destacaremos aquellas situaciones que nos parecen más relevantes.

- a) *Problemas laborales.* Más allá de los índices de cesantía crónica que se han observado en el país durante los últimos años, el exiliado que retorna a su patria enfrenta desventajas adicionales para encontrar trabajo. Un estudio realizado en 1980 con familias retornadas muestra que, mientras en el país el índice de cesantía era aproximadamente de un 14%, entre los seis

meses y el año después del regreso al país un 44% de los jefes de hogar estaban cesantes, un 32% tenía trabajos inestables u ocasionales, y del 24% restante que había encontrado trabajo, un 50% laboraban en ocupaciones ajenas a su formación y experiencia.

Entre las razones que explican esta desventaja para encontrar trabajo en los retornados podemos mencionar la falta de contactos y orientación en la búsqueda de trabajo, capacitaciones durante el exilio en áreas para las cuales en Chile no hay demanda y, por sobre todo, el estigma social que significa haber estado exiliado. Un período prolongado en el extranjero después del 73 parece constituir un mal antecedente en el currículum que incapacita para encontrar trabajo, al identificar a las personas con condiciones políticas determinadas de manera visible.

Es así como la falta de trabajo imposibilita al retornado formular un proyecto de vida que se asiente sobre bases materiales mínimas, aumentando por lo tanto su inseguridad, inestabilidad y la dificultad de readaptarse a su propia patria.

- b) *Problemas habitacionales.* Muy ligado a los problemas laborales el retornado y su familia se encuentran muy frecuentemente obligados a vivir de allegados en casa de familiares o amigos, con las inevitables consecuencias de hacinamiento, promiscuidad, tensiones, falta de privacidad, desvalorización, etc., que esta situación provoca cuando no encuentra pronta solución.
- c) *Disgregación de la familia* por problemas económicos y habitacionales. Producto de lo anteriormente descrito, muchas familias han debido recurrir a la separación, repartiéndose en casas de diferentes familiares y amigos y muchas veces en diferentes ciudades del país, para poder sobrevivir.
- d) *Problemas de aislamiento.* Esta situación puede darse tanto por rechazo de la familia, vecinos o amigos, o bien por reacción del propio retornado, por temor a comprometerse.

Adicionalmente la imposibilidad de insertarse en el plano laboral profundiza el aislamiento y sensación de marginación.

- e) *Dificultad en el reconocimiento y revalidación de estudios.* Éste es un problema que afecta frecuentemente a los niños y jóvenes, los cuales al retornar enfrentan grandes dificultades para ingresar a los centros de estudios, debiendo rendir exámenes, retroceder en años respecto al grado que le corresponde, o someterse a procesos de revalidación largos, engorrosos y muchas veces imposibles. A ello se suma el enfrentamiento a un sistema educacional diferente, no facilitador del diálogo y limitante en lo participativo.

Esta situación también afecta a los adultos que aprovecharon sus años de exilio para perfeccionarse o cursar carreras profesionales. Al retornar se encuentran que su experiencia, dedicación y esfuerzo no es reconocido en el propio país, experimentando altos grados de frustración, sensación de haber perdido el tiempo, y de rechazo a una identidad adquirida y valorada en el extranjero. De este modo, energía y capacidad canalizada productivamente durante el exilio, es desperdiciada al retornar.

- f) *Tensiones familiares y conyugales.* La inestabilidad provocada por la situación económica, laboral, habitacional y la dificultad de reiniciar lazos afectivos y sociales tienen repercusiones en el sistema familiar y en la pareja, la cual se ve impactada por un conjunto de presiones simultáneas de difícil manejo en condiciones de escaso o nulo apoyo externo.
- g) *Alteraciones emocionales.* Producto de todo lo anteriormente descrito, la emergencia de perturbaciones psíquicas se hace altamente probable dificultando aún más el proceso de reinserción. La acumulación de tensiones, daños, pérdidas e interrupciones del proyecto de vida desde antes de partir al exilio culmina en el retorno a una sociedad sin conciencia cabal del problema, que no sólo no está dispuesta a enfrentar el problema y a reparar el daño causado, sino que adicionalmente recarga al retornado con nuevas exigencias, demandas y presiones.

Un estudio realizado en 1980 con familias retornadas muestra, en cuanto al origen de las perturbaciones emocionales presentadas al re-

torno del exilio, que el 47% de los entrevistados presentaron por primera vez sintomatología psiquiátrica después de 1973 y antes del exilio, un 38% durante el exilio y sólo un 15% exclusivamente al retorno. Estos datos dan cuenta del hecho que gran parte de las alteraciones emocionales presentadas al retorno encuentran su origen en la secuencia de hechos traumáticos que la persona ha padecido durante los últimos años y que al retorno, debido al conjunto de tensiones y presiones que involucra, actúa más bien exacerbando patología previa o debilitando mecanismos de defensa psicológicos por lo que se dispara la expresión desorganizada de ambivalencias, afectos, expectativas, temores, decepciones tanto por el pasado como por el presente y el futuro.

En cuanto al tipo de perturbaciones emocionales que se observan con más frecuencia en las personas retornadas cabe destacar básicamente tres:

- Los cuadros angustiosos, con síntomas de inquietud, irritabilidad, insomnio, menoscabo de las funciones ideo-asociativas y comportamiento desorganizado;
 - Los cuadros depresivos, con síntomas de desánimo, apatía, crisis de lágrimas, tristeza, abatimiento, fallas de concentración y memoria, desinterés y pesimismo, y
 - Una combinación particular de síntomas angustiosos y depresivos acompañados generalmente de alteraciones psicosomáticas tales como cefaleas, náuseas, diarreas, mareos, úlceras, etc.
- h) *Juicios y problemas legales pendientes.* Un número significativo de retornados se ha encontrado con situaciones legales emprendidas en contra de ellos durante su ausencia en el exilio y que por lo tanto al retornar se encuentran amenazados por una probable sentencia de multa, enajenación de bienes, prisión, etc.
- i) *Amedrentamiento.* Son frecuentes las llamadas telefónicas amenazantes, los seguimientos y otras formas de persecución. Adicionalmente, publicaciones en los medios de comunicación de masas donde se sindicaba a retornados como autores de hechos delictuales o actos de terro-

rismo y como participantes de “enfrentamientos” armados, contribuyen a crear un clima de temor e inseguridad para las personas que intentan reintegrarse a su patria.

- j) *La actitud de las personas que permanecieron en el país.* Los familiares cercanos, los amigos y la sociedad global no ha asumido el problema del exilio con todas sus dimensiones e implicaciones. La falta de comprensión del problema, la distorsión que se ha hecho de éste a través de los periódicos y revistas, así como la diversidad de expectativas, percepciones y juicios acerca de lo acontecido en los últimos años en el país hace necesario que, para comprender qué les pasa a nivel subjetivo y objetivo a los retornados, debamos tratar de elaborar lo que nos pasa a nosotros, los que permanecemos en el país, con respecto al retorno. Las falsas imágenes, los comprensibles sentimientos encontrados, las difíciles situaciones tanto políticas como económicas que se han debido enfrentar en el país y la ausencia de una política nacional frente a la problemática del exilio y del retorno, es un factor que debe ser meditado y asumido si se quiere acoger de manera integral y consciente a los compatriotas que intentan reinsertarse a nuestra sociedad.

III. PROCESOS SUBJETIVOS DETERMINANTES EN EL REENCUENTRO CON LA PROPIA PATRIA

a) *El problema de las expectativas*

La decisión de retorno implica un conjunto de anhelos, necesidades y esperanzas no siempre asumidas con el mismo grado de conciencia por las personas involucradas. Es así como la palabra volver a retornar puede tener para el individuo más significados de lo que él mismo se ha explicitado a sí mismo o a los demás. Volver puede ser el retorno a lo desconocido, o finalmente el descanso después de tanta angustia e incertidumbre, o el reencuentro con lo propio, lo seguro, lo estable, o la posibilidad de retomar los contactos afectivos, sociales y políticos que conformaban la identidad previa, etc.

A poco andar, el retornado se encuentra con que la realidad es incapaz de contener todas las expectativas depositadas en ella. El país ya no es el mismo, más bien la persona se encuentra con una realidad insegura e inestable, difícil de comprender y asimilar. El espacio propio del pasado ya no existe y debe ser reconstruido nuevamente. La posibilidad de que la conciencia sea invadida por las experiencias dolorosas del pasado aumenta, la persona se siente débil frente a las nuevas tensiones y presiones y frente a las frustraciones que impone la realidad a los significados y connotaciones depositadas en ella.

b) *El problema del conocimiento del país*

Al retornar las personas se encuentran con que sabían los hechos y acontecimientos más relevantes sucedidos en el país en los últimos años. Es decir, en general no hay un problema de desinformación. Sin embargo, los datos leídos y discutidos en el exterior son incorporados de manera idealizada o intelectualizada sin posibilidad de integrarlos en el contexto en el cual ocurren, lo que coarta la posibilidad de utilizarlos al retorno de manera realista.

Esta situación provoca vivencias paradójicas tales como la sorpresa ante una realidad que no se desconoce, la falta de comprensión de hechos sobre los cuales se está informado, la dificultad para ponderar o interpretar los nuevos acontecimientos o la incapacidad para asumir en la práctica situaciones, como la económica y represiva, frente a las cuales no sólo se contaba con información, sino también con elaborados análisis previos y con frecuencia una posición definida.

El cúmulo de contradicciones que genera el conocimiento de la realidad chilena provoca en general un alto monto de ansiedad entre los retornados. La toma de conciencia acerca de la propia carencia de un repertorio conductual, intelectual y emocional adecuada para enfrentar la cotidianidad es un proceso lento y doloroso, expresándose en una profunda dificultad para aceptar que el aprendizaje previo del país y el recientemente adquirido en el exilio son insuficientes. El retornado requerirá de un nuevo aprendizaje, que integre información, emoción y práctica concreta, en

una realidad si no desconocida, de todas maneras nueva y quizás algo ajena.

c) *El problema de los vínculos*

Cuanto más frustrante, amenazante o conflictiva aparezca la realidad externa mayor será la búsqueda y demanda de compensaciones y gratificaciones al interior del grupo familiar, el cual requiere de un gran equilibrio para resistir este aumento de las exigencias y tensiones que recaen sobre él. En el caso de los retornados, el grupo familiar no está intacto, sino más bien profundamente desgastado por las experiencias de pérdidas, encuentros y desencuentros, desarraigos y adaptaciones, inseguridad, etc., conjuntamente con los problemas económicos, laborales, habitacionales y otros que ya hemos descrito anteriormente. En este contexto las presiones que genera el retorno son difícilmente asumidas con equilibrio por el grupo familiar, produciéndose frecuentemente problemas conyugales y de relación con los hijos adicionales, y los ya acumulados durante el exilio. La ansiedad y la inestabilidad que genera el proceso de reinserción no siempre encuentra el apoyo adecuado en los otros miembros de la familia los cuales, a su vez, también se encuentran sufriendo consecuencias emocionales producto del retorno. De este modo tiende a generarse una escalada de demandas insatisfechas que conduce a aumentar la frustración, el temor y la inseguridad.

Adicionalmente el hecho de vivir de allegados resta intimidad y privacidad para ventilar y resolver los conflictos. En el caso de las mujeres solas que vuelven a vivir con sus padres se observan contradicciones entre la autonomía adquirida durante los años anteriores y la dependencia que genera la nueva situación. Para las parejas la posibilidad de inserción, trabajo y encuentro de un espacio de desarrollo y participación no sigue necesariamente el mismo ritmo para cada uno de los cónyuges, lo que puede producir competencia, sensación de estar en desventaja o la vivencia que las pérdidas y beneficios que ha producido el exilio y el retorno han generado desigualdades entre ellos difíciles de superar.

En síntesis, se observa la necesidad de replantear vínculos, roles y funciones tanto al interior

de la estructura familiar como en relación al grupo social en circunstancias adversas, lo que dentro de un contexto general de cambio e inestabilidad tiende a sobrecargar los vínculos afectivos poniéndolos a prueba de una manera no buscada, generando las condiciones para la irrupción de conflictos emocionales e interpersonales.

d) *El problema de la integración de la experiencia de exilio*

Los sucesivos quiebres y rupturas de la cotidianidad, identidad, vínculos y percepciones que genera el exilio y el retorno producen una gran dificultad en las personas para asumir aspectos tan disímiles y variados de su historia vital en una experiencia interna coherente y totalizadora.

Se observa con frecuencia al retorno la tendencia a dejar entre paréntesis períodos completos de la vida en el exilio, ya sea por la dificultad inherente que el rescatar experiencias dolorosas tiene para las personas, o la carencia de espacio real que el país ofrece en las actuales condiciones políticas a los exiliados que retornan para transmitir su acontecer vital, en sus más variados aspectos, durante sus largos años en el exterior.

De este modo, gran parte de lo adquirido y vivido en el exilio en el plano cultural, ideológico, educacional, laboral, lingüístico, afectivo, social, etc. no encuentra acogida ni canales de expresión al regresar al país. Aspectos de las personas durante su estada en el exterior deben ser dejados al margen de sus vidas y conciencia como requisito implícito para reinsertarse en su propio país.

La dificultad para integrar la experiencia de exilio le resta continuidad a la vida de las personas, a la vez que contribuye a ahondar la brecha que ha dividido a los chilenos durante diez años. La imposibilidad de vivir el presente como un proceso que integre plena y abiertamente el pasado, de modo que la historia de cada uno se inserte coherentemente con la historia del país expresado en la forma de conciencia nacional, inevitablemente conduce a los sentimientos de vacío y desvalorización que suelen acompañar subjetivamente al hecho del retorno.

e) *El problema de las contradicciones*

El retorno es vivido con un cúmulo de sentimientos ambivalentes o contradictorios. Por un lado, encontramos el conjunto de demandas y presiones antes expuestas, aunadas con la inseguridad económica, laboral, física, previsional, habitacional, afectiva, etc., y por otro, el alivio y la alegría frente al fin del exilio, el reencuentro con familiares y amigos, la posibilidad de elaborar un proyecto de vida coherente y de participar activamente en la construcción de un futuro.

El retornado necesita compartir sus propios sentimientos encontrados para clarificarse a sí mismo y así evitar una confusión que conduce a la sensación de soledad y aislamiento en el propio país. Un país que no acoge el problema del exilio a nivel social, obliga a las personas afectadas a resolver sus contradicciones como algo estrictamente individual, sobrecargando los espacios afectivos privados. Los familiares y amigos intentan ayudar, pero a su vez están sumidos en sus propios problemas y las posibilidades que tienen de acoger a los retornados de manera integral son limitadas.

El aislamiento es por definición contrario a la inserción requerida para elaborar las experiencias pasadas y asumir el presente. La tarea de construir nuevos referentes afectivos, sociales, laborales y políticos requiere de un intercambio abierto de las contradicciones que los últimos diez años han producido en las vidas de las personas. A su vez, de la clarificación y comprensión de estas experiencias y sentimientos contradictorios dependerá en gran medida el éxito o fracaso de las respuestas que el retornado implemente para lograr reinsertarse a su propio país.

IV. CONCLUSIONES

Se desprende de la caracterización del proceso de retorno que hemos intentado, que éste es un problema nacional de múltiples dimensiones que no puede seguir siendo asumido de manera privada por los propios afectados y sus familiares, amigos y organizaciones más cercanas. El enfrentamiento parcial de esta problemática impone nuevos daños a las personas y a un país profundamente herido y dividido.

La implementación de políticas globales que sitúen el problema del exilio y el retorno en el centro de la conciencia nacional se transforma en un requisito indispensable para el restablecimiento pleno de este derecho, en el entendido que un daño socialmente causado sólo puede ser socialmente recuperado.

REFERENCIAS

- Recopilación Documentos de Trabajo sobre Exilio y Retorno. Ediciones Signos de los Tiempos. Programa Médico-Psiquiátrico - FASIC. Santiago de Chile, noviembre, 1982.

CRÓNICA

La imposibilidad de no comunicar*

ALEJANDRO LÓPEZ R.¹ y M. ANDREA PARADA C.²

Universidad Católica

RESUMEN

Uno de los principales aportes del Enfoque Interaccional de la comunicación fue definir cinco axiomas exploratorios acerca de los efectos pragmáticos de ésta en las relaciones interpersonales. El presente artículo hace una revisión detallada de uno de estos axiomas, el cual plantea la imposibilidad de no comunicar.

Se describen así mismo algunos de los problemas que se producen cuando las personas incurren en maniobras en un intento por no comunicar, trasgrediendo así el axioma descrito.

El Enfoque Interaccional de la Comunicación, desarrollado a partir de la obra de Gregory Bateson (1) y los aportes de J. Haley (3) y P. Watzlawick y col. (4) entre otros, definió tentativamente cinco axiomas fundamentales de la comunicación en virtud de sus importantes consecuencias pragmáticas, esto es, de sus efectos en el comportamiento, en cualquier situación interpersonal. El concepto de comunicación adquiere aquí un sentido especial que Birdwhistell describe muy bien al sugerir que "un individuo no comunica: participa en una comunicación o se convierte en parte de ella. Puede moverse o hacer ruidos...

*Extractado de la tesis de grado de los autores que fue patrocinada por el profesor Franco Simonetti. Premiada por el Colegio de Psicólogos de Chile en 1982.

¹ y ²Luis Thayer Ojeda 95, Of. 403.

SUMMARY

One of the main contributions of the Interactional View of Communication was to define five exploratory axioms about the pragmatic effects of it in interpersonal relations. This article is a detailed review of one of these axioms, which states the impossibility of not communicating. It also describes some of the problems that arise when people make maneuvers trying not to communicate, thus transgressing the described axiom.

pero no comunica. De manera similar, puede ver, oír, oler, gustar o sentir, pero no comunica. En otras palabras, no origina comunicación, sino que participa de ella. Así, la comunicación como sistema no debe entenderse sobre las bases de un simple modelo de acción y reacción, por compleja que sea su formulación. Como sistema, debe entenderse a nivel trasaccional" (4).

Dado el énfasis en el aspecto interaccional de la comunicación humana, la descripción y análisis de estos axiomas se centra en la comunicación diádica entre personas, en las cuales las claves intercambiadas emanan directamente del cuerpo (movimientos, gestos, posturas), el habla (verbalizaciones), la voz (tono, volumen, tempo, etc.) y el contexto inmediato (situación física, social, cultural, etc.). Sin embargo, queda abierta la

posibilidad de una traspolación cuidadosa de estos axiomas a los fenómenos de la comunicación intrapersonal (diálogos internos), la comunicación animal o la comunicación social (medios de comunicación de masas, relaciones internacionales, etc.). Desarrollaremos a continuación uno de estos axiomas.

LA IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICAR

Este axioma se deriva necesariamente de una propiedad básica del comportamiento; ésta es, no hay algo que sea lo contrario de comportamiento, no existe el no comportamiento y, por lo tanto, es imposible no comportarse. Moverse o quedarse quieto, hablar o permanecer callado, sonreír o mostrarse inmutable, presentarse o no a una cita, retirarse de una situación, etc. Todos constituyen comportamientos. Es necesario insistir en que el comportamiento no se limita a lo que se hace, sino que incluye las verbalizaciones, posturas, gestos, etc. Además, el no hacer, no decir, no gesticular, también constituyen formas de comportamiento. Si se acepta que todo comportamiento en una situación de interacción tiene un valor comunicativo entonces no se puede dejar de comunicar, aun cuando se intente. En una situación interpersonal todo comportamiento influye sobre los demás, les comunica algún mensaje y éstos no pueden dejar de responder a tales mensajes comportándose y comunicando a su vez (5).

Para ejemplificar de alguna manera tomemos el caso de un viaje en Metro. La generalidad de las personas muestran una mirada perdida o una mirada fija en algún punto (generalmente el piso) o una mirada inquieta que va fijándose brevemente en un sinnúmero de puntos sin detenerse en ninguno. Además, no hablan, se muestran inmutables y permanecen en una postura rígida hasta que deben bajarse.

Aparentemente estas personas no se están comportando o comunicando algo, sin embargo su comportamiento (serios, mudos, rígidos y mirada perdida) tiene un extraordinario valor comunicativo que podría ser parafraseado como “no deseo hablar con nadie” o “no quiero que me hablen”. El efecto pragmático de esta comunicación es también extraordinario, puesto que generalmen-

te los demás responden dejando tranquilo a su vecino.

Supongamos que estas mismas personas se encuentran en una fiesta. No es difícil imaginar que su comportamiento será totalmente distinto y conllevará un mensaje tipo “deseo hablar con alguien” o “quiero que me hablen”. Esto nos indica que en cualquier situación no sólo el comportamiento de los demás es comunicativo sino que existen también índices comunicativos inherentes al contexto físico y social. Estos índices también comunican y provocan efectos pragmáticos importantes en las personas. El comportamiento de éstos varía según se hallen en el Metro, en una fiesta, una conferencia o un dormitorio, aun cuando se encuentren con la misma persona.

Las situaciones anteriormente descritas nos estarían indicando que el comportamiento como comunicación no es un fenómeno aleatorio, sino que está guiado por reglas así como el lenguaje lo está por su gramática. Existiría un código abstracto de reglas de la comunicación nunca formalizado ni plenamente consciente que se iría adquiriendo a lo largo de la vida. Estas reglas nos indicarían qué y cómo es posible comunicar qué cosas y en qué situación. Se nos plantea así el problema de si la comunicación es o debería ser intencional, consciente y eficaz.

Cuando se está interesado en el intercambio de información en un nivel consciente, voluntario y deliberado entonces la intencionalidad es un ingrediente esencial de la comunicación. Esto sucedería en el caso de programar una computadora, por ejemplo, donde es importante un intercambio estricto de información. Sin embargo, es necesario insistir en el hecho de que la comunicación tiene lugar sea o no intencional. La intencionalidad no es un prerrequisito de la comunicación. Hay situaciones donde existe una falta absoluta de intencionalidad en la comunicación, pero desde la perspectiva del “receptor” éste es afectado pragmáticamente. Tomemos el caso de alguien que entra a una pieza y se pone a llorar sin saber que alguien está en la pieza contigua. Evidentemente, la primera persona no tiene intención alguna de comunicarle algo a alguien, sin embargo la segunda persona se verá afectada por el comportamiento de la primera pudiendo per-

manecer callada para no molestar, abandonar la pieza, ir a consolarla, etc... Es decir, hubo comunicación y sus consiguientes efectos pragmáticos, aun cuando no existía la intención de comunicar (6).

Lo mismo sucede con el problema de la conciencia y eficacia de la comunicación. En otras palabras ¿lo que entendió es lo mismo que yo quise comunicarle? En última instancia, éste constituye un problema irresoluble, puesto que se basa en las interpretaciones subjetivas que los participantes de una interacción hacen de su comportamiento. Se plantean problemas como los siguientes: ¿lo que quise comunicar es lo que "realmente" quise comunicarle?, ¿debo creer en lo que él me comunicó? Estos problemas surgen cuando se olvida que el comportamiento no se limita a lo verbal, sino que incluye aspectos de los cuales no nos damos cuenta y que son imposibles de controlar. Por ejemplo, dilatación de la pupila, color de nuestra piel, postura, timbre de voz, gestos, etc. Todos estos comportamientos comunican. Además, lo que comuniquemos dependerá de la interpretación (consciente o no) que el otro haga de nuestra comunicación. De esta forma, el problema de la eficacia se plantea cuando se ignora el carácter sistémico de la comunicación en la cual las personas participan. En su lugar se plantea un modelo lineal en el cual un emisor podría manipular todas las variables necesarias para que el mensaje recibido sea exactamente igual al emitido.

Lo que sí es efectivo es que en presencia de otros, todo comportamiento es comunicativo y ejerce efectos pragmáticos en aquél. No es posible no comunicarse, y, por lo tanto, no es posible no influirse. En el sentido interaccional en que lo estamos tomando, la comunicación tiene lugar en presencia de otro. La comunicación intrapersonal no será abordada aquí, aun cuando probablemente siga las mismas reglas esbozadas para la comunicación interpersonal.

La imposibilidad de no comunicarse plantea una serie de fenómenos interesantes de considerar. Por ejemplo, ¿qué situación se produce cuando alguien quiere comunicarle al otro que no quiere comunicarse con él?, ¿cuándo alguien niega que se está comunicando? o ¿cuándo alguien

niega que niega que se está comunicando? Una de estas situaciones está representada por el comportamiento aparentemente sin sentido de los esquizofrénicos (ensalada de palabras, catatonia, agitación, etc.). En general, se considera este comportamiento como carente de valor comunicativo. Sin embargo, desde una perspectiva interaccional es posible considerar al esquizofrénico como una persona que niega que se está comunicando e influyendo en una relación. De esta forma, el sin sentido aparente adquiere un enorme sentido. Si yo me quedo callado comunico que no quiero comunicarme. Ahora, para negar que comunico que no quiero comunicarme sólo me resta hablar disgregadamente y ser considerado loco ("quiero, pero no puedo comunicarme"). Éste constituye un ejemplo de las perturbaciones que se generan al violar este axioma de la comunicación. Como siempre estas perturbaciones tienen un carácter interaccional y pragmático ineludible (4).

MANIOBRAS PARA NO COMUNICAR

La transgresión del axioma descrito provoca efectos pragmáticos típicos en la interacción de las personas. En esta parte revisaremos las distorsiones de la comunicación inherentes a la violación de dicho axioma. Es importante señalar que dichas distorsiones pueden ser eventualmente adaptativas dependiendo del contexto de la interacción. Sin embargo, enfatizaremos los posibles trastornos patológicos de la comunicación que pueden resultar de su transgresión.

Como ya se planteara, en toda situación de interacción los participantes no pueden dejar de comunicarse aun cuando lo intenten. Sin embargo, este axioma es muchas veces violado cuando las personas se comprometen en una serie de maniobras para no comunicarse con el otro, generándose así una serie de trastornos de la comunicación.

Supongamos, por ejemplo, una situación típica en que un desconocido le dirige la palabra pretendiendo entablar una conversación con usted mientras viaje en el tren. Supongamos además que usted no tiene ganas ni pretende hablar con él, pero que le es imposible abandonar físicamente la situación. Puede que usted tenga con-

ciencia o no de que le será imposible no comunicarse, puesto que todo aquello que haga o deje de hacer tendrá un valor de mensaje para su acompañante. Sin embargo, seguramente intentará alguna de las alternativas que a continuación describiremos (4).

La posibilidad más obvia que usted tiene ante el requerimiento del desconocido es, por supuesto, ceder y aceptar la comunicación que éste le ofrece. Sin embargo, esta alternativa lo conducirá quizás a una conversación larga y difícil de interrumpir en la cual se autorrevelará a pesar suyo y acaso más allá de lo que nunca imaginó podría hacerlo con un desconocido.

Una segunda alternativa es rechazar explícitamente la comunicación diciéndole a su acompañante que no pretende hablar con él. Sin embargo, esto no le evitará establecer una relación con él, puesto que el silencio tenso e incómodo que deberán compartir ahora definirá una relación más bien hostil entre los dos.

Una tercera posibilidad, que acaso sea la más habitual, es aceptar comunicarse a nivel verbal, pero tratando de evitar el compromiso inherente a dicha comunicación. En otras palabras, usted se comunicará de tal modo que su propia comunicación o la del otro quede invalidada mediante la descalificación. Las descalificaciones posibles son múltiples y entre ellas podemos enumerar los cambios de tema, la ironía, las respuestas monosilábicas, los malos entendidos, las contradicciones, etc. Contrariamente a lo que podría pensarse, este tipo de comunicación es generalmente aceptada y compartida por el otro, con lo cual se entabla una "deliciosa" conversación en que, a veces durante horas, "no se dice nada diciendo algo" (4). Un hermoso ejemplo del sinsentido de este tipo de comunicación cotidiana nos lo ofrece el siguiente fragmento de una obra teatral de Harold Pinter (2):

Mrs. Sands: ¿Por qué no se sienta, Sra.?

Rose: Hudd! No, gracias.

Mr. Sands: ¿Qué dijo usted?

Rose: ¿Cuándo?

Mr. Sands: ¿Qué nombre dijo usted?

Rose: Hudd.

Mr. Sands: Eso es. Usted es la esposa del tipo ése que usted mencionó.

Mr. Sands: No, no es. Ese era el Sr., Kidd.

Mr. Sands: ¿Sí? Yo creía que era Hudd.

Mr. Sands: No, era Kidd. ¿No es así, Sra. Hudd?

Rose: Ese mismo, el dueño.

Mr. Sands: No, el dueño no; el otro.

Rose: Pues ése es su nombre. Es el dueño.

Mr. Sands: ¿Quién?

Rose: El señor Kidd.

Mr. Sands: ¿Ah, sí?

Mr. Sands: Puede que haya dos dueños.

Una alternativa más extrema que usted tiene para solucionar su problema es disculparse de conversar mediante un síntoma de cualquier tipo que se lo impida. En este tipo de situaciones son efectivos los dolores de cabeza, el cansancio, la sordera, los desmayos, etc. En términos comunicacionales, el síntoma es conceptualizado como una comunicación, con lo cual es irrelevante si usted padece o no del dolor de cabeza, puesto que esto no altera su valor de mensaje. Por supuesto que resulta más adaptativo esgrimir un dolor inexistente como disculpa que llegar realmente a padecerlo. Para el desconocido, usted no es responsable de su dolor de cabeza, puesto que éstos son aparentemente involuntarios. De esta forma, seguramente aceptará la situación pensando que usted querría hablarle si pudiera, pero que algo fuera de su control de lo cual no tiene la culpa le impide hacerlo. En otras palabras, su síntoma actúa como una comunicación que le dice al otro "no es que yo no quiera conversar, al contrario, me gustaría hablarle, pero mi dolor de cabeza no me deja". El consiguiente silencio será, por lo tanto, mucho más plácido que el anteriormente descrito, puesto que han definido su relación en términos amistosos.

También tiene usted la posibilidad de tratar de evitar absolutamente todo compromiso al comunicarse comportándose de forma que niegue que la negación a comunicarse es también una comunicación. El silencio, por ejemplo, es una forma de negar aparentemente que nos estamos comunicando. Sin embargo, casi todos sabemos y respetamos el tremendo valor comunicativo que posee ("déjeme tranquilo, no quiero que me hablen"). Para negar ahora que nuestras aparentes negativas a comunicarnos son una comunicación en sí, sólo

nos resta la locura. Para ello existen una serie de maniobras de tipo esquizofrénico que nos permiten hacer creer que nuestra comunicación no tiene sentido alguno ni valor comunicativo tampoco. Una de ellas es negar que sea uno el que se comunica y alegar por ejemplo, que es Dios el que se comunica a través de uno. Nadie nos puede responsabilizar entonces por lo que decimos; además que nadie nos tomará en serio tampoco. Puede usted también negar que ha dicho algo conversándole al desconocido en un lenguaje propio plagado de neologismos y disgregaciones haciéndolo incomprensible para el otro. Cualquier mensaje explícito que deje escurrir entre el sin-sentido no será entonces tomado en consideración. Puede negar que se está comunicando con el otro planteando que le está hablando a la persona interna que éste esconde. O simplemente negar la situación adoptando una postura catatónica y actitud autista comunicando que usted no está ahí y que la situación no existe (3).

Todas estas maniobras constituyen intentos de no comprometerse aparentemente en una relación y de negar, también aparentemente, que las negativas a comunicarse constituyen una comunicación en sí mismas. Mirado desde un nivel de abstracción mayor resulta evidente que en una interacción aun el esquizofrénico está comprometido en una relación y se está comunicando significativamente.

Otro trastorno de la imposibilidad de no comunicar adopta la forma de buscar afanosamente los significados implícitos y ocultos en toda comunicación. En el ejemplo, éste constituye una ingeniosa manera de endosarle el problema al desconocido respondiéndole y acosándolo con preguntas e interpretaciones acerca del significado oculto de su conversación. Seguramente, lo confundirá al punto que sea él el que ya no quiera conversar con usted, aun cuando ya sabemos que a él también le será imposible no comunicarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateson G.; *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Carlos Lohlé, Bs. As., 1976.
2. Dorfman A.; *El Absurdo entre Cuatro Paredes: el Teatro de Harold Pinter*. Universitaria, Stgo. de Chile, 1968.
3. Haley J.; *Estrategias en Psicoterapia*. Toray, Barcelona, 1966.
4. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.D.; *Teoría de la Comunicación Humana*. Tiempo Contemporáneo, Bs. As., 1971.
5. Watzlawick P., Beavin J.; Some Formal Aspects of Communication. En: P. Watzlawick y J.H. Weakland (Ed.); *The Interactional View*. Norton, USA, 1977.
6. Wilder C.; From the Interactional View: a Conversation with Paul Watzlawick. *Journal of Communication*, Vol. 28, N° 4, 1978.

Comentarios de Libros y Revistas

LA CORPORALIDAD Y LAS PERTURBACIONES PSÍQUICAS

César Ojeda F. (compilador).

En este "Cuaderno Clínico" de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se enfoca el tema de la *corporalidad y sus perturbaciones psíquicas* desde distintas perspectivas, resultando de ello una interesante y valiosa contribución no sólo para la mejor comprensión y delimitación diagnóstica de dichas perturbaciones sino, también, para realizar de un modo más adecuado la labor psicoterapéutica, considerando la innegable relación existente entre la corporalidad y la psicoterapia, cualquiera sea la base teórica en que esta última se sustente.

Los diferentes capítulos que conforman el "Cuaderno Clínico", han sido tratados por cada uno de los autores con profundidad, claridad y finura de análisis, lo que pone de manifiesto la seriedad con que han abordado los diversos temas y el conocimiento que de ellos poseen. Esto determina, además, que las exposiciones no se reduzcan a

una mera repetición de conceptos ya conocidos aportando, en cambio, enfoques originales que incentivan su estudio y que constituyen nuevas vías para la investigación.

En el capítulo inicial, "Fenomenología del cuerpo", Luis Flores H. introduce al lector, con notable habilidad y destreza, en el método fenomenológico, exponiendo y analizando con gran claridad ideas tan primordiales como son: la intencionalidad de la conciencia, noesis y noema, las funciones de la corporalidad y la diacronía y la sincronía en la intercorporalidad.

Hernán Berwart T. se aboca al estudio de la "Psicogénesis de la experiencia de corporeidad", para lo cual realiza una síntesis de indudable valor de conceptos fundamentales elaborados, por una parte, por Jean Piaget y, por otra, por la teoría psicoanalítica.

En el capítulo sobre "Corporalidad y Depresión", es necesario destacar las consideraciones que hace su autor, César Ojeda F., sobre los modos de alterarse las funciones de la corporalidad (las que completa agregando la

función erótica) debido, principalmente, a su importancia para el diagnóstico diferencial de la Depresión Vital, como también las clarificadoras descripciones que realiza sobre la Depresión Inhibida y la Depresión Ansiosa.

Hernán Silva I. aborda los trastornos de la corporalidad a través del análisis de las "Alucinaciones y delirios corporales" en la esquizofrenia y la paranoia. De especial interés son las apreciaciones que realiza acerca del delirio corporal y la perturbación de los sentimientos corporales en la esquizofrenia, en las que resalta la solidez y vastedad de los conocimientos y el enfoque integrador de los fenómenos tratados.

De gran importancia, tanto por su originalidad y claridad conceptual como por su valor en el quehacer clínico y terapéutico, son los aportes que hace Sergio Peña y Lillo L. en "El cuerpo de la Angustia", al señalar las características diferenciales entre miedo y angustia y, sobre todo, entre lo que él ha denominado la *Angustia de Riesgo* (más periférica y superficial, con predominio de los componentes

beta-adrenérgicos y más próxima al polo neurótico) y la *Angustia de Responsabilidad* (más nuclear que la anterior, con sintomatología más constrictiva en la que la acción de los componentes beta-adrenérgicos es nula o casi nula y más próxima al polo timopático).

Omar Arrué I. examina las perturbaciones de la corporalidad desde la perspectiva psicoanalítica, en el capítulo denominado "Alcances en torno al síntoma de conversión y la organoneurosis", logrando, a base de un análisis riguroso y muy bien documentado, delimitar con gran precisión los conceptos de "conversión" y de "organoneurosis o alteración psicósomática" lo que le permite, además, indicar las diferencias existentes entre ambos fenómenos.

El "Cuaderno" concluye con el valioso artículo de Jaime Boetsch L. sobre "El cuerpo en la perspectiva psicoterapéutica de Carl Rogers". En él demuestra la importancia, hasta ahora no explicitada suficientemente en el enfoque rogeriano, que tiene la "sabiduría organísmica" en el proceso de autoactualización señalando, además, la trascendencia del encuentro Yotú, en el que el cuerpo al tornarse *transparente* permite la captación del paciente (cliente) como una "totalidad llena de sentido".

ALFONSO MAZZARELLI Z.

Psicólogo
Universidad de
Chile

LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA

Sven Wahlroos. Editorial Diana, México, 1979. 343 pp. Título original: "Family Communication".

El libro consta de dos partes:

1. Reglas de comunicación, graficadas con ejemplos prácticos y cotidianos de comunicación; los ejemplos clínicos utilizados están tomados de la práctica personal del autor en su ejercicio profesional como psicólogo. Agrega sugerencias viables, por medio de reglas sencillas, buscando el modo de prevenir y resolver problemas de comunicación en el sistema familiar.

Hace énfasis fuerte en el concepto que una persona tiene de sí mismo y su influencia determinante en el qué y cómo de la comunicación.

2. En la segunda parte del libro, dedicada a comunicación y salud emocional, describe 10 características de ella, especial énfasis en el aspecto *no verbal* de la comunicación.

El autor no desea describir una panacea, ni siquiera una novedad sino más bien es un esfuerzo por ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica el sentimiento conscientemente experimentado y sus intenciones positivas conscientes, de tal manera que todo ello *pueda ser captado y reconocido por los demás*.

El libro es, en esencia, un llamado al sentido común.

YOLANDA ALVAREZ AGUIRRE

Psicóloga
Universidad de Chile

PARADOJA Y CONTRAPARADOJA. Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transacción esquizofrénica. M. Selvini Palazzoli. L. Boscolo. G. Cecchin. G. Prata. A.C.E. Buenos Aires 1982. 167 pp.

El prefacio de este libro nos da a conocer que se trata del informe preliminar de un proyecto de investigación acerca del trabajo terapéutico realizado con 15 familias. Si nos quedamos con esta información podría parecer que éste es un trabajo menor, de una importancia muy restringida. Lo extraordinario de este libro es que siendo realmente lo que se dice que es, es simultáneamente mucho más que eso.

El libro en lo más fundamental es una aventura en el campo del pensamiento y refleja cómo un grupo de terapeutas investigadores van adoptando un enfoque sistémico para comprender y tratar a familias patológicas. Al hacerlo se encuentran con que la principal dificultad que tienen para ayudar a sus pacientes deriva de las limitaciones de su propio sistema de pensamiento. Esto los obliga a hacer un considerable esfuerzo de autodisciplina para reeducar su pensamiento: "El cambio consistiría en el abandono de la visión mecanicista-causal de los fenómenos que ha dominado la ciencia hasta hace poco, para adquirir una visión sistémica" (p. 13). Al lograr esta otra forma de pensar, los autores son capaces no sólo de lograr una mejor comprensión de lo que

sucede en estas familias, sino de lograr cambios que parecen mágicos, producidos por maniobras terapéuticas que parecen bizarras al pensamiento lineal, pero que de acuerdo a esta otra forma de pensar tienen un sustrato claro y definido.

Lo descrito hasta acá es sólo una de las caras de este libro. Junto a los aspectos teóricos, los aspectos prácticos-concretos están especialmente acentuados. "Que resulte más interesante para el lector lo que hacemos que lo que pensamos en relación a la interacción de carácter esquizofrénico" (p. 8). Es así como se describe con todo detalle el conjunto de procedimientos diseñados por el equipo que abarcan todos los pasos en forma minuciosa, desde el primer contacto telefónico con los pacientes, hasta qué hacer en relación a los miembros ausentes. Dentro de estos procedimientos destaca el sistema de trabajo en equipo, con dos terapeutas (un hombre y una mujer) en contacto directo con la familia y dos terapeutas (también un hombre y una mujer) que observan detrás de un vidrio de visión unilateral, conociendo la familia la existencia de estos observadores, los que con frecuencia interrumpen para hacer llegar sus observaciones a los terapeutas.

Las intervenciones terapéuticas están centralizadas en el momento final de cada sesión, en la que después de una discusión con los observadores, los terapeutas entregan a la familia un comentario junto a una tarea la que frecuentemente asume la

forma de un ritual. Tanto el comentario como la prescripción están planteados en términos paradójicos, constituyendo una especie de judo psicológico en el que se aprovechan las fuerzas del propio sistema para modificarlo. Podría ser interesante dar algunos ejemplos de este tipo de maniobras terapéuticas ya que algunas son verdaderas obras maestras que se parecen a la soluciones sorprendentes que da el detective en una novela policial, pero al igual que en ésta, es mejor no dar el desenlace y dejar que el lector lo disfrute personalmente.

Entre la forma de pensar de los autores y lo que éstos hacen, aparecen descritas una serie de familias y sus sufrimientos. Están muy bien descritas y analizadas las distintas luchas imposibles a las que se entregan estas familias, víctimas de las reglas del sistema al que pertenecen. Afortunadamente, se describe no sólo cómo las familias "son", sino también cómo pueden cambiar. En este sentido, este libro es una fuente muy importante de esperanzas.

Todo lo descrito, hace esta obra de interés no sólo para los terapeutas familiares o los psicólogos clínicos, sino para todo psicólogo interesado en una forma distinta y más completa de comprender las interacciones humanas.

ALEX KALAWSKI
Psicólogo
Universidad Católica
de Chile

MAS ALLÁ DE LA LIBERTAD Y DE LA DIGNIDAD

**B.F. Skinner. Barcelona:
Fontanella 1973, 2ª edición,
275 pp.**

Al maestro del neoconductismo le interesa en este libro analizar la posibilidad y necesidad de ir "más allá de la libertad y la dignidad" para crear un hombre y una sociedad mejores. De tal modo, el libro es en cierto sentido el fundamento teórico de la utopía que Skinner había propuesto en *Walden 2*.

Se aboga aquí por una "tecnología de la conducta", haciendo ver que la libertad y "el hombre autónomo" son en gran medida ilusorios, e incluso que en su nombre se mantienen reforzamientos negativos: partiendo del supuesto de que la gente es libre y por tanto responsable, se aplican castigos institucionalizados en la escuela, familia, cárceles, manicmios, ambientes laborales, etc. En este sentido el libro es ubicable como una forma progresista de crítica a la sociedad autoritaria, y como un discurso en contra del obsoleto idealismo ontológico de la libertad como incondicionada.

Pero al escapar al idealismo ontológico y al inmanentismo psicológico derivado, Skinner pasa a sus opuestos, en cuyo extremo tiende a colocarse: empirismo, nominalismo, positivismo, evolucionismo y pragmatismo. No siempre su lucidez se mantiene alta desde estas perspectivas, por lo demás dominantes en la parte no ya crítica

ni progresista de la cultura y psicología norteamericanas. Aparecen como ingenuas sus críticas a Sócrates (p. 13), su cerrazón a lo simbólico (p. 15), y su concepción de la ética (p. 217). Se expresa un positivismo cientificista extremo en su utopía de crear, precisamente, un hombre y una sociedad mejores con una tecnología de la conducta. Aquí no se enfrenta el problema del sujeto director de tal tecnología, como si ello fuera un detalle. Y la crítica al problema del poder que esto supone, exaltada con excesiva livianidad (p. 255).

Una limitación opuesta al tecnocratismo es su abstraccionismo social, en que llega a decir como un norteamericano cualquiera que “los hombres” se encuentran libres de infecciones, temperaturas extremas, trabajo duro e incomodidades (p. 41).

Su pragmatismo lo lleva a reducir las razones de un hombre a su conducta (p. 44) más que a la inversa, como hace el idealismo. Pero tal pragmatismo está en contra de los énfasis neocognitivistas (como la teoría de atribuciones). Su empirismo lo lleva a vaciar al sujeto reduciendo los sentimientos a conductas. Sin embargo, ni la razón ni los sentimientos son alternativos a la conducta, sin duda, y además no hay relaciones lineales entre ellos, como empíricamente se ha visto.

No obstante, el libro es muy interesante por sus sugerencias. Desde luego, no está “contra” la libertad o la dignidad, sino contra las ilusiones que estos térmi-

nos suelen implicar. Neoconductismo no es igual a amoralidad, como han pretendido algunos seudocríticos (que han rechazado el psicoanálisis también frecuentemente por seudorrazones).

Al enfatizar la responsabilidad del ambiente para el bienestar psicológico y social, su discurso se hace claramente sociologizante. Pero de nuevo abstraccionista, pues no se alude nunca a causas sociales de los problemas sociales (principio elemental desde Durkheim), ni menos se sugiere cómo cambiar tales problemas y la sociedad, que no sea con “tecnología conductual”, lo que otra vez plantea el problema del sujeto de tal dirección.

Sin embargo, al enfrentar conductas aversivas concretas su progresismo se hace claro y convergente con la (mal) llamada “antipsiquiatría” y con lo mejor de las ciencias humanas actuales: busca relaciones dialécticas entre individuo e instituciones, entre conflictos y agentes de reforzamiento negativo (p. 101). Tal perspectiva dialéctica reaparece en la p. 211, en la que se habla de la reciprocidad entre el “controlador y el controlado”.

El empirismo antes aludido no implica una epistemología burda (se entiende que “empirismo” no es sinónimo de empírico...). Al contrario, él dice explícitamente que “la conducta es probabilística” (p. 125).

Tesis insólitas parecerán a muchos el definir la ciencia de la conducta como “una ciencia de valores” (p. 135), y como una ciencia social porque quien

da los refuerzos positivos o negativos es el ambiente social. Ambas cosas justifican los dos capítulos dedicados a la cultura (demasiado darwinistas) y a la tesis central de que “la conducta se cambia cambiando las condiciones de las que tal conducta es función” (p. 188). Desde esta posición crítica tanto a la introspección como a la fisiología “porque ambas descuidan el ambiente” (p. 242).

El libro es simultáneamente brillante y muy vulnerable. Si lo leemos aprenderemos mucho: que Skinner no es ningún simplista, que no se ocupa *solamente* de ratones y palomas, que no usa sólo el método experimental (este libro entero es deductivo), que conoce a Sócrates, Rousseau, Dostoievsky y Ramakrishna (los que no existen para muchos psicólogos actuales, conductistas o anticonductistas que sean).

El maestro Skinner se parece al genio Freud en su preocupación por la biología general y la fisiología (para trascenderlas), en su interés por la filosofía y literatura, en su pasión por la verdad, en su crítica cultural, en su inconformismo. Los psicólogos chilenos necesitamos todo esto. Además necesitamos disminuir nuestra miopía de las ortodoxias. Si usted es conductista, lea el libro que es conductismo amplio y filosofante. Si usted no lo es, léalo porque el libro no tiene las características del método experimental, y es no sólo sobre hombres, sino sobre aspectos centrales de la vida humana y de la sociedad.

JORGE GISSI BUSTOS
Psicólogo Universidad Católica de Chile

BASES DE PUBLICACIONES

Los trabajos deben ser inéditos y se presentarán escritos a máquina y por triplicado. Extensión máxima, 15 páginas, escritas a doble espacio y con amplios márgenes.

El título y el nombre del autor en página aparte. Bajo el nombre del autor se indicará el lugar de trabajo y al lado del nombre un asterisco para indicar al pie de la página ya sea la dirección del autor o de la Institución. Los consultores de la revista recibirán las copias de los trabajos sin el nombre del autor.

Al comienzo del trabajo se entregará un resumen en inglés y en castellano de no más de diez renglones de longitud. La expresión de éstos debe ser clara y concisa.

Al final del trabajo se agregará una lista de referencias bibliográficas ordenadas alfabéticamente de la forma siguiente: apellido e iniciales del nombre del autor, título del artículo, nombre de la revista o publicación en que apareció, año, volumen y página. Cuando la referencia es un libro, indicar el editor, la ciudad y el año. Se subraya el título del libro o el nombre de la revista en caso de artículo.

Gráficos y tablas se presentarán aparte con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que se permita una reducción proporcionada cuando fuese necesario. Los detalles en cuanto a los requerimientos para publicar gráficos o material fotográfico podrán tratarse con el Director de la Revista.

La revista no se hace responsable de los artículos firmados por sus autores. Los redactores de la revista se reservan el derecho de introducir en los trabajos, las modificaciones de forma necesaria para adaptar aquéllos a las normas editoriales de la publicación. No se devolverán los originales.

Los trabajos pueden enviarse al Colegio de Psicólogos, A.G. Dirección: Normandía 1875, Santiago de Chile. Las consultas pueden hacerse a la Secretaría del Colegio, Teléfono 2250967 o al Director de la Revista al Teléfono 370081 - Anexo 5249.

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

VOL. VI - Nº 2 - 1983

ÍNDICE

ARTÍCULOS

- MARCELO DIDIER. Atribución de causalidad y toma de decisiones frente a problemas 3
- LAURA DONOVAN. El desarrollo social del niño y adolescente: Revisión de algunas variables críticas 13
- PATRICIA HAMEL, DOMINGO ASÚN y MÓNICA ANDRADE. Información y conducta sexual de la adolescente urbano popular chilena 21
- MARÍA ANGELICA KOTLIARENCO, JIMENA DÍAZ y FRANCISCA FRÍAS. La metodología naturalista como aproximación a la realidad psicológica 31
- JORGE MANZI, CARLOS ZALAQUETT, MÓNICA KREBS, MARTA DUQUE. Evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis 37

PANEL

- EUGENIA WEINSTEIN. El retorno de los exiliados: sus características y tareas vitales 49

CRÓNICA

- Alejandro López y M. ANDREA PARADA. La imposibilidad de no comunicar 57

- COMENTARIOS DE LIBROS Y REVISTAS 63