


Revista Chilena de Psicología



Volumen 17, Nº 2 - 1996
Volumen 18, Nº 1 - 1997

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE

ISSN 0716-3630

DIRECTORIO DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE

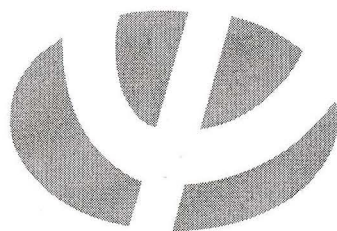
Presidente	Ps. Carlos Urrutia Sch.
Vice Presidente	Ps. Isabel Margarita Fontecilla S.
Tesorero	Ps. Hernán Villegas H.
Secretario	Ps. Esteban Rodríguez S.
Directores	Ps. Margarita Loubat O.
	Ps. Adriana Massardo B.
	Ps. Sonia Salas B.
	Ps. Carlos Venegas D.
	Ps. Ana María Alderete K.

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA
ISSN 0716-3630

COMITÉ EDITORIAL

Director de la Revista Secretaria de Redacción	Ps. Carlos Corvalán R.
	Ps. Oriana Vilches A.
	Ps. Myriam George L. Ps. Carmen Contreras O. Ps. Isabel Margarita Fontecilla S.
Representante legal Editor	Ps. Carlos Urrutia Sch. Ps. Margarita Loubat O.
Dirección	Av. Gral. Bustamante 250, Dpto. H, Providencia - Santiago Fono - Fax: 635 32 69 - 635 34 64 E-Mail: colpsico@reuna.cl Página Web: http://www.geocities.com/CapeCanaveral/3599
Diagramación Imprenta	Salgó Ltda. Ediciones Tierra Mía Ltda. F/fax 518 63 16

Revista Chilena de Psicología



Volumen 17, N° 2 - 1996
Volumen 18, N° 1 - 1997

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE

ISSN 0716-3630

ÍNDICE

EDITORIAL	5
Volumen 17, N° 2 - 1996	
DOCUMENTOS DEL CONGRESO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
La Habana - Cuba	7
CALIDAD DE VIDA Y SALUD:	
PROBLEMAS ACTUALES EN SU INVESTIGACIÓN	
<i>Jorge A. Grau Abalo</i>	<i>9</i>
ESTRÉS Y DEBUT DE ENFERMEDAD. ESTUDIO EN ADOLESCENTES	
DE CHERNOBIL, PORTADORES DE VITILIGO	
<i>Lic. Alexis Lorenzo Ruiz, Dra. Lissette García Bajos,</i>	
<i>Dr. Abel Pérez Hernández, Dra. Alma Reyes Véliz,</i>	
<i>Lic. Xiomara Saens Hernández</i>	<i>25</i>
INFORMACIÓN ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO	
<i>Dr. C. Bernardo Fernández Hernández</i>	<i>32</i>
PICTOTERAPIA INFANTIL:	
UNA EXPERIENCIA CON NIÑOS EN UN CIRCULO INFANTIL	
<i>Lic. Marlen Naranjo del Valle, Dr. C. Bernardo Fernández Hernández</i>	<i>37</i>
TRAS UNA DISCUSIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS	
EMOCIONES COMO BARRERAS Y/O VEHÍCULOS PARA LA	
NEGOCIACIÓN DEL SEXO MÁS SEGURO	
<i>Wanda I. Pacheco Bou, Yarira Feliciano Torres, Irma Serrano-García</i>	<i>41</i>
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL NIÑO ASMÁTICO SEVERO:	
DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	
<i>Lic. Alexis Lorenzo Ruiz, Lic. Angelina Fumero Madan,</i>	
<i>Dra. María de los Ángeles Vizcaino</i>	<i>50</i>
LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD RASGO - ESTADO EN NIÑOS ASMÁTICOS	
SEVEROS EN CORRELACIÓN CON SU MADRE Y EDUCADORA	
<i>Lic. Angelina Fumero Madan, Lic. Alexis Lorenzo Ruiz,</i>	
<i>Dra. María de los Angeles Vizcaino</i>	<i>57</i>

ARTÍCULOS PRESENTADOS EN LAS JORNADAS DE LA SALUD

Santiago - Chile	65
PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ANTECEDENTES PRÓXIMOS	
<i>Jorge Luzoro</i>	<i>67</i>
ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	
<i>Alejandro Villela, Ana María Arón, Consuelo Undurraga, Mariana Bravo, Cristina Muñoz, María Paz Tagle</i>	<i>72</i>
LIMITES Y POSIBILIDADES PARA LA INCORPORACIÓN DE COMPONENTES PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN DE SALUD: OBSERVACIONES SURGIDAS DE LA EVALUACIÓN DEL “PROGRAMA DE REFORZAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	
<i>Jaime Alfaro, Sara Godoy, Domingo Asún</i>	<i>83</i>
SUBJETIVIDAD Y RIESGOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD	
<i>Germán Morales F.</i>	<i>93</i>

EDITORIAL

La Psicología de la Salud constituye una de las áreas que ha emergido con gran vigor y donde la ciencia psicológica ha logrado aplicabilidad. Así, la contribución de la psicología en este ámbito ha permitido considerar la Salud como una realidad integrada, focalizando tanto la promoción y mantención de la Salud, la preocupación y tratamiento de enfermedades, la tipificación de los correlatos diagnósticos e ideológicos de la salud y enfermedad, como también el análisis y optimización de los sistemas de cuidado de la salud y estructuración de políticas públicas en torno a la materia.

En Chile la migración ascendente en zonas rurales hacia áreas urbanas ha generado altas concentraciones con la consiguiente presión ejercida en los servicios de salud. Esta situación ha requerido la formación de equipos de salud con profesionales psicólogos que prestan servicios en la comunidad, incorporándose en cada uno de los niveles de sus sistemas, participando en labores de atención investigación y participación en el proceso de planificación de la salud.

El presente número de la revista incluye los trabajos presentados en dos eventos: las Primeras Jornadas de Psicología de la Salud, realizadas en Santiago-Chile y el Congreso de Psicología de la Salud, efectuado en La Habana Cuba.

Los contenidos analizados en los trabajos que a continuación se entregan representan la labor profesional y académica de un conjunto de investigadores que utilizaron diversos enfoques metodológicos, lo cual refleja la diversificación y plasticidad asumida por esta área de la psicología.

Esperamos que este número constituya un estímulo para quienes laboran en esta rama de la psicología orientada a la integración de la díada mente-cuerpo.

Volumen 17, Nº 2 – Año 1996

**DOCUMENTOS DEL CONGRESO
DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La Habana – Cuba

CALIDAD DE VIDA Y SALUD: PROBLEMAS ACTUALES EN SU INVESTIGACIÓN

Jorge A. Grau Abalo *

*Conferencia elaborada para la II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud (Psicosalud '96).
Palacio de Convenciones de Cuba, Habana. 14 - 18 de octubre de 1996.*

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente escuchar el término “calidad de vida” en muy variados contextos. Utilizado por políticos y economistas, médicos y ecologistas, psicólogos y educadores, sociólogos y periodistas, ha sido definido desde las perspectivas de disciplinas muy diferentes, usando indistintamente y con obvias dificultades en su operacionalización, al tiempo que representa una premisa o aspiración, que ha sido sustento de todo tipo de discursos.

El estudio de la calidad de vida constituye, sin dudas, un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en las condiciones del entorno físico y biológico, los economistas en mediciones como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas y signos de bienestar - malestar, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Un asunto nuevo y polémico, al tiempo que, paradójicamente, es tan antiguo como vigente.

Se debate hoy en día sobre varios problemas: acerca de su naturaleza: objetiva o subjetiva, de su delimitación de enfoques afines, de su estructura: dimensional o global, de los instrumentos y las medidas más idóneas para su evaluación. Pareciera como si el siglo XX fuese a expirar sin que todas las opciones y contribuciones en este tema se pudiesen integrar real y armónicamente.

Es prácticamente imposible, en un sólo trabajo de esta naturaleza, hacer una reflexión me-

dianamente completa de los problemas que atañen a la investigación de la calidad de vida en relación con la salud. Intentaremos apenas, una aproximación al planteamiento de los problemas más actuales de su estudio desde las perspectivas de la Psicología y para la salud. Esta aproximación no podría lograrse sin una clara convicción de los límites de cada disciplina, ni tampoco con la hiperbolización de una vertiente en la conceptualización o medición de la calidad de la vida a expensas de otra. El estudio de la calidad de vida invita a abandonar posiciones tradicionales y vislumbrar fuentes comunes de embate. Y en este bregar, que no es sólo investigativo, sino práctico, la Psicología puede y debe dar su aporte.

Casi todos los autores coinciden en afirmar que el término “calidad de vida” aparece en la década del '70 y tuvo su expansión hacia los años '80, encubierto por el desarrollo de conceptos como los de bienestar, salud y felicidad. Aunque su prehistoria data de hace varios siglos en las civilizaciones griega, romana egipcia y hebrea en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar el que surge pro-

* Doctor en Ciencias Psicológicas, Profesor Auxiliar, Investigador Titular del Instituto de Oncología y Radiobiología, Jefe del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

piamente el término. Algunos (Ferrell, Winsdom, Wenzl, 1989) remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética. Así, en los trabajos de Lenin (1976), Tolstoi (1960), y Frankl (1984) (cit.: Grau, 1996) se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Bech (1993) reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, en 1964. Otros autores señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas para extenderse rápidamente a la Psicología y la Sociología, intentando desplazar otros términos más difíciles de operativizar como bienestar y felicidad (Moreno, Ximénez, 1996). Lo cierto es que mientras la mayoría de los trabajos sobre calidad de vida a principios de la década de los '80 provenía de las ciencias médicas en una proporción de 10:1 en relación a trabajos psicosociales, hacia finales de esta década, esta proporción se había invertido (Friedman, DiMatteo, 1989). Otros autores (Reimel, Muñoz, 1990) plantean que el término fue popularizado en los años '50 por el economista norteamericano John K. Galbraith en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial, pero que encontraban sus antecedentes en la Sociología y la Psicología Social de los años '30, en estudios realizados en consumidores que buscaban el mejor sitio para residir, basándose en datos "objetivos", que fueron muy criticados al brindar información descriptiva y sesgada por no incorporar la dimensión valorativa.

No es propósito de este trabajo esbozar el desarrollo histórico del concepto "calidad de vida", sino apenas señalar que este desarrollo se caracterizó por su continua ampliación. Si en las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la

salud personal, luego se centró en la preocupación por la salud personal e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En este desarrollo los indicadores han evolucionado desde la vertiente de "las condiciones de vida" hasta la experimentación (percepción, interpretación, valorización) de estas situaciones y condiciones, desde los indicadores materiales y objetivos hasta los indicadores de satisfacción, con medidas psicosociales, subjetivas.

En el contexto de la salud, este concepto se convirtió, desde 1977, en categoría de búsqueda en el *index Medicus* y en la palabra clave en el sistema *Medline*, aunque llegó a ser realmente popular entre los investigadores de la salud durante la década del '80 (hollandsworth, 1988). A partir de entonces, la tendencia ha sido al crecimiento, especialmente en marcos referenciales de salud. De esta forma, el concepto que nos ocupa sufrió un proceso de maduración, ampliándose y aumentando de complejidad, enriqueciendo su vulnerabilidad a la definición conceptual y operacionalización para la medición práctica.

El primer problema que nos encontramos es el de su indefinición e indistinción, determinando en gran parte por la naturaleza compleja de la calidad de la vida. Como resulta con muchos otros constructos, ha resultado más fácil medirla que definirla; suele confundirse con las acepciones de bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Grau, 1996) Campbell y cols. (1976) han señalado que la calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de que se trata. A tal punto ha llegado su indistinción.

Levi y Anderson, asumiendo una propuesta de la ONU, intentan resumirla como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (1980, pág. 7). De esta manera, la valorización que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, las expectativas, los grupos de referencia, los valores personales, las actitudes y las necesidades, todos aspectos de naturaleza psicosocial. Andrews y Withey (1976), insisten en que no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.

La diversidad de definiciones ofrece un diapasón muy amplio. Muchos autores han ofrecido fórmulas aún no satisfactorias (Fayos y Beland, 1981; Hórnsguit, 1982; Shaw, 1977; Szalai, 1980; Harwood, 1976; Liú, 1974; Lawton y cols., 1982; y Johnson, 1978; y muchos otros). No existe un marco teórico general al que poder acudir y las investigaciones se basan en suposiciones o hipótesis más o menos explícitas que tratan de contrastarse en estudios empíricos; a su vez, estos trabajos generan más definiciones.

En consecuencia, una de las primeras cuestiones que es necesario resolver antes de llegar incluso a plantearse su evaluación, es el de la propia naturaleza de la calidad de vida. Un grupo de definiciones se refieren explícitamente a su naturaleza subjetiva, otras se refieren a una situación objetiva. La objetividad aquí puede referirse a los procedimientos o circunstancias vitales que se documentan objetivamente y que se constituyen en componentes de la calidad de vida o al hecho de que su evaluación sea hecha por un observador y no por la persona que valora su experiencia y percepción de la situación. Esto es

particularmente importante en los trabajos que se refieren a la calidad de vida en relación con la salud y, especialmente, en la resolución de los problemas metodológicos de su evaluación. En los últimos años, parece mucho más útil el estudio de su componente subjetivo, de su naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo (De Haes y Van Knippenberg, 1987; Grau, Jiménez, Chacón y otros, 1995). Como se ha planteado (Blanco, 1985; Moreno, Jiménez, 1996; Grau, 1996), la calidad de vida objetiva se retracta a través de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es, a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos objetivos para generar la satisfacción, el bienestar y la felicidad, está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por las circunstancias materiales y que la opulencia social y el consumismo de bienes no significan definitivamente, calidad de vida (Campbell, 1976; Grau, 1985).

No es casual que surjan dificultades cuando se trata de determinar quién debe evaluar o determinar la calidad de vida (Najman y Levine, 1981; Fayos y Beland, 1981; De Haes y Van Knippenberg, 1987). Cada individuo debe ser considerada la única persona capaz de sopesar las satisfacciones e insatisfacciones con la vida. Cuando se trata de enfermos que no conocen su diagnóstico o pronóstico, su posible supervivencia, por que no han sido informados con precisión, porque no se puede hacer un estimado realista de tal supervivencia o, simplemente, porque el paciente no quiere conocerla, otras consideraciones deberán ser tenidas en cuenta (Winefeld, 1995).

Slevin, Plant y Lynch (1986) han concluido

que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente, debe contactarse con la evaluación de los pacientes. Es conocido el trabajo de Jachuk y cols. (1982, cit.:Friedman y DiMatteo, 1989), quienes preguntaron a médicos, pacientes y familiares sobre la calidad de vida de hipertensos que habían iniciado un tratamiento: el 100% de los médicos consideraron que había mejorado la calidad de vida de sus pacientes, el 49 % de los enfermos percibieron alguna mejoría en su calidad de vida, mientras que el 96% de los familiares consideraron que era igual o peor. Esto vuelve a llevar a la pregunta de que se considera como calidad de vida y para quién... Discernir de que depende esta evaluación que realiza cada individuo es la clave para mejorar realmente la calidad de vida de las personas (Batista - Foguet, Artés, 1994).

Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la resultante de la intersección de áreas objetivas y subjetivas y es incapaz de ser evaluada a partir de uno sólo de estos dos polos o focos. Pero el papel de los factores psicológicos como condicionantes del grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación del individuo. Es así que, desde el campo de la Psicología, la calidad de vida se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. En otras palabras, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

En 1978, Mc. Kennell distinguió dos componentes de la evaluación subjetiva del bienestar: La satisfacción -componente cognitivo- y la felicidad -componente afectivo que es más inestable e influenciado por cambios de humor

(Bradburn, 1969; Andrews y Mc Kennell, 1980; Hortley y Little, 1985; y muchos otros).

Si se considera que la calidad de vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva, hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1984), sin embargo, existen opiniones divergentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad), o conceptualizándola en términos de una actitud. Esto ha permitido examinarla bajo el prisma de diferentes modelos teóricos recientes: el modelo de medición porcentual (Rice y cols., 1985), la teoría social - cognitiva de Bandura (1983, 1989) y Jelier (1986), la teoría de la acción razonada (Fishbein, Ajzen, 1980), la teoría de la ecología del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979) y algunas otras propuestas que no examinaremos en el presente trabajo, pero que pueden revisarse con mayor detenimiento en el trabajo de Reimel y Muñoz (1990). Este es aún un camino incipiente que habrá de desarrollarse en los próximos años y puede servir de sustrato al enfoque psicológico de los problemas relacionados con la conceptualización de la calidad de vida y su evaluación .

El segundo gran grupo de problemas que se discute actualmente en relación a los problemas conceptuales, y que también tiene trascendencia metodológica en su medición, es el de sus componentes, es decir, si la calidad de vida debe definirse como una medida global que se evalúa en su totalidad (Szalai, 1980; Fayos y Beland, 1981; De Haes y Van Knippenberg. 1987) o si se



define en función de determinados componentes o dimensiones relevantes en un contexto determinado (Liú, 1974; Hardwood, 1976; Shaw, 1977; Hrnsquit, 1982, y muchos otros).

En los últimos tiempos se observa una tendencia a obtener indicadores globales sobre la calidad de vida a partir de una valoración subjetiva (Grau, 1996). Esta tendencia ha sido hiperbolizada; así, algunos autores consideran que la mejor forma de conocer la calidad de vida de una persona es preguntándole simplemente sobre ello. El instrumento conocido como "HAYÓ (HOW ARE YOU?), es un ejemplo (Maes, Bruil, 1995).

Algunos autores sopesan los componentes integrados en áreas, indicadores y dimensiones que tienen relevancia para el bienestar global en las personas en general o en determinados grupos poblacionales, como mujeres con cáncer de mama o pacientes de Sida. De esta forma, utilizan una medida global como criterio para evaluar las interrelaciones entre diferentes componentes de la vida y el sentido total del bienestar en esas personas.

En consecuencia, muchos autores han enlistado diversos aspectos en categorías o dimensiones relevantes de calidad de vida, en función de sus estudios (Flanagan, 1978; Ware, 1984; Hutchinson y cols., 1979; Lewis, 1982 Jenkins y otros, 1990, Torrance, 1987, y muchos otros).

Verdaderamente, al estar ausente una clara definición teórica de calidad de vida, la elección de estas áreas se hace muchas veces por intuición, en un intento de operacionalización del concepto. Hay más acuerdo entre los investigadores en relación a las dimensiones componentes de la calidad de vida, siguiendo a Hrnsquit y a Levi y Anderson; que entre aquellas que deben ser incorporados a instrumentos concretos de evaluación. Se observa cierto consenso en los úl-

timos años en considerar a la calidad de vida total como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo. Pero el problema no es tan sencillo y no se resuelve con lograr un acuerdo general entre sus componentes.

El tercer grupo de problemas al que se enfrentan los investigadores de la calidad de vida es el de las dificultades inherentes a su evaluación, que reflejan las dificultades teórico - metodológicas que se han señalado anteriormente. Su naturaleza bipolar objetiva - Subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a su evaluación muy diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. Lo deseable sería que en determinadas situaciones concretas todos los enfoques se complementen mutuamente y se instrumenten en metodologías rigurosas de acuerdo a los objetivos y la naturaleza de la investigación que se pretende. Sin embargo, esto no sucede comúnmente, no sólo por las dificultades teórico - metodológicas, también porque no se cumplen requisitos mínimos de construcción de instrumentos y para la generalización de resultados.

Un problema instrumental frecuente es el de la validez y la fiabilidad de los métodos tradicionales de evaluación, frecuentemente escalas y cuestionarios. Para poder medir fiabilidad hay que suponer la estabilidad de la variable medida, sin embargo, este supuesto no resulta válido en muchas mediciones de calidad de vida, en particular, cuando se intenta evaluar el estado de salud o su impacto en el bienestar subjetivo a través de variables inestables. Por otra parte, no siempre es posible establecer la consistencia interna a través del establecimiento de grupos de variables que tiendan a covariar conjuntamente. La propia validez depende en mucho de la definición operacional de la variable medida, por lo

que muchos autores reportan dificultades al establecer elementos orientales o al intentar validaciones de constructo. Unido a estas dificultades, el escaso tamaño de las muestras, el descuido de variables intervinientes, la generalización de instrumentos que no han tenido suficiente validación previa y otras muchas cuestiones, empeoran el cuadro general que se refiere a la medición apropiada de la calidad de vida (Kaplan, Bush y Berry, 1976; De Haes y Van Knippenberg, 1987; Bowling, 1992; Winefeld, 1995; Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1996, etc.).

Un problema específico relacionado con los anteriores es el de la limitada estandarización y generalización de los resultados. Aunque algunos de ellos son de carácter clínico - diagnóstico y pueden ser interpretados directamente, otros, con valores cuantitativos, globales o específicos por áreas-dimensiones, deberán ser interpretados a la luz de resultados normativos procedentes de estudios en muestras representativas, lo cual no siempre se ha logrado. Esto entorpece el avance del conocimiento científico propiamente dicho.

Desde la perspectiva de la Psicología y para la Salud, la evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los ciudadanos de la salud, como intervenciones positivas, evaluar la calidad de estos cuidados, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud (Ware et al 1981; Moreno, Ximénez, 1996, Grau, 1996). Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que el interés médico se ha estado centrando no sólo en la supervivencia, sino en una supervivencia con calidad (Torrance, 1987; Grau, Ximénez, Chacón y otros, 1995, etc.).

El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos se hayan desarrollado en el campo de la salud no es, entonces, causal. La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida total, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la calidad de vida y ésta es un resultante también de la atención a la salud. Por ello, muchos autores consideran que el concepto de salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante, entre los diferentes integrantes de la calidad de vida (Kaplan, 1985; Moreno, Ximénez, 1996) .

Obviamente, la salud y calidad de vida son conceptos interdependientes, pero no se engloban uno en el otro. Teniendo en cuenta que las medidas desarrolladas para evaluar calidad de vida se han utilizado frecuentemente para evaluar la satisfacción y el bienestar subjetivo, y los niveles de salud y de preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad, es imposible dejar de hacer referencias a unas y otras.

La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes tipos de escalas y cuestionarios, dirigida a sus dos ángulos fundamentales: el estudio de la satisfacción global y con aspectos específicos de la vida, como componente preferentemente cognitivo que expresa la valoración por el sujeto de las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, y la investigación de la felicidad, componente de mayor connotación emocional que expresa el grado de afectividad positiva (alegría, regocijo como un estado actual) (Grau, 1996).

La TABLA 1 muestra algunas de las medidas más usadas en la evaluación del bienestar subjetivo. Son particularmente conocidas la "Escala de Equilibrio Afectivo" de Bradburn, señalada como la mejor medida de la dimensión afectiva del bienestar, la "Escala de Bienestar General" de



Dupuy, las escalas que miden bienestar y satisfacción con la vida de Andrews y Withey, muy sencillas y prácticas, el “Instrumento de Evaluación Multinivel” de Lawton y cols. y las “Escalas de satisfacción con la vida” de Neugarten y cols. (Grau, 1996).

En lo que se refiere a la evaluación de la salud y calidad de vida resulta aún más difícil la operacionalización en medidas evaluativas. La

propuesta de un modelo multidisciplinario de la salud, con su enfoque positivo, el desarrollo de los modelos salutogénicos en relación con la personalidad y algunos otros aspectos, que tienen su propia estructura y funcionamiento, pero que, actúan en interdependencia con los demás, hacen complejo el proceso de la instrumentación en este campo. Así, si se considera que en el enfoque positivo de la salud tienen que ver las ha-

Tabla 1
Medidas de evaluación del bienestar subjetivo

AUTORES NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ITEMS OBJETIVO
Andrews y Withey (1976)	2
Life 3 Scale - Escala 3 de Vida	Bienestar Global
Andrews y Withey (1976)	1
Delighted - Terrible scale - Escala de contento - desagrado	Calidad de los efectos
Argyle, MArtin y Crossland (1989)	29
Oxford hapiness inventory, OHI - Inventario de felicidad de Oxford	Sentimiento de felicidad
Bradburn (1969)	10
Affect balance scale - Escala de equilibrio afectivo	Bienestar General
Campbell, Converse y Rodgers (1976)	9
Index of Well - being, Index of general affect	Bienestar Subjetivo
Indice de Bienestar, Indice de afecto general	
Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)	5
Satisfaction with life Scale, SWLS - Escala de satisfacción con la vida	Satisfacción Global
Dupuy (1978)	22
Index of psychological general well - being, PGWB	Autoapreciación de bienestar
Indice de bienestar psicológico general	
Fordyce (1986)	80
Psychap Inventory - Inventario Psuchap	Felicidad
Gallup (1976)	1
Mountain Scale - Escala de la Montaña	Bienestar Subjetivo
Kamman y Felt (1983)	40
Afectometer 2 - Afectómetro 2	Felicidad Global
Lawton (1975)	23
PGC morale scale, revised - Escala Moral PGC, revisada	Bienest. subj. en ancianos
Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982)	147
Multinivel assessment instrument (MAI)	Bienestar general
Instrumento de evaluación multinivel	en ancianos
Neugarten, Havighurst y Tobin (1961)	25
Life satisfaction - Escalas de satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida

bilidades para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de sistemas fuertes de apoyo social, la integración de la comunidad, una alta moral y autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico, se podrá comprender cuán difícil resulta la operacionalización de estos modelos en función de la evaluación de la calidad de vida. De hecho, muchas medidas de salud se hacen a través de indicadores como "bienestar", "ajustes", "ejecución" o "funcionamiento social", reflejando la formulación multivariada de la salud.

El enfoque subjetivo de la salud se ha concentrado más en la percepción personal de salud, como aspecto importante que se relaciona con las creencias, atribuciones, conductas de salud (incluyendo acciones protectoras y conducentes a la búsqueda de atención médica). Se ha señalado que la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que a la condición clínica o patológica misma de la persona (Goldstein, Siegel, Boyer, 1984; Friedman y DiMatteo, 1989); de aquí la importancia de contar con medidas que permitan estudiar la apreciación que las personas hacen de su salud.

Los instrumentos utilizados varían en un amplio aspecto, desde preguntas únicas acerca de la apreciación global del estado de salud, hasta listas de adjetivos y síntomas para encuestas poblacionales, autoinformes y cuestionarios estructurados, cada modalidad con sus ventajas y limitaciones. Muchos de ellos aún no han podido desprenderse del modelo centrado en la enfermedad, al enlistar síntomas emocionales o físicos. En realidad, este grupo de medidas está relacionado con la calidad de vida y la evaluación de los cambios en el estado de salud en la doble vertiente del proceso salud - enfermedad. No es raro encontrar entre ellas a muchas escalas

dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes actualmente en la evaluación de la salud (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1996).

En la TABLA 2 se pueden encontrar algunas de las medidas más conocidas de este grupo. Muchas de ellas han adquirido suficiente validez al evaluar con sensibilidad los cambios en el estado de salud; algunas son muy usadas en el campo de la salud mental, como el "Cuestionario General de Salud" de Goldberg y el "Índice de Cornell", de Brodman y cols. Son muy conocidas el perfil "Perfil de Impacto de la Enfermedad", de Bergner y cols., el "Perfil de Salud de Nottingham" de Humt y cols. y el "Cuestionario de Comportamiento de Enfermedad" de Pilowsky y Spence (Grau, 1996). Las medidas de dolor son exhaustivamente tratadas en bibliografía especializada (Penzo, 1989; Martín, Grau, 1992; y otros).

Un tercer grupo de medidas de evaluación de la calidad de vida tiene que ver con las habilidades funcionales en la enfermedad. Este grupo de medidas se ha fortalecido desde el replanteamiento en la Medicina contemporánea del hombre enfermo como un agente social y por la preocupación creciente acerca de las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades propias del individuo. Es obvio que si la calidad de vida es importante para las personas que pueden sanar, aún más lo es para aquellos quienes sólo queda la capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de cada momento presente. Se trata de medir aquí las respuestas del sujeto a sus propias disyunciones la cual puede variar mucho en función de creencias, atribuciones, estilos personales de afrontamiento, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente de un hecho físico o fisiológico. Por esta razón es que este grupo de medidas se ven muy influenciado por res-



puestas de discapacidad y por los determinantes motivacional - efectivos de cada persona, pero además, por el contexto social e institucional en que se caracterizan determinadas poblaciones; no

es lo mismo evaluar la calidad de vida de un niño con cáncer que la del adulto que vive con un corazón trasplantado. Por que si fuera poco, muchos de los instrumentos, en la modalidad de

Tabla 2
Instrumentos de evaluación de salud y calidad

AUTORES NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ITEMS OBJETIVO
Bergner y cols. (1976)	136
Sickness Impact Profile, SIP - Perfil de impacto de la enfermedad	Salud General
Black y Chapman (1976)	3
SAD Index for clinical assessment of pain	Dimensiones
Índice SAD para evaluación clínica del dolor	Dolor ansiedad y depresión
Brodman, Erdmann y Wolff (1949)	195
Cornell Medical Index, CMI - Índice Médico de Cornell	Salud Física y Mental
Derogatis (1977)	46
Psychological adjustment to illness scale	Adaptación a la enfermedad
Escala de ajuste psicosocial de la enfermedad	
Goldberg (1978)	60
General health questionnaire, GHQ	Salud Mental
Cuestionario General de Salud	
Gurel, Linn y Linn (1972)	77
Physical and mental impairment of function evaluation, PAIME	Salud Mental en ancianos
Evaluación funcional del deterioro físico y mental	
Hunt, McEwan y McKenna (1984)	38
Nottingham health profile, NHP - Perfil de Salud de Nottingham	Dolor y Enfermedad
Huskisson (1974)	1
Visual analogue pain rating scale	Intensidad del dolor subjetivo
Escala de apreciación del dolor subjetivo	
Leavitt, Garron, Whisler y Sheincop (1978)	13
Back, pain classification scale, BPCS	Evaluación psicológica del dolor
Escala de clasificación del dolor de espalda	
MacMillan (1957)	20
Health opinion survey - Estudio de opinión sobre la salud	Salud Mental
Millon, Green y Meagher (1982)	150
Millon behavioral health inventory, MBHI	Factores Psicosociales
Inventario Millon de Salud Mental	
Pilowsky y Spence (1983)	52
Illness behavior questionnaire, IBQ	Respuesta de inadaptación
Cuestionario de comportamiento de enfermedad	a la enfermedad
Zung (1984)	20
Self-rating pain and distress scale	Cambios en estado de ánimo y la
Escala de autoevaluación del dolor y la angustia	conducta del dolor

autoinformes, se dedican a explorar actividades de autocuidado y la capacidad de desplazamiento y movimiento de enfermos, descuidando otros elementos importantes vinculados a uno u otro tipo de actividad o al significado y sentido personal que ella tiene para el individuo, en particular.

Por todas esas razones, hay que estar de acuerdo con varios autores (Winefeld, 1995, entre otros) cuando plantean que uso de medidas médicas tradicionales como la cantidad de días de encamamiento o el uso del servicio de salud, al reflejar más que todas las percepciones de los paciente de su propia salud no son más "objetiva" que muchas otras medidas de calidad de vida que se usan comúnmente, a pesar de sus limitaciones y sus críticas a la "subjetividad".

Algunos de los instrumentos de este grupo aparecen en la TABLA 3. En este grupo de medidas deberían, realmente, estar incorporados algunos de los instrumentos de la TABLA 2, como el "Perfil de impacto sobre la enfermedad" de Bergner y cols., que se ha aplicado generalmente a todo tipo de enfermedad o grupo discapacitado de cualquier edad, pretendiendo reflejar la incapacidad en aspectos del funcionamiento conductual en varias dimensiones: física, social, de autonomía. El más antiguo de este grupo de medidas es el "Índice de Karnofsky", muy empleado en enfermos de cáncer, a pesar de sus limitaciones.

Otras medidas, como el "Índice de actividades de la vida diaria" de Katz y cols. y la "Escala de calidad de bienestar" de Fanshel y Bush, tiene buenos parámetros de fiabilidad y validez, y permiten incrementar el conocimiento a través de la evaluación multidimensional en diversas enfermedades. Otras medidas más específicas en determinados pacientes crónicos, no permiten grandes comparaciones, pero pueden ser bien

empleadas con fines de investigar cambios en situaciones clínicas determinadas (Grau, 1996).

Más allá de los aspectos de la medición lo que verdaderamente resultaría interesante y de gran aplicabilidad, sería analizar los resultados encontrados en diferentes estudios referidos a la calidad de vida en grupos de enfermos crónicos, por ejemplo, encontrar explicaciones a muchos hallazgos contradictorios, digamos al hecho de que a veces los pacientes evalúan muchos aspectos de su calidad de vida positivamente y de forma más "normal" que pacientes con enfermedades más benignas, es un reto en pie para la investigación, dada las limitaciones de espacio y la naturaleza panorámica de esta revisión sería posible examinar todos los problemas relacionados con la investigación de la calidad de vida en enfermos crónicos, lo que constituye toda una demanda de investigación en relación a los actuales de servicios de salud.

Dos campos particulares de estudios en calidad de vida se han desarrollado vertiginosamente en los últimos años: el de la calidad de vida de los profesionales de salud que prestan cuidados a enfermos crónicos, consecuente con los estudios de calidad de vida laboral, y el llamado "enfoque de utilidad".

El primero de ellos se corresponde con el estudio del estrés laboral-asistencial, conocido como "burnout", que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia calidad de vida del personal de salud deviniendo importante factor de riesgo de enfermedad (Maslach, Jackson, 1981; Cherniss, 1980 Moreno y cols., 1991; Chacón, 1995; Grau Hernández, Chacón y otros). También han sido estudiados los efectos de la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores familiares no profesionales, cuando no hay una adecuada alianza y preparación entre todos los intervinientes en la salud y la cali-



dad de vida de los enfermos crónicos (Winefeld. 1995, etc.).

Un ángulo muy particular es el del llamado “enfoque de utilidad”. Se basa en la posibilidad de construir escalas cuantitativas para medir la

calidad de vida con respecto a la salud y a la cantidad de vida (sobrevida), estudios representados por la conocida categoría AVACS (Torrance, 1987, y otros). Este modelo se ha ido convirtiendo en uno de los principales medidores de los

Tabla 3
Instrumentos de evaluación de habilidades funcionales en la enfermedad

AUTORES NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ITEMS OBJETIVO
Aronson y cols. (1988) Quality of life questionnaire, QLQ Cuestionario de calidad de vida	36 Calidad de vida en cáncer
Bush (1984) Quality of well-being scale - Escala de calidad del bienestar	18 Habilidades Funcionales (cualquier enfermedad)
Franshel y Bush (1970) Quality of well-being scale - Escala de calidad de bienestar	43 Habilidades Funcionales
Harvey y Jellinek (1981) Patient evaluation conference system Sistema de entrevista para la evaluación del paciente	79 Estatus funcional psicosocial de rehabilitados
Karnofsky y cols. (1948) Karnofsky performance status, KPS Grado de Ejecución de Karnofsky	10 Autonomía Funcional
Katz y cols. (1963) Index of activities of daily Living Indice de actividades de la vida diaria	6 Categorías Calidad de Vida (grado autonomía)
Lawton, Body (1969) Escala de actividades instrumentales de la vida diaria del Pgc.	45 Habilidades funcionales
Meenam, Gertman y Mason (1982) Artritis impact profile, AIMS - Escala de impacto de la artritis	45 Calidad de vida en artritis
Monitorio (1990) Escala de observación de actividades de la vida diaria	14 Hab. func. en ancianos
Moskowitz y McCann Pulses profile - Perfil de las pulsaciones	6 Habilidades funcionales
Pfeiffer (1975) Funtional activities questionnaire - Cuestionario de acts. funcionales	10 Hab. func. y de senil
Schipper y cols. (1984) Funtional living index cancer - Indice de vida funcional en cáncer	22 C. de vida en cáncer
Schoenning y cols. (1965) Kenny self - care evaluation - Evaluación Kenny	85 Habilidades funcionales de autocuidado
Spitzer, Dobson y Hall (1981) Sitzer quality of life index - Indice de calidad de vida Spitzer	5 Calidad de vida en cáncer

resultados o productos de la atención a la salud en relación al análisis de costo - efectividad y al análisis de costo - utilidad, sobre la base del análisis decisional ante situaciones de incertidumbre. De esta forma, se han establecido estados de salud en escalas útiles para decisiones clínicas, intentos de comparar grupos de pacientes, encuestas de salud a poblaciones para comparar grupos con otros a lo largo del tiempo, evaluaciones económicas de programas sanitarios y tratamientos alternativos, etc. Es impropio describir en detalle las características y proyección de este enfoque, apenas lo mencionamos como una línea prometedora de los estudios de calidad de vida en relación con la salud.

Como se ha podido deducir, se abren perspectivas al estudio de la calidad de vida en los próximos años. La solución de los problemas teóricos - metodológicos subsistentes no podrá obtenerse hasta que su estudio y análisis sea abarcado, en su totalidad, por las disciplinas que tienen responsabilidad en ello. Las ciencias humanas, particularmente la Medicina, la Sociología, la Economía, las Ciencias Políticas y, naturalmente la Psicología, tendrán que jugar un papel relevante en este sentido. Hay que tener en cuenta sin embargo, que la naturaleza integradora de este concepto, que deviene "metaconstructo", no significa necesariamente yuxtaposición o aditividad de sus elementos - componentes, como tampoco un sencillo abordaje interdisciplinario. Está claro que los componentes se integran en un algoritmo específico que depende de circunstancias históricas, idiosincráticas e individuales de los grupos o personas cuya calidad de vida debe ser estudiada.

El abordaje, por tanto, no tiene que ser solo multidisciplinario, sino multidimensional. El fenómeno debe ser abordado en toda su complejidad, aunando diferentes perspectivas que se com-

plementan mutuamente. Cuando se habla de calidad de vida, de satisfacción, de bienestar subjetivo o de cualquier otro constructo con el que se confunde la investigación deberá incorporar nuevos frentes comunes y sus interrelaciones. No es posible estudiar la calidad de vida sin las contribuciones de la Gerontología, de la sociología o de la economía, y aún más, del aporte que hacen los estudios de estilo de vida, afrontamiento a la enfermedad, de las habilidades funcionales, del ajuste, del estrés y el dolor, de la psiconeuroinmunología, y de muchos otros campos de trabajo. Estos frentes se interconectan realmente, y en el estudio de estas interconexiones y no solamente en los campos particulares que pudieran señalarse, es que la psicología de la salud podría hacer un aporte especial.

El campo que se abre a la investigación de la calidad de vida, y particularmente, a la contribución que la psicología de la salud puede hacer en este estudio, consiste esencialmente en profundizar en la Investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos. Sin descuidar los objetivos, explicar los procesos que llevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellas afrontaban, resisten e integran los mismos factores que, como en el caso de una enfermedad crónica, están deteriorando su vida.

El curso del estudio de la calidad de vida es parecido al de cualquier otro metaconstructo como el del estrés: ha sido difícil ponerse de acuerdo sobre sus componentes y relaciones entre ellos con las miras verdaderamente puestas en un enfoque multidisciplinario y dinámico. Sólo así podrá resolverse la aparente discrepancia entre si debe ser definida subjetiva u objetivamente, o si los indicadores de evaluación sociales o individuales son los más importantes.



El futuro de esta integración multidisciplinaria en la investigación de la calidad de vida está en el esclarecimiento teórico del concepto, en la búsqueda de ordenadores medulares de localidad de vida como proceso, y no sólo como constructo configuracional, en la elaboración de un modelo teórico - general que permita su consecuente operacionalización a campos particulares definidos.

Si el desarrollo histórico-conceptual ha estado vinculado a acepciones tales como las de satisfacción, bienestar y felicidad: si las condiciones objetivas de vida se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas, las experiencias, los motivos, los sentimientos y los valores del hombre (es decir, de factores personales, valorativos y emocionales); si en definitiva, lo que se evalúa es "calidad de vida percibida", o en otras palabras, como el nivel de vida las situaciones objetivas del sujeto se transforman en bienestar subjetivo, la Psicología tendrá que jugar un papel decisivo en el esclarecimiento del proceso por el cual se perciben, estiman e interpretan los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la satisfacción y el bienestar, y en la estructuración de sus elementos integrantes.

Desde esta perspectiva, la renuncia a uno de los dos polos: objetivo o subjetivo, o su simple dicotomización, entorpecería el análisis teórico por el que claman todos los investigadores. La calidad de vida, como pasa con muchos otros constructos, necesita la referencia a ambos polos, no solo para ser descrita o evaluada, sino para ser explicada y pautada como un complejo proceso de elaboración subjetiva, y en consecuencia, para orientar el "modus operandi" al cual deberán adscribirse los investigadores en este campo en el futuro próximo.

Lo cierto es que, hasta ahora, está ausente un modelo teórico de tal índole, que pueda proveer

de una base para la medición, la predicción, la explicación y la intervención fuera de límites empíricos muy restringidos. Este modelo puede y debe encontrarse. Como dice Marie Johnston (1995), en su ponencia introductoria a la 8va. Conferencia Anual de la Asociación Europea de Psicología de la Salud, que estuvo dedicada al análisis de los problemas de la calidad de vida (Alicante, 1994), la Psicología de la Salud puede jugar un papel importante en el desarrollo de modelos teóricos multidisciplinarios. Este desafío obligará a nuevas reestructuraciones conceptuales, pero lo más importante es que develará nuevas opciones para el mantenimiento de la salud, de la vida con calidad, del enfrentamiento humano ante la enfermedad y el respeto merecido ante la muerte.

Por otra parte, la evaluación de la calidad de vida no puede renegar de los resultados alcanzados, de las contribuciones acumuladas desde diferentes perspectivas, pero no puede conformarse con ellas. Aunque el consenso de hoy en día es a favor de un enfoque "modular", en el que se integren instrumentos que combinan una raíz genérica, ampliamente aplicable, con escalas específicas suplementarias, que se eligen como relevantes para la verificación de una hipótesis específica o la detección de un cambio clínico esperado, la mejor evaluación actual no podría pasarse sin la asunción de un concepto de calidad de vida que se ajuste al problema particular que se está estudiando. Por tanto, la elaboración teórica de ese "metaconstructo" deberá ser cautelosa y aplicable a la formulación especial de constructos particulares en su aplicación. Los diferentes modelos y fórmulas podrían ayudar al esclarecimiento de este magno problema, y he aquí que hay que rescatar, con una amplia proyección, la multidiversidad de resultados disponibles en los estudios hechos hasta el presente.

Médicos y Psicólogos, economistas y sociólogos, harían muy bien en posponer los debates acerca de la naturaleza o la configuración dimensional de la calidad de vida para centrarse en el análisis de los procesos que la determinan, en la naturaleza y devenir de sus variables moduladoras, en la elaboración de modelos teórico-generales de flexibilidad y a la vez, de rigor suficientes, como para permitir la operacionalización del constructo y la elaboración de metodologías evaluativas. Los resultados entonces podrían contactarse entre sí y se abriría el cambio a niveles superiores de generalización del conocimiento científico en este terreno, tan importante para el hombre moderno.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews F. M., Whythey S.R. (1976): Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality N.Y.: Plenum Press.
- Andrews F.M., Mc Kennel A. (1980) Measures of self reported well-being their affective, cognitive and other components. Soc. Ind. Res. 8. 127 - 155.
- Batista-Foguet J.M., Artés M. (1994): Actitudes y calidad de vida. En M. Alvarez (comp). Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Madrid, España, 335 - 374.
- Bech P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics, 59, 1-10.
- Blanco A. (1985): La calidad de vida: supuestos psicosociales. En: J.F.Morales (comp.). Psicología Social Aplicada. Bilbao. DDB.
- Bowling A. (1992): Measuring health: a review of quality of life measurement scales Open Univ. Press.
- Bradburn N. (1969): The structure and psychological well-being. Chicago, Aldine.
- Campbell A. (1976): Subjective measures of well-being. American psychologist. 31, 117 - 124.
- Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. (1976): The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfaction. N.Y.: Russel Sage.
- Chacón M. (1995). El burnout en personal de enfermería. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos, Puerto Vallarta, México.
- Chernisa C. (1980): Professional burnout service organization. N.Y. Praeger.
- De haes J. Van Knippenberg F.C. (1987): Quality of life of cancer patients; review of the Literature. In: N.K. Aronson, J. Beckman (Eds.). The quality of life of cancer patients, N.Y.: Raven Press.
- Diener E. (1984): Subjective well-being. Psych. Bull. 9, 3, 543 - 575.
- Fayos J.V. Beland F. (1981): An inquiry on the quality of life after curative treatment. In: A.R. Kager (Ed.). Head and Neck Oncology: controversies in cancer treatment. Boston Hall. 99-109.
- Ferrell B. R. Wisdom Ch., Wenzl C. (1989): Quality of Life as an outcome variable in the management of cancer pain. Cancer 63, 2321 - 2327.
- Flannagan J. A. (1978): A research approach to improving our quality of life. American Psychologist 33, 138 - 147.
- Friedman H. C., DiMatteo R.D. (1989): Health Psychology. Prentice Hall; London.
- Goldstein M. S.; Siegel J. M.; Boyer R. (1984): Predicting chances in perceived health status. American J. of Public Health, 74, 611 - 615.
- Grau J. (1995). La Psicología de la Salud en los albores del siglo XXI. Conferencia magistral a la I Reunión de Psicología de la Salud en el Occidente de México, Guadalajara. Enero / 1995.



- Grau J. (1996): Calidad de vida: Problemas en su investigación. Taller de conferencia Latinoamericana de Psicología de la salud, UNAM. México, DF, Mayo-Junio / 1996.
- Grau J., Jiménez P. J., Chacón M., Lence J., Martín M., Estévez T. (1995): Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales. Reporte de investigación INOR.
- Grau J., Hernández L., Chacón M., Romero T., Jiménez P. J. (1995): El burnout en médicos y enfermeras del Instituto de Oncología y Radiobiología. Reporte de Investigación INOR.
- Harwood P. de L. (1976): Quality of Life. Ascriptive and testimonial conceptualization. Soc. Ind. Res. 3, 471 - 496.
- Hollandsworth J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5 - years update. Soc. Sci. Med. 26, 425 - 434.
- Hörsnquit J.O. (1982): The concept of quality of life. Scand. J. Soc. Med., 10, 57 - 61.
- Hortley J ., Little B. R. (1985): Affective and cognitive components of global subjective well-being measures. Soc. Ind. Res. 17, 113 - 133.
- Hutchinson A., Faarndon J., Wilson R. (1979): Quality of survival of patients following mastectomy. Clin. Oncol. 5, 391
- Jenkins C.D., Jono R.T., Stanton B., Stroup-Benham C. A. (1990): The measurement of health related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis. Soc. Sci. Med. 31, 925 - 931.
- Johnston M. (1995): The quality of life, In: Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society, Univ. of Alicante, Spain. v. I. 18 - 17.
- Kaplan R. M. (1985): Quality of life measurement. In: P. Karoly (comp.) Measurement strategies on health psychology. N. Y.: Wiley
- Kaplan R. M., Bush J. W., Berry C.C. (1976): Health status: Types of validity and the index of well-being. Health Services Res. 11, 4, 478 - 507.
- Lawton H. P. Moss M., Fulcomer M., Kleban M. H. (1982): A research and service oriented multilevel assessment instrument. J. of Gerontology. 37, 91 - 99.
- Levi L., Anderson L. (1980): La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida. México D.F., El Manual Moderno.
- Lewis F. (1982): Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nurs Res. 31, 113 - 119.
- Liú B.C. (1974): Quality of life indicators: a preliminary investigation. Soc. Ind. Res. 1, 187 - 208.
- Maes S. Bruil J. (1995): Assessing quality of life children with a Chronic disease. In: Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society. Univ. of Alicante, Spain. 11, 637 - 652.
- Martín M., Grau J. (1992): Psicología y dolor crónico. En prensa en la Universidad de Guadalajara, México.
- Maslach C., Jackson S. (1981): The pressurement of experienced burnout. J. of Occupational Behavior 2, 99 - 113.
- Moreno B., Oliver C., Aragonés A. (1991): El burnout: una forma específica de estrés. En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo (Eds.) Manual de Psicología Clínica Aplicada. Siglo XXI. España.
- Moreno B., Ximénez C. (1996): Evaluación de la calidad de la vida, En: G. Buela-Casal. V. E. Caballo, J. Carlos Sierra (Eds.) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud, Siglo XXI, España. 1045 - 1670.
- Najman J. M., Levine S. (1981): Evaluating the impact of medical care and technologies in the quality of life: a review and critique. Soc. Sci. Med. 15F, 107 - 115.

- Penzo W. (1989): Aspectos psicológicos del dolor crónico. Editorial Martínez Roca. Barcelona.
- Reimel Sh., Muñoz C. (1990): Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. *Comportamiento*, Univ. Simón Bolívar, Venezuela 1, 2, 51 - 59.
- Shaw A (1977): Defining the quality of Life. *Hastin Center Rep.* October. 11.
- Shin D. C., Johnson D. M. (1978): Avowed Happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc. Ind. Res.* 5, 475-492.
- Slevin M. L., Plant H., Lynch D. (1988): Who Should measure quality of life, the doctor or the patient. *British J. of Cancer*, 57, 109 - 112.
- Szalai A. (1980): The meaning of comparative research on the quality of life. In: A. Szalai. F. M. Andrews (Eds.) *The qualiti of life. Comparative Studies.* Sage, London.
- Torrence G. H. (1987): Utility approach to measuring healt - related quality of life *J. Chronic Dis.* 40, 6, 593 - 600.
- Ware J. E. (1984): Conceptualizing disease impact and treatment cutcomes. *Cancer (suppl)* 53, 2316 - 2323.
- Ware J. E., Brook R. H. Davies A. R., Lohr K. N. (1981): Chosing measures of healt status for individuals in general populations. *Sta. Mónica.* RAND Corporation.
- Winefeld H. R. (1995): Quality of life in Chronic diseases. In: *Proceeding of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society.* Univ. of Alicante. Spain, 1, 286 - 303.

ESTRÉS Y DEBUT DE ENFERMEDAD. ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE CHERNOBIL, PORTADORES DE VITILIGO

Lic. Alexis Lorenzo Ruiz ^{1*}

Dra. Lissette García Bajos ^{2*}

Dr. Abel Pérez Hernández ^{3*}

Dra. Alma Reyes Véliz ^{4*}

Lic. Xiomara Saens Hernández ^{5*}

RESUMEN

Durante los últimos años aumenta el interés en relación al proceso salud-enfermedad, subrayándose el rol desencadenante del estrés. Conocedores también del Vitiligo en el mundo, abordaremos el factor psíquico como uno de los posibles disparadores del proceso desencadenante de la enfermedad. Se presenta un estudio realizado a 124 adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y 17 años, donde el 30,64% corresponden al sexo masculino y el 69,36% al femenino, todos con diagnóstico de Vitiligo a procedentes de zonas afectadas por el desastre de Chernobil, durante su estancia de tratamiento en el Centro de Histoterapia Placentaria de Tarará.

Con el objetivo de precisar el rol del estrés en el debut del Vitiligo, diseñamos al efecto, un cuestionario donde el paciente evalúa en cada escala de 1 a 5 puntos la incidencia de las situaciones estresantes. Como tal consideramos 11 situaciones, las más frecuentes referidas por los propios pacientes, avaladas además en estudios proyectivos antes realizados. Detectamos en los resultados la alta incidencia de carácter negativo que acreditan los pacientes a las diferentes situaciones estresantes, hecho comprobado por el equipo de Profesor Dr. Carlos Miyares Cao y otros autores.

INTRODUCCIÓN

A medida que se ha profundizado en el conoci-

miento del cuerpo humano, durante los últimos años aumenta el interés en relación a proceso salud-enfermedad, subrayándose el rol desencadenante del estrés. En algunas patologías ya las ciencias biomédicas conocen sus agentes desencadenantes en otras, aun es imposible o coexisten múltiples teorías, con sus respectivas explicaciones.

En el presente trabajo abordaremos la problemática del Vitiligo, enfermedad dermatológica adquirida, caracterizada por una destrucción progresiva de los melanocitos, de causa desconocida que afecta entre el 1% y el 2% de la población mundial, con la aparición de maculas adquiridas acrómicas. No obstante, existen múltiples hechos a partir de los cuales se han elaborado diversas hipótesis para explicar la enfermedad neurogénica, autotoxicidad, genética, autoinmune y la teoría unitaria.

Nosotros abordaremos el factor psíquico, como uno de los posibles disparadores del proceso desencadenante de la enfermedad. Precisa-

1* Psicólogo Centro Histoterapia Placentaria Tarará; Jefe Servicio Psicología Hospital Tarará

2* Especialista de 1er Grado en Medicina Familiar

3* Especialista de 1er Grado en Medicina Familiar

4* Residente 3er año de Medicina General Integral

5* Jefa de Enfermería Centro de Histoterapia Placentaria Tarará.

mente dentro del papel que juega la psíquica en la determinación de la salud, se halla el formar parte del mecanismo interno de producción de enfermedades de determinados tipos como por ejemplo las denominadas por diferentes autores "enfermedades psicosomáticas". Tal es el caso del Vitiligo.

El estrés como problemática generaliza los diferentes aspectos del factor psíquico que surge en el proceso de la actividad y ejerce influencias positivas o negativas sobre la misma. Tal denominación se refiere a una estructura interna particular que adopta cada sujeto, sobre esta base una situación se pudiera catalogar como estresante en la medida que el sujeto no tiene recursos disponibles para enfrentarla, donde la demanda que crea tal situación está por encima de su capacidad de hacerle frente.

Todos estos argumentos los vemos avalados por los resultados obtenidos durante 35 años de trabajo en la investigación y tratamiento del Vitiligo por el Dr. Carlos Miyares Cao y sus colaboradores. En consecuencia con ello, durante casi cinco años de trabajo en el Centro de Histoterapia Placentaria de Tarará, hemos obtenido resultados similares en la atención de pacientes con Vitiligo, damnificados de Chernobil, donde de forma sistemática estos pacientes destacan eventos vitales psicopatogénicos relacionados con la catástrofe de Chernobil, conflictos familiares y personales, como posibles debut de la enfermedad.

Inicialmente, en el período comprendido entre los años 1990 - 1992, diseñamos un estudio del rol desencadenante del estrés en esta población infantil, con la ayuda de técnicas proyectivas. Sus resultados y la demanda de perfeccionar los sistemas de acción psicoterapéutica nos motivaron a la realización de la presente investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la incidencia de las diferentes situaciones estresantes, relacionadas con el debut de la enfermedad crónica.

Objetivos específicos

- 1.- Determinar las características de las situaciones estresantes seleccionadas en el universo de estudio.
- 2.- Estimar la incidencia de las situaciones estresantes sobre el cuadro subjetivo de la enfermedad.
- 3.- Diseñar y ejecutar un sistema de acciones psicológicas, sobre la base de los resultados obtenidos, para facilitar una efectiva rehabilitación psicosocial de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionó al azar una muestra de 124 adolescentes, en edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad, con diagnóstico de Vitiligo, procedentes de zonas afectadas por la catástrofe de Chernobil, durante su estancia de tratamiento especializado con Melagenina 1 en Centro de Histoterapia Placentaria de Tarará, donde 38 pacientes corresponden al sexo masculino, para un 30,64 % y 86 al sexo femenino, para un 69,36% del total de la muestra, respectivamente.

La investigación se realizó con ayuda de un cuestionario (Ver anexo N° 1), diseñado al efecto, donde integramos un conjunto de 10 situaciones estresantes, que comúnmente los pacientes asocian al debut del Vitiligo, según estudios realizados por el Doctor Carlos Miyares Cao y en nuestro propio servicio clínico. Agregamos también la problemática de la falta de informaciones relacionadas con la enfermedad durante los inicios de la misma y una última pregunta abierta, para si en el cuestionario no aparecían

todas las posibles situaciones estresantes a relacionar por los pacientes.

El cuestionario se aplica de forma individual, al finalizar la entrevista Psicosocial Inicial que se le realiza a cada uno de los pacientes, donde se le solicita evaluar en una escala de menor a mayor (1 a 5) la incidencia que piensa, tuvieran cada una de las situaciones estresantes referidas.

Al concluir, se realiza una dinámica de orientación psicoterapéutica individual con el paciente, dirigida a la modificación de sus creencias relacionadas con la enfermedad y las expectativas psicológicas, asociadas a los tratamientos médico-especializados a recibir en Cuba.

Finalmente, los resultados obtenidos se organizan en forma de tablas y gráficos. El análisis estadístico se hace con el conteo porcentual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Vemos el número de pacientes según sexo, donde el sexo femenino fue mucho mayor (69,36%) en la población estudiada. Coincidiendo con los resultados de Miyares de 59% en la población cubana y Hernández de 64% en los niños de Chernobyl obtenidos aquí en Tarara. Esta diferencia pudiera atribuirse a la tendencia del sexo femenino a buscar tratamiento especializado con mayor frecuencia y no por una incidencia realmente mayor en el mismo.

En respuesta al cuestionario, se observa una tendencia hacia el aumento y concentración de las evaluaciones más altas (3 - 4 - 5) a cada una de las situaciones estresantes, en su posible asociación con el debut de la enfermedad.

Se describe como esta tendencia se comporta en general, cumpliéndose, tanto para el sexo masculino, como para el femenino. Sin embargo, la estructura del sexo masculino nos presenta una tendencia totalmente ascendente de sus evaluaciones de menor a mayor incidencia, no ocu-

rriendo así en el caso del sexo femenino, donde observamos aumento de la evaluación "1- NO TIENE RELACIÓN" al 7,40% en comparación al 1,58% del sexo masculino. Por consiguiente, en el sexo femenino disminuye la concentración alrededor de la evaluación "4- TIENE MUCHA RELACIÓN" al 10,04% en comparación al 27,10% en el sexo masculino, en tanto la evaluación "5- TIENE MÁXIMA RELACIÓN" aumenta con su 73,05% de incidencia en comparación al 53,69% del sexo masculino, y mantiene la tendencia general de evaluación. Es decir, en gran medida, todas las situaciones presentadas fueron evaluadas como estresantes y relacionadas con el debut de la enfermedad, si tomamos en cuenta, que sólo un 5,73% de la muestra no las consideró como tal.

El estrés previo, en forma de conflictos, relacionados como factor desencadenante de la enfermedad, en adultos, fue encontrado en un 40% por Ospina en Colombia y en un 73% por Miyares en Cuba. En el caso de la población infantil los estudios son escasos, en el estudio de 100 casos de niños ucranianos, Hernández reporta sólo en un 25% antecedentes de estrés. En nuestro estudio obtenemos una incidencia del estrés previo en el 94,27% de la muestra estudiada (n=124). Ello lo relacionamos con las características del rapport afectivo e idiomático, pues mientras el equipo médico depende de una traducción, los psicólogos todos son rusoparlante y están más familiarizados con las características socioculturales de esta población infantil.

La relación de los diferentes tipos de conflictos no difiere mucho con los estudios referidos. Sin embargo, en cuanto a la significación individual de cada una de ellas, se percibe la especificidad de la adolescencia. Tomamos como referencia los porcentos de incidencia de la valoración "5- TIENE MÁXIMA RELACIÓN" a cada una

de las situaciones. Obtenemos con los rangos de valores superiores en un 78,99% "las situaciones de miedo" y "el déficit de información sobre la enfermedad", le siguen en orden descendente con un 72,58% las dificultades escolares con un 70,16% la separación de la familia, mientras con un 66,13% los conflictos en las relaciones con los padres y la pérdida de familiares allegados. En un bloque intermedio se agrupan con valores de un 64,51% la situación de divorcio de sus padres, la enfermedad de algún familiar allegado y los conflictos con los coetáneos, seguidos del accidente de Chernobil con un 63,71%. Los rangos de valores inferiores aparecen con un 49,19% en las enfermedades más frecuentes que han padecido, donde destacan el Dolor Abdominal Recurrente y las Infecciones Respiratorias, tendencia encontrada en otros estudios realizados a los niños ucranianos en Cuba.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en nuestro estudio proyectivo anterior, se observa un espectro similar. En primer lugar aparecían los traumas o fobias personales (86,67%), seguido de las discusiones con los coetáneos (66,67%) y la catástrofe de Chernobil (60%). Además, se reconocieron como significativas las situaciones de conflicto en la familia, enfermedades personales y/o familiares, todas con un 33,33% de incidencia, coincidiendo la tendencia asociativa estrés-debut de la enfermedad en ambos estudios.

Tal hallazgo lo consideramos una reafirmación de las conclusiones a las que han arribado en estudios longitudinales y socio - culturales de la adolescencia, tanto en Cuba, como en el extranjero. Pues en realidad la concepción de sí mismo que aparece en la adolescencia implica todo su conjunto de identidades y la exactitud para percibir e informar sus propias percepciones de sí mismo. Es decir, ello nos evidencia como la aper-

tura del yo en la adolescencia favorece el conocimiento del cuerpo humano y el reconocimiento de las causas psicológicas de enfermedad, entiéndase relación temporal estrés y desarrollo de enfermedad.

Con tal concepción, al analizar toda esta información en las dinámicas individuales, obtenemos en el 100% de los pacientes una tendencia a representar la presencia de su enfermedad crónica) Vitiligo, como una situación estresante más con particularidades propias, causada por las situaciones analizadas. Algo así como un conjunto de amenazas referidas a su propia vida, a todo lo relacionado con la integridad y confort corpóreo a la realización de actividades y los papeles sociales acostumbrados, a la independencia, etc.

Todas estas representaciones conforman una especie de modelo individual de enfermedad, es decir, cuadro subjetivo de la misma, donde el modelo del tratamiento resultan componentes esenciales del cuadro subjetivo, a tal punto, que ejercen un papel regulador de la conducta de estos enfermos crónicos.

Finalmente, consideramos que tanto en las valoraciones de las situaciones estresantes presentadas, como en su interrelación con el cuadro subjetivo de la enfermedad, prevalece una tendencia hacia la acentuación y sobre valoración de los factores psicológicos en forma de relación estrés - debut de la enfermedad. Ello lo justifican las características propias de la edad y la procedencia de zonas afectadas por la catástrofe de Chernobil, donde prevalece una estigmatización y sobre valoración de los efectos negativos del medio sobre la salud humana.

El cuestionario demostró ser eficaz y evaluar los objetivos para los cuales se diseñó. Además no fue planteada ninguna nueva situación estresante por los pacientes encuestados.



CONCLUSIONES

1. En gran medida todas las situaciones presentadas se evaluaron como estresantes y relacionadas con el debut de la enfermedad.
2. Se corrobora la preparación de estos adolescentes para el reconocimiento de las causas psicológicas de la enfermedad.
3. La presencia de la enfermedad crónica se representa como una situación estresante con particularidades propias.
4. El cuadro subjetivo individual de la enfermedad manifiesta inadecuaciones en relación a las realidades vitiligo.
5. Finalmente, se constata una tendencia hacia la sobre valoración y acentuación de los fac-

tores psicológicos sobre el debut de la enfermedad crónica.

RECOMENDACIONES

1. Profundizar en los diferentes tipos de estrés con incidencia en el debut del Vitiligo.
2. Ampliar la muestra con pacientes portadores de otras enfermedades psicosomáticas.
3. Capacitar al personal médico, en particular, a los médicos de la Atención Primaria. Para una mejor comprensión del rol de los aspectos psicológicos en las enfermedades crónicas.
4. Continuar desarrollando acciones psicoterapéuticas para la adecuación en los pacientes del cuadro subjetivo de la enfermedad.

ANEXO N°. 1

MODELO DE CUESTIONARIO

Nombres y Apellidos: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Historia Clínica: _____
 Ubicación: _____ Patología: _____
 Procedencia: _____

INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos un conjunto de situaciones, las cuales pueden generar estrés en las personas. Léalas detenidamente y evalúe a cada una de ellas, según su experiencia personal, que relación tuvieron con el debut de su enfermedad.

Marque con una cruz (x) su respuesta y argumente.

CUESTIONARIO

1.- El accidente de Chernobí

No tiene relación	1
Tiene poca relación	2
Tiene más o Menos relación	3
Tiene mucha relación	4
Tiene una relación Máxima	5

2.- Conflictos en las relaciones con los padres

4 1 5 2 3

3.- El divorcio de sus padres

4 1 5 2 3

4.- Separación temporal de los miembros de la familia

4 1 5 2 3

5.- Pérdida de algún familiar allegado

4 1 5 2 3

6.- Enfermedad de algún familiar allegado

4 1 5 2 3

7.- Conflictos en las relaciones con coetáneos

4 1 5 2 3

8.- Dificultades con el aprendizaje

4 1 5 2 3

9.- Enfermedades frecuentes que ha padecido

4 1 5 2 3

10.- Situaciones de miedo

4 1 5 2 3

11.- Falta de información en relación a la enfermedad

4 1 5 2 3

12.- ¿Cuales otras situaciones considera como estresantes asociadas al debut de su enfermedad?
Evalúelas de igual forma.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Hernández - Baquero G.; Dermatología, Vitiligo, concepto, etiología, patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Editorial Científico-Técnica, La Habana, Cuba. 1989, pp 397 - 400.
Hernández Valdez, O.: García Bajo, L.: Estudio en 100 casos ucranianos diagnosticados con

Vitiligo y tratados con Melagenina. Centro de Histoterapia Placentaria de Tarara, La Habana, Cuba. 1993.

Hill. O.W.: Psychomatic Medicine-2. Cap. 6. Edit, Butter worths. London. 1970

Horrocks, J.E.: Psicología de la adolescencia, Editorial Trillas, México. Reimpresión, 1989.



- La rehabilitación psicosocial de niños y adolescentes afectados por la catástrofe de Chernobil. folleto de trabajos científicos del Instituto de Psicología de Ucrania. Kiev. 1992.
- Lorenzo Ruiz, A, et. al: Estudio psicológico en niños damnificados de Chernobil durante su estancia en Cuba. En, Materiales de la Conferencia Internacional de Psicología. La Habana, Cuba. Octubre 1994; p. 71.
- Lorenzo Ruíz, A. et. al; Estudio del sistema de relaciones emocionales en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas damnificados por el accidente de Chernobil. En Materiales Conferencia Internacional Psicología de la Salud 92, La Habana, Cuba. 5-9 Oct. 19912; pp 71 - 72.
- Miyares Cao. C.: La Melagenina, nuevo medicamento cubano para el tratamiento del Vitiligo. Resultado de su utilización en Cuba y el extranjero. La Habana 1989. Palacio de las Convenciones Junio.
- Ortonne, J.P. Vitiligo En, Orfanos, C.E.; Stadler, R.; Golinick E.; Dermatology in five continents, Berlin. Heidelberg. springer-Verlag 1988; pp 210-217,
- Pérez Lovelle, R.: La Psiquis en determinación de la salud. Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba. 1989.
- Pérez Villar, K.: Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1988.
- Uriá Aquino, M.: Portero Cabrera. D.: Distinción del estrés de algunos estados psíquicos patológicos. En, Materiales del Primer Encuentro Iberoamericano de Psicología. La Habana, Cuba. Junio 1990, p. 63.
- Velázquez Argota, J; Fabré, D.: Júztiz, A.: Desarrollo del concepto de enfermedad en el niño. En, Materiales del Primer Encuentro Iberoamericano de Psicología, La Habana, Cuba. Junio 1990; p. 69.



INFORMACIÓN ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

Dr. C. Bernardo Fernández Hernández *

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Gineco obstétrico Ciro Redondo de Pinar del Río. Se realizan la mayor parte de las interrupciones de embarazo (aborto) de la provincia, ya que se exceptúan los Municipios de San Cristóbal, Bahía Honda, Los Palacios y Candelaria, los cuales efectúan sus legrados en el Hospital Comandante Pinares de San Cristóbal, los 10 Municipios restantes se sirven del servicio de legrados del mencionado Hospital. Y casi lo mismo sucede con las regulaciones menstrual ya que la consulta de la regulación menstrual del Hospital Ciro Redondo da cobertura con sus servicios a la mayoría de los Municipios de la Provincia más occidental de Cuba. Y si bien es cierto, que la cifra de aborto realizada en 1995 descendió discretamente en relación con el año 1994 (1862 parto 2485) y que la relación aborto parto en la Provincia está por debajo de la media nacional en esa tendencia que se viene dando desde 1987 a la fecha, no obstante tenemos que seguir considerando la cifra alta sobre todo si tenemos en cuenta que más de un 70% de los son mujeres menores de 20 años. Por otro lado el número de regulaciones menstruales aumentan, no sólo porque 3715 realizadas en 1994 aumentaron a 4202 en 1995 sin porque de 284 realizadas en 1995 ascendieron a 468 en Enero de 1996 casi duplicándose la cifra.

Por lo antes expuesto decidimos explorar la información que poseen tales mujeres en relación

con la anticoncepción y los riesgos del aborto, durante los meses de diciembre de 1995 y Enero de 1996 en el servicio de legrado del Hospital y en la consulta de regulación menstrual con una encuesta anónima y personal en ambos grupos partiendo de la hipótesis de que no se trata de información sino de la no integración de la información recibida y de una actual negligencia en la relación con la sexualidad y las relaciones sexuales no protegidas. Los resultados recogidos se exponen en el presente informe.

Hipótesis: La mayoría de las mujeres que interrumpen su embarazo en el Hospital Ciro Redondo de Pinar del Río no desconocen los métodos anticonceptivos, sino que no han interiorizado la necesidad de usarlos.

OBJETIVOS

Generales:

- 1.- Inquirir la información que poseen las mujeres que se someten a legrados men-

* Psicólogo del Hospital Gineco Obstetra Ciro Redondo Pinar Del Río.

Del Grupo Provincial de Psicología y Presidente de la Comisión Provincial de Educación Sexual.

Dirección Particular:
Avenida Rafael Ferro N°. 123 A
Pinar del Río
CP. 20100.

struales en el Hospital con el mayor servicio de su tipo en la Provincia de Pinar del Río acerca de la anticoncepción y los riesgos de labor.

- 2.- Verificar o no la hipótesis de que no le falta información sino que sucede que la información que poseen a nivel cognoscitivo, no ha sido interiorizado como conducta responsables ante su sexualidad.

Específicos:

- 1.- Determinar cuáles son los anticonceptivos más conocidos, si los usan o no, si les han fallado.
- 2.- Comprobar cuáles han sido las principales vías de información que han tenido al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se aplica una encuesta anónima y personal a 241 pacientes mujeres, que se realizaron interrupciones de embarazos en el servicio de legrado del Hospital Gineco Obstétrico Ciro Redondo de Pinar del Río y a las 752 que se efectuaron regulaciones menstruales en el mismo durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996 con el fin de conocer la información que poseen sobre la anticoncepción y los riesgos del aborto, así como sus principales vías de información al respecto. Los resultados se informaron en tablas con porcentajes y significación estadística comprobándose la hipótesis inicial de que poseen suficiente información pero que la información que se les ha suministrado no ha modificado sus actitudes y conductas sexuales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la Tabla I el implante tiene una escasa identificación con 85 (35%) lo cual se explica por lo novedoso y poco generalizado en nuestro medio. Muestran en la Tabla II pocos también 28 (11%)

Tabla I

Identificación correcta de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que interrumpieron su embarazo en el Hospital Gineco Obstétrico Ciro Redondo en Dic./95 y en Enero/96.

IDENTIFICACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS (241 MUJERES)	NÚMERO DE MUJERES %
Anillo	241 100
T de Cobre	241 100
Diafragma	200 82,9
Espermicida	215 89,2
Implantes	85 35,2
Preservativos	241 100
Diu.	236 97,9
Medrone	241 100
Nogestrel	215 89,2

* $p < 0,01$

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

Tabla II

Identificación incorrecta de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que interrumpieron su embarazo en el Hospital Ciro Redondo en Diciembre '95 y Enero '96

IDENTIFICACIÓN INCORRECTA (241 MUJERES)	NÚMERO DE MUJERES %
Duchas vaginales	28 *
	11,6 *
Regulación Menstrual	45 **
	18,6 **

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

identificaron incorrectamente las duchas vaginales como método anticonceptivos, aunque es

ligeramente alta 45 por un (18,6%) la que consideran entre esta las regulaciones menstruales.

La Tabla III muestra como la mayoría tiene bien identificada los principales riesgos del aborto, sin embargo en la tabla III vemos como solo 5 (21,0%) usaban anticonceptivos en el momento del embarazo.

Tabla III

Identificación de los riesgos del aborto por parte de las mujeres que interrumpieron su embarazo en el Hospital Ciro Redondo

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS (241 MUJERES)	NÚMERO DE MUJERES %
Esterilidad	211 87,5 **
Sepsis Grave	230 95,4 **
Muerte	240 99,5 **

**p > 0,01

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco
Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

En la Tabla IV, la radio, la TV, los periódicos, revistas, constituyeron sus principales fuentes de información sobre anticoncepción y aborto.

Tabla IV

Uso del anticonceptivo en el momento del embarazo de las mujeres que interrumpieron su embarazo en el Hospital Ciro Redondo

USO DE ANTICONCEPTIVO	NÚMERO DE MUJERES %
Usando anticonceptivo	5 2
Sin uso de anticonceptivos	236 ** 97,9 **
Total	241 100

**p > 0,01

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco
Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

Y finalmente en la Tabla VI encontramos la única diferencia significativa entre el grupo anterior y las 752 que se sometieron a regulación menstrual donde sólo 113 (15,3%) consideró dicha maniobra obstétrica como método anticonceptivo a pesar de usar, pues en el resto de la información el comportamiento es semejante.

Tabla V

Vías de Información obtenidas por parte de las mujeres que interrumpieron su embarazo en el Hospital Ciro Redondo

VÍAS DE INFORMACIÓN	NÚMERO DE MUJERES %
Círculo de adolescentes	78 * 32,3
Consultorio Médico	108 44,8
Radio y T.V.	241 100
Periódico y Revistas	228 94,6
Educación Sexual en la Escuela	193 80
Los padres	55 * 22,8

*p > 0,01

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco
Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

Tabla VI

Identificación incorrecta de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que se realizaron regulación menstrual en el Hospital Ciro Redondo en Dic./95 y Enero/96

IDENTIFICACIÓN INCORRECTA (752 MUJERES)	NÚMERO DE MUJERES %
Duchas vaginales	93 * 12,3
Regulación Menstrual	113 * 15

*p > 0,01

Fuente: Dpto. de Psicología del Hospital Gineco
Obstétrico Ciro Redondo P. del Río.

CONCLUSIONES

La mayoría significativa de las mujeres que se interrumpieron, identifican correctamente los métodos anticonceptivo que existen en nuestros medios.

Aunque hubo una cierta tendencia a considerar la regulación menstrual como método anticonceptivo entre las que se interrumpieron si tenemos en cuenta la totalidad de las mujeres encuestadas incluyendo las que se realizaban la propia regulación menstrual, la suma en este error de apreciación es baja.

La consecuencia de este aborto eran del conocimiento de las mismas de modo mayoritariamente significativa. Sin embargo el uso de anticonceptivo en el momento de embarazarse fue mínimo a pesar de que la mayoría ha recibido información principalmente a través de la ra-

dio, TV, prensa escrita y actividades de la educación sexuales.

Consideramos que queda demostrada la hipótesis inicial de que no existen falta de información acerca de la anticoncepción y el aborto, sino que no han interiorizado la información modificando conducta y actitudes en relación con la sexualidad y la practica de sus relaciones sexuales.

Las vías de educación sexual que más posibilidades tiene de trascender el nivel de la información para actuar como agente de cambio todavía no juega el papel suficiente en tal sentido y ellos son los padres, los consultorios médicos, los círculos de adolescente y las escuelas, por lo que la mayoría lo recibe a través de los medios de comunicación que se limita mucho mas al plano de la información cognoscitiva.

ANEXO ENCUESTA PERSONAL ANÓNIMA

1.- Señale con una X cuales son los métodos anticonceptivos

<input type="checkbox"/> Anillo	<input type="checkbox"/> Preservativo.	<input type="checkbox"/> Hebitani
<input type="checkbox"/> Te de cobre	<input type="checkbox"/> Aza	<input type="checkbox"/> Medrone
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Condón	<input type="checkbox"/> Nogestrel
<input type="checkbox"/> Espermicida	<input type="checkbox"/> Filamentos	<input type="checkbox"/> Digoxina
<input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> Diu	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Regulación menstrual	<input type="checkbox"/> Biorritmo	<input type="checkbox"/> Parafina
<input type="checkbox"/> Masturbación	<input type="checkbox"/> Duchas Vaginales	

2.- En el momento de producirse el embarazo

¿Estaba usando anticonceptivo? Si No

3.- Entre las consecuencias del aborto están:

_ Esterilidad	Si	No
_ Sepsis grave	Si	No
_ Partos múltiples	Si	No
_ Frigidez	Si	No
_ Anorgásmia	Si	No
_ Bradicardia	Si	No
_ Psicosis	Si	No
_ Muerte	Si	No

4.- Las vías por las que usted ha tenido información de anticonceptivos y abortos son:

Circulo de adolescente	___	Periódicos y Revistas	___
Consultorio Médico	___	Educación en la escuela	___
Radio y TV	___	Los Padres	___

	1994	1995
Abortos	1862	2485
Regulación Menstrual	3715	4202

	Diciembre 1995	Enero 1996
Abortos	120	121
Regulación Menstrual	284	468

Nota: Entre las mujeres que se sometieron a regulación menstrual no es significativo la apreciación incorrecta de la regulación menstrual como método anticonceptivo como fue en los que se interrumpieron con legrados, en todos los demás el comportamiento es semejante sin diferencia importante de CHI2. entre los dos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

CENESEX, El aborto una responsabilidad de dos.
(Investigación nacional, La Habana, 1994).
Fernández Hernández B. Algunos elementos in-
formativos sobre la sexualidad y SIDA, que

pueden condicionar actitudes en los Jóvenes
frente a este problema de salud, Psicología,
Habana 94, La Habana 1994.
FENUAP, La planificación familiar, Ginebra 1995.

PICTOTERAPIA INFANTIL: UNA EXPERIENCIA CON NIÑOS EN UN CIRCULO INFANTIL

Lic. Marlen Naranjo del Valle *

Dr. C. Bernardo Fernández Hernández **

RESUMEN

Para dar tratamiento a un grupo de niños con hiperactividad, timidez y agresividad no socializada (21 en total) en el Circulo Infantil El Pionero del área de Salud del Policlínico Raúl Sánchez en la Ciudad de Pinar del Río, se realiza una experiencia psicoterapéutica con Pictoterapia (dibujo y pintura), siguiendo el método sistémico ideado por el Doctor en Ciencias Psicológicas Bernardo Fernández Hernández, en 1979 y que se pone en práctica en un grupo de escuela de enseñanza especial de la Provincia. Los resultados con 15 niños con evaluación favorable (7,4 %) y 3 (14,3 %) con una evaluación favorablemente parcial que hacen un total de 18 (85,3%), estadísticamente significativo (χ^2) contra 3 (14,3 %) sin ninguna mejoría, además del análisis por tipo de trastorno donde la hiperactividad con 10 (47,5 %) y la timidez con 7 casos (33,3 %) al lado de la agresividad no socializada con 1 (4,7 %) solo mejorada de 3 (14,3 %) casos, representaron la mayoría significativa (χ^2) son expuestos en tabla de salida analizadas junto a la exposición del método sistémico de la Pictoterapia utilizado.

INTRODUCCIÓN

La puesta en práctica en algunas escuelas de enseñanza Especial de Pinar del Río de un método de Pictoterapia ideado por el Doctor en Ciencias

Psicológicas Bernardo Fernández Hernández en 1979 en el Departamento de Psicología del Hospital Pediátrico de Matanza, nos motivó como psicoterapeuta del Círculo Infantil El Pionero, del área de salud del Policlínico Raúl Sánchez en Ciudad de Pinar del Río a intentar comprobar su efectividad con un grupo de niños del Centro portadores de dificultades psicológicas como hiperactividad, timidez y agresividad no socializada. La idea fue la de darle a estos niños dentro de la misma institución infantil una atención diferenciada en tal sentido, utilizando para ello las técnicas de la psicoterapia reconocida desde siempre por la psicología, pero en este caso, siguiendo el método ya mencionado, cuyos resultados fueron reportados como positivos en aquella ocasión por su autor (1) y que ahora se pone en práctica en algunas escuelas para niños con trastornos de la conducta o con defectos psíquicos, por su puesto con la adaptaciones psicológicas correspondientes.

En nuestro caso, para la realización de esta experiencia psicoterapéutica contamos con la asesoría del propio autor, quién también los ayudó a seleccionar las muestras confirmando el

* Psicoterapeuta del Circulo Infantil El Pionero.

** Jefe del Grupo Provincial de Psicología de la Dirección Provincial de Salud en Pinar del Río

diagnóstico de sus dificultades. Los resultados obtenidos con la experiencia, son reportados de manera completa en el presente informe.

OBJETIVOS

Generales:

- Brindar atención psicoterapéutica a un grupo de niños en quinto año de vida y edad preescolar, con dificultades psicológicas, utilizando de manera sistemática la actividad de dibujo y pintura, en el círculo infantil El Pionero de la Ciudad de Pinar del Río.

Específicos:

- Comprobar hasta qué punto es efectivo el método de Psicoterapia Infantil, ideado por el Doctor en Ciencias psicológicas Bernardo Fernández Hernández en 1979, durante la experiencia.
- Verificar la efectividad de dicho método de pictoterapia infantil por separado, en cada uno de los cuadros psicológicos presentados por los niños con los que se trabaja en esta experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se escogieron 21 niños comprendidos en las edades de quinto año de vida y de preescolar, los cuales presentaban dificultades como hiperactividad, agresividad no socializada y timidez. Todos recibieron dos sesiones semanales de pictoterapia, siguiendo el siguiente esquema: cuatro etapas que cubrieron un período de tres meses.

La primera fue de dibujo y pintura libre, estimulados para que cada cual pintara lo que deseara. La segunda etapa era dirigida, motivándolos con un pequeño cuento relacionado con alguna de las áreas de conflicto y pidiéndoles dibujar y pintar sobre el tema.

En la técnica los dibujos también eran sugeridos pero se les pedía que los realizaran colectivamente (dúos o tres) y se les asistía en la tarea. Finalmente la cuarta etapa volvió hacer libre y espontánea.

Cada etapa cubría tres semanas y se acompañó el trabajo con una escuela de padres de una sesión semanal. El período transcurrido fue de Octubre a Diciembre de 1995 y los resultados se exponen en tablas con porcentajes y significación estadísticas que permiten el análisis de la experiencia.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la tabla I se aprecia que 15 (71,4 %) niños de manera significativa se evaluaron satisfactoriamente, según puede verificarse después con los familiares y el personal docente y auxiliar del círculo infantil, es decir, con un cambio total del cuadro psicológico tratado. Mientras que 3 (14,3 %) niños evaluaron parcialmente favorable, comprobándose, tanto con los familiares como con el personal del círculo que el cambio no llega a hacer total como los 15 anteriores. Sin ninguna mejoría se reportaron también 3 (14,3 %) casos.

La tabla II muestra como la hiperactividad con 9 (42,8 %) curados y 1 (4,7 %) con una evaluación parcial favorable fue el cuadro que mejor respondió al tratamiento, junto al de timidez que con 5 (23,8 %) curados y 2 (9,5 %) mejorados substancialmente, guardan una buena proporción estadística. En tanto que la agresividad no socializada sólo tuvo 1 (4,7 %) con evaluación favorable contra 2 (4,5 %) sin mejoría.

Finalmente en la tabla III, vemos como en las 12 sesiones de la escuela de padres donde siempre debió asistir un familiar de los que conocían con los niños como mínimo (se citaban a todos).

El número mayor de ausencias 11 (91,7 %) correspondió a los padres y familiares de los que



no evidenciaron mejoría. Y el número de ausencias 4 (33,3 %) a los que evolucionaron favorablemente.

Debemos aclarar también, que el caso de hiperactividad que no evidenció mejoría, se comprobó después con Neurología y Psiquiatría Infantil que su hiperkinesia tiene la correspondiente etiología de base orgánica de un daño cerebral.

CONCLUSIONES

- La Pictoterapia y en este caso utilizada de manera sistémica según el método ideado por el Dr. en Ciencias Psicológicas Bernardo Fernández Hernández, en 1979, demostró ser efectiva en la atención psicoterapéutica de un grupo de niños con problemas psicológicos del Círculo Infantil El Pionero de Pinar del Río, con 18 (85,7 %) ningún beneficiado en alguna medida de un total de 21.
- La hiperactividad y la timidez fueron las causas más numerosas en el grupo y fueron también los que mejor respondieron al tratamiento.
- La asistencia de los padres y otros familiares que conviven con el niño, a una escuela de padres como parte estructural del sistema terapéutico aplicado, donde se les orienta al respecto, guardó una relación estrecha con la evaluación de los niños durante el tratamiento.

GRÁFICO I:

MÉTODO DE PICTOTERAPIA INFANTIL.

AUTOR: Dr. C. Bernardo Fernández Hernández.

- PRIMERA ETAPA (3 a 4 semanas). Dibujo y pintura libre con temas espontáneos.
- SEGUNDA ETAPA (3 a 4 semanas). Dibujo y pintura con temas dirigidos, motivados con un cuento relacionado con las áreas de conflictos de los niños.
- TERCERA ETAPA (3 a 4). Dibujo y pinturas con temas dirigidos pero realizados en dúos o más en un mismo tema.
- CUARTA ETAPA (3 a 4). Otra vez dibujo y pintura con temas libres y espontáneos más una escuela de padres de una sesión semanal.

NOTA: se trata de un grupo cerrado en cuanto a los niños pero abierto en cuanto a los padres a o familiares adultos que quieran asistir.

Tabla I
Evaluación de los niños al finalizar cuatro etapas de Pictoterapia en el Círculo Infantil El Pionero de Pinar del Río

RESULTADOS FINALES DE LA PICTOTERAPIA (21 NIÑOS)	Nº DE NIÑOS	%
Evaluación favorable	15 *	71,4 *
Favorablemente parcial	3	14,3
Sin mejoría	3	14,3
Total	21	100

* $p > 0.01$

Fuente: Círculo Infantil El Pionero. Grupo Terapéutico. Febrero 1996.

Tabla II
Evaluación por cada tipo de trastorno al finalizar cuatro etapas de pictoterapia en el Círculo Infantil El Pionero de Pinar del Río

RESULTADO FINAL POR TRANSTORNOS	Nº DE NIÑOS Y %						TOTAL	%
	F	%	FP	%	SM	%		
Hiperactividad	9 *	42,8	1	4,7	1	4,7	11 *	52,3 *
Timidez	5 *	23,8	2	9,5	0	0	7 *	33,3 *
Agresividad no asociada	1	4,7	0	0	2	9,5	3 *	14,3
Total:							21	100

* $p > 0.01$

Fuente: Círculo Infantil El Pionero. Grupo Terapéutico. Febrero 1996.

BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia sobre Pictoterapia Infantil. Departamento de Enseñanza Infantil. Departamento de enseñanza Especial, Educación, Pinar del Río.
- Fernández, B. (1979). Pictoterapia Infantil. Una experiencia, Jornada Provincial de Pediatría; Matanza
- Libedinski, Platonov y otros. (1962). Problemas de Pictoterapia. Editorial Quetzol, Buenos Aires.
- Minnaert, M. (1969). Luz y color en la naturaleza. Educación Nauka Moscú.

TRAS UNA DISCUSIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES COMO BARRERAS Y/O VEHÍCULOS PARA LA NEGOCIACIÓN DEL SEXO MÁS SEGURO *

Wanda I. Pacheco Bou
Yarira Feliciano Torres
Irma Serrano-García
Universidad de Puerto Rico,
Recinto de Río Piedras

RESUMEN

En la mitad de la década de los '90 hemos presenciado un aumento significativo en la incidencia de VIH/SIDA entre mujeres heterosexuales puertorriqueñas (PASET, 1996). Las intervenciones preventivas han comenzado a mover su atención a esta población, lo que ha provocado la necesidad de identificar estrategias que respondan a su particularidad. El reconocimiento de cuáles son las barreras o vehículos que más impactan la práctica de conductas de bajo o ningún riesgo, aún tiene mucho camino por recorrer. Ha sido nuestro propósito sugerir que en las relaciones de poder que se constituyen entre mujeres y hombres, la diversidad de emociones que se generan pueden tener un impacto, parcialmente desconocido, en la negociación de la sexualidad y, por ende, de las prácticas sexuales más seguras. Proponemos la incorporación de esta variable en las intervenciones - investigaciones sobre la prevención del VIH/SIDA. Nos parece pertinente señalar que en nuestra revisión de literatura, hemos encontrado que muchas autoras y autores mencionan la importancia de las emociones en la prevención del VIH/SIDA, pero son muy pocas las que aluden a la incorporación de este componente en sus investigaciones. Para esto, deseamos generar una discusión en torno a la identificación de las emociones que

creemos tienen un impacto mayor en el momento de la negociación de prácticas sexuales más seguras y la incorporación de éstas en la revisión de nuestra intervención - investigación.

OBJETIVOS GENERALES DEL TRABAJO

- 1.- Generar una discusión en torno al por qué y cómo deberíamos identificar las emociones como barreras o vehículos en una investigación preventiva sobre el VIH/SIDA entre mujeres.
- 2.- Motivar a las personas participantes a identificar cuáles emociones pueden funcionar como barreras y/o vehículos para la negociación de sexo más seguro entre las mujeres heterosexuales y sus parejas.
- 3.- Motivar a las personas participantes a que consideren el componente emocional en sus investigaciones o programas preventivos en Latinoamérica y El Caribe.

EPIDEMIOLOGÍA Y MUJERES

En la mitad de la década de los '90 hemos presenciado un aumento significativo en la inciden-

* Trabajo presentado en una Mesa Redonda en Psicosalud '96, del 16 al 20 de Octubre de 1996. La Habana, Cuba. P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, P.R. 00931-3174.

cia de VIH/SIDA entre mujeres heterosexuales puertorriqueñas (PASET, 1996). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que hay 8.8 millones de mujeres contagiadas con el virus del VIH/SIDA y en cinco años estiman que habrá 15 millones. Este grupo constituye el 42 % de los nuevos casos reportados con VIH/SIDA en el mundo. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta, Estados Unidos, informó que los casos de mujeres con el virus está creciendo un 17 % anual en ese país (El Nuevo Día, 24 de agosto de 1993).

En Puerto Rico el VIH/SIDA es la tercera causa de muerte en las mujeres de edades reproductivas (Carnivalli, 1993; Zorrilla, Romaguera & Díaz, 1993). Para Septiembre de 1996 había 18.356 casos de VIH/SIDA en la Isla, de los cuales 3.875 (21 %) eran mujeres. El 57 % (2.199) de estas mujeres informa haberse expuesto al virus a través de las relaciones heterosexuales (PASET, 1996).

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO NUESTRAS VOCES ANTE EL VIH/SIDA

Ante esta problemática en Puerto Rico, Serrano - García (1993) creó una propuesta de investigación - intervención para mujeres puertorriqueñas heterosexuales entre las edades de 18 - 25 años de edad. El Proyecto Nuestras VOCES ante el VIH/SIDA es el producto de esa propuesta. Su objetivo general es diseñar, implementar y evaluar una intervención con mujeres heterosexuales que estén sexualmente activas. Esto incluirá: (a) la concientización de las relaciones de poder entre las mujeres y sus parejas sexuales, (b) el desarrollo de destrezas de negociación y estrategias de manejo de conflicto y (c) la reducción del índice de riesgo de contraer el VIH/SIDA.

La manera en que hemos diseñado la intervención - investigación para que cumpla con estos objetivos, es a través de actividades que in-

cluyen componentes: (a) cognitivos, (b) conductuales y (c) de apoyo social. El componente cognitivo incluye (1) información bio-médica del VIH/SIDA, (2) el modelo de relaciones de poder y conductas de sexo más seguro, (3) la aplicación del modelo a situaciones de negociación, (4) concientización de la construcción de género, (5) un monólogo de la situación de la mujer y (6) una fantasía dirigida. El componente conductual incluye (1) simulaciones de negociación, (2) un teatro foro, y (3) sesiones de práctica para poner condones a penes y vaginas plásticas. Por último, el componente de apoyo social incluye (1) reuniones de grupo de apoyo y (2) una metodología educativa participativa (Torres & Serrano, en imprenta).

Una vez reclutadas las participantes y realizada la intervención evaluamos la misma de manera cualitativa. Entre los análisis cualitativos que realizamos de la intervención encontramos significativo que las mujeres mencionaron algunas barreras para la negociación del sexo más seguro. Estas barreras fueron mencionadas por las mujeres durante los grupos de apoyo realizados en la intervención como parte del componente de apoyo social. Estas incluyeron (a) deseo sexual por parte de la mujer, (b) miedo a perder la pareja, (c) confianza en la pareja, (d) duración de la relación, (e) negación de la pareja a utilizar condón (molestia, se le bajaba el condón), (f) falta de claridad en la comunicación al principio de la relación, (g) "nosotras mismas" y (h) las emociones.

Para propósitos de este proyecto decidimos originalmente trabajar con la construcción de género y las relaciones de poder como posibles barreras para la prevención del VIH/SIDA en mujeres. Cuando evaluamos en su conjunto estas barreras, nos percatamos que muchas de ellas tienen un contenido emocional que no estaba-



mos considerando, ya que éstas no eran una variable a evaluar.

Dados los aprendizajes con el primer grupo de mujeres estamos creando tres instrumentos con el propósito de evaluar otras variables, a saber: las emociones, la autoeficacia y el apoyo social (Serrano - García, 1994). Además, estamos revisando la intervención a la luz de las sugerencias y reacciones recogidas mediante: los grupos focales, las reuniones con las participantes de la intervención anterior y las personas consultoras. Estas sugerencias nos reafirman la integración del componente emocional en la intervención.

Para el Proyecto VOCES es importante la integración del componente emocional. Creemos que las emociones en sí mismas tradicionalmente se han percibido como el aspecto irracional del ser humano. Nuestra sociedad valida la razón sobre la emoción, por ende, suele invalidar la última. Por otro lado, las mujeres tienden a ser catalogadas como emocionales y muy sensibles (Lerner, 1985). Estas visiones generan una carga negativa que sugiere que los sentimientos de las mujeres son irracionales y por lo tanto, no hay que considerarlos. El Proyecto VOCES entiende que esto no es necesariamente así. Considera que las emociones deben percibirse como parte integral de nuestro proceso de ir siendo personas, y por lo tanto deben validarse. Además, la afirmación de que las mujeres no son sólo seres emocionales es una construcción más en torno a lo que es ser "Mujer" para la ideología patriarcal.

A su vez, las integrantes de VOCES creemos que es importante integrar el componente emocional porque de alguna manera, puede convertirse en barrera para la negociación de las prácticas sexuales más seguras. Por ejemplo, el manejo eficaz del miedo podría impedir que una mujer confronte a su pareja. Ella puede tener miedo a perder a la pareja al comunicarle su deseo de rea-

lizar prácticas de sexo más seguro o a que él la agrede física o emocionalmente.

Por último, creemos que es importante integrar el componente emocional, ya que la comodidad en la comunicación sobre la sexualidad facilita una negociación más efectiva en la pareja. Según Kelly (1995), las parejas que pueden comunicar más abiertamente asuntos relacionados a la salud, el uso del condón y las prácticas de sexo más seguro, tienden a protegerse con mayor frecuencia que aquellas a las que se les dificulta la discusión de dichos temas.

SOBRE LA PERTINENCIA DE LAS EMOCIONES

La opinión científica sobre la importancia de las emociones ha variado mucho en el transcurso de los años. Algunas personas científicas dicen que las emociones son un fenómeno trascendental, y otras comentan, que las personas siempre están experimentando emociones hasta el punto de considerar que no puede haber una acción sin el componente afectivo (Schachtel, 1959 citado en Izard, 1991). Otras(os) autoras(es) afirman que las emociones desorganizan e interrumpen el comportamiento humano y que son primordialmente problemáticas (Arnold, 1960a, 1960b; Lazarus, 1968; Young, 1961 citados en Izard, 1991).

Aún otros(as), argumentan que las emociones juegan un papel muy importante en la organización, motivación y mantenimiento de la conducta (Izard, 1971, 1972; Leeper, 1948; Mowrer, 1960; Rappaport, 1942; Schachtel, 1959; Tomkins, 1962, 1963 citados en Izard, 1991).

Encontramos que algunas personas han argumentado que las emociones deben subordinarse a la razón y sostienen que cuando esto no sucede, algo anda mal. En contraparte, otras mencionan que las emociones guían los procesos

cognitivos, por lo que éstas influyen continuamente sobre la razón. Mowrer (1960) por su parte, menciona que las emociones juegan un papel central en los cambios conductuales que suelen representar el aprendizaje. De igual manera, Izard (1991), argumenta que las emociones son esenciales para la supervivencia y la existencia del ser humano, más aun, considera que las emociones ayudan a definir la "humanidad".

Izard (1991) define la emoción como un sentimiento expresado que motiva, organiza y guía nuestra percepción de la realidad. Es importante resaltar, que no es fácil conseguir una definición de emociones que recoja su complejidad, debido a los siguientes factores: (1) existen muchas emociones y cada una contiene en sí propiedades distintas; (2) las emociones son un fenómeno complejo que usualmente tiende a activar procesos neuronales, cognitivos y motores; y (3) existe una relatividad cultural de las emociones. Izard (1991) sustenta que las emociones "involucran la colaboración de cuerpo y mente, o sea, toda la persona". Por otro lado, Harré, Clarke & De Carlo (1989) han establecido, de modo convincente y mediante estudios etnográficos, que existen vocabularios de emoción culturalmente diferentes. A partir de los planteamientos expuestos, con respecto a las emociones, es importante evaluar y hacer explícito cómo éstas influyen en el trabajo de prevención del VIH/SIDA.

Cuando nos acercamos a los estudios concernientes al VIH/SIDA encontramos diversas maneras en que las emociones influyen en la prevención. Las primeras estrategias para la prevención del VIH/SIDA estuvieron enfocadas en generar miedo entre las personas. Luego, los datos epidemiológicos evidencian que la información no fue suficiente para provocar un cambio en conducta. Ante esto, surgen una serie de investigaciones y programas preventivos que utilizan

teorías psicológicas para el entendimiento de los elementos que propician conductas de riesgo y su posibilidad de cambio (Amaro, 1991).

COMPONENTE DE LAS EMOCIONES EN VOCES

Pasemos ahora a describir cómo hemos comenzado a articular nuestro componente de emociones. Veamos en primer lugar, cuáles son nuestros supuestos preliminares:

- 1.- Las mujeres en los grupos experimentales relacionarán el sexo más seguro con una actitud* emocional más optimista con mayor frecuencia que aquellas en los grupos de control.
- 2.- Las mujeres en los grupos experimentales relacionarán la negociación del sexo más seguro con una actitud emocional más optimista con mayor frecuencia que aquellas en los grupos de control.
- 3.- Las mujeres en los grupos experimentales desarrollarán destrezas de manejo de sus emociones durante la negociación de las prácticas sexuales más seguras con mayor eficiencia que aquellas en los grupos control.
- 4.- Las mujeres en los grupos experimentales que tengan una actitud emocional más optimista sobre el sexo más seguro se inclinarán a utilizar las destrezas de negociación y una variedad más amplia de estrategias de manejo de conflicto con mayor eficiencia que aquellas en los grupos control.

* El término actitud al que hacemos referencia, se constituye a partir de tres componentes: a) el cognitivo, b) el afectivo y c) el volitivo. Por ejemplo, el componente cognitivo se refiere, en este caso, al conocimiento que tenemos sobre las emociones; el afectivo, se refiere a cómo nos sentimos con respecto a las emociones; y el volitivo, a las acciones que tomamos en relación a estas emociones (Baró).



Algunos de estos supuestos serán revisados mediante la construcción de la escala de Diversos Estados Emocionales (EDEE). La escala medirá la relación entre diversas emociones y la negociación de las prácticas sexuales más seguras. La selección y construcción de las categorías de esta escala surgirán de: (a) la revisión de literatura que está en proceso, (b) los datos cualitativos de la primera intervención, (c) el análisis cualitativo de video grabaciones sobre la negociación de prácticas sexuales más seguras, realizadas durante la intervención, (d) las discusiones de dos grupos focales, uno con mujeres que tengan características parecidas a las que se desean para la intervención y otro con investigadores (as) en el área de la prevención de VIH/SIDA, y (e) la generación de otras actividades, como ésta, para la discusión del componente emocional.

La manera en que estamos considerando impactar a las mujeres de la intervención será, incluyendo en la misma, la discusión de la construcción de las emociones y su vinculación con la de los géneros, las sexualidades, las relaciones de poder y la negociación de las prácticas sexuales más seguras. Esta inclusión pretende focalizar en dos áreas: (1) el desarrollo de un manejo más eficaz de las emociones que se relacionen con la negociación de nuestra sexualidad y las prácticas sexuales más seguras, y (2) el desarrollo de una actitud emocional más optimista en torno a nuestra sexualidad, el sexo más seguro y su negociación.

La primera de ellas, desea responder a emociones relacionadas a la baja estima, la impotencia, el aislamiento y las pocas posibilidades de tomar decisiones que sienten las mujeres respecto a la reducción de las conductas de riesgo, ante la actitud negativa de los hombres hacia el uso del condón (Amaro, 1991). Esto nos plantea la

necesidad de acercarnos a un manejo más eficaz de las emociones particularmente en el contexto de la negociación de las sexualidades y el sexo más seguro en las mujeres heterosexuales.

En cuanto al manejo más eficaz de las emociones, deseamos profundizar en la validación de las emociones particulares y los sentimientos asociados a ellas, que se generen en torno a la negociación, de manera, que a las mujeres de la intervención se les facilite un espacio para la identificación y el desarrollo de las destrezas de manejo de emociones, que ellas identifiquen como más efectivas para su contexto particular. Proponemos que las destrezas relacionadas a la validación, la identificación y la contextualización de las emociones constituyan parte del proceso que facilite la negociación. Es decir, que esperamos que las mujeres puedan desarrollar destrezas para obtener un manejo más efectivo de las emociones o sentimientos particulares, que identifiquen como barreras para la negociación de las prácticas sexuales más seguras.

La segunda área, nos refiere a la promoción de un cambio afectivo hacia la sexualidad, el sexo más seguro y su negociación, en las mujeres de la intervención. Es decir, que bajo el supuesto de que las emociones que las mujeres relacionan con estas tres categorías tienden a tener valores negativos, generalmente prescritos por el orden moral o las convenciones culturales, nuestro trabajo irá tras la identificación, de construcción y transformación de esas valoraciones mediante diferentes actividades durante la intervención. Este proceso, pretende que las mujeres reconozcan cuáles son sus actitudes afectivas hacia las sexualidades, el sexo más seguro y su negociación, y el valor que les confieren. De esta manera, podrán desarrollar destrezas para desmontar esas estructuras afectivas, cognitivas y volitivas que están impactando el proceso de adjudicación valorativa del manejo de sus

emociones. A su vez, podrán establecer vinculaciones alternas que abran veredas más saludables y optimistas hacia la sexualidad, el sexo más seguro y su negociación.

Partiendo del supuesto planteado por Izard (1991), de que las emociones no deben categorizarse como negativas o positivas, es que nosotros preferimos acercarnos a ellas desde una perspectiva más holística. Izard sustenta que emociones como la ira, el miedo y la vergüenza, son algunas de las que comúnmente han sido clasificadas como negativas o malas, aún cuando éstas pueden incidir de manera constructiva en diversos aspectos de la existencia humana. Por ejemplo, la ira puede ser relacionada a la supervivencia y a la lucha por la integridad personal y justicia social.

Finalmente, no pensamos que los procesos descritos para un manejo más eficaz de las emociones y la promoción de una actitud emocional más optimista, sean unos que siempre tengan que darse de la misma manera; sino que, esperamos que las mujeres de la intervención puedan particularizarlos en la contextualización de sus experiencias.

Como parte de esta contextualización, consi-

deramos importante acercarnos a la mayor variedad de emociones que encontremos inciden en la negociación de las prácticas sexuales más seguras. Para esto, como ya hemos mencionado, estamos en el proceso de su identificación y conceptualización. A continuación quisiéramos pasar a compartir parte del inicio de este trabajo.

IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES QUE INCIDEN EN LA NEGOCIACIÓN DEL SEXO MÁS SEGURO

De los datos cualitativos de la primera intervención surgieron dos fuentes primarias: (1) la primera, fueron las barreras identificadas por las mujeres en el componente de apoyo social, que ya hemos mencionado, y (2) la segunda, se trata de un ejercicio de calentamiento para un "role play" sobre negociación del uso del condón llamado "Las emociones".

Sobre la primera, ahora incluiremos las emociones que creemos surgen y/o se relacionan con ellas tras un ejercicio de identificar las emociones mencionadas e involucradas en los datos, podemos reconocer las siguientes:

BARRERAS	EMOCIONES
- Deseo sexual por parte de la mujer	- Deseo
- Miedo a perder la pareja	- Miedo, soledad, culpabilidad y dependencia
- Confianza en la pareja y en su exclusividad sexual	- Confianza
- Duración de la Duración	- Compromiso, amor romántico, comodidad (resistencia al cambio, costumbres: sexuales y cotidianas) y dependencia.
- Negación de la pareja a utilizar condón (p.e. le molesta, se le baja el condón)	- Ira (hacia la pareja, hacia ella y hacia la relación
- "Nosotras mismas" (construcción como mujeres, las características del rol sexual y cómo lo han manejado su incidencia en la cotidianeidad de la relación).	- Vergüenza, culpabilidad, soledad, ira, miedo, tristeza, inseguridad y dependencia.
- Emociones	- Amor, placer, confianza, miedo, culpa, vergüenza y timidez



En términos del ejercicio de “Las emociones”, éste consistía en identificar y comunicar primero de manera no verbal y luego verbal, una emoción que la participante entendiese dominaba sus sentimientos antes o durante la negociación. Las emociones expresadas en este ejercicio fueron:

- Inseguridad
- Tristeza
- Nerviosismo, y
- Seguridad

Por las limitaciones de tiempo que impone esta actividad, no podemos profundizar en todas, por lo que hemos identificado a continuación aquellas que evidencian mayor incidencia en la negociación del sexo más seguro.

Quisiéramos comenzar con el miedo. Consideramos que la articulación del miedo en las mujeres está íntimamente ligada a un sinnúmero de experiencias abusivas relacionadas a los hombres y al modelo patriarcal que domina en nuestras sociedades. Amaro (1995), nos menciona que para que las mujeres puedan reducir el riesgo de contagio necesitan hacer grandes cambios en su relaciones, que tiene implicados riesgos personales de gran alcance. Estos riesgos y cambios pueden traer conflictos que generan un gran miedo a la pérdida de la relación. El miedo a la pérdida, puede estar asociado con un sinnúmero de convenciones culturales que definen lo que “deben” ser las relaciones entre los géneros y el tipo de relación que se “debe” establecer como definitoria de las mujeres.

Debemos recordar que en muchas de nuestras culturas la generación de conflicto por parte de las mujeres no está bien vista y hasta puede predisponer a la mujer a represalias abusivas. Se ha documentado que la negociación del uso del condón puede convertirse en otro espacio

que predisponga a las mujeres a ser objeto de la violencia masculina y/o a culparse por haber irrumpido en el “castillo de felicidad” que ellas tienen como encargo social mantener (Amaro, 1995; Gómez & Marín, 1993; Kelly, 1991; Thomas, Lawler & Phillips (sin fecha)). Por otro lado, hemos pensado que el miedo, en mujeres que se sientan vulnerables al contagio por VIH, también podría darles la fuerza necesaria para propulsar la negociación de prácticas sexuales más seguras.

Otra de las emociones que quisiéramos contemplar es la ira. Esta es una emoción cuya experimentación y/o expresión en las mujeres está relacionada con la pérdida del auto-control, la culpabilidad por causarle dolor a otro (a) (Gilligan, 1982; Jordan, Kaplan, Miller, Stiver & Surrey, 1991; Miller, 1976) y con estereotipos que se piensan atípicos para el rol femenino como: no comportarse como una dama, la falta de femineidad (ser marimacha), ser inmaternal y con la ausencia de atracción sexual (Lerner, 1985). También se ha evidenciado que la carga negativa social que rodea a esta emoción ha dado paso a que a muchas mujeres, les cause dificultad reconocerla y expresarla en el momento en que la experimentan (Lerner, 1985; Collier, 1982 citado en Kopper & Epperson, 1991). Por tanto, se ha planteado que las mujeres suelen ocultar reacciones emocionales que perciben como negativas, con el propósito de no antagonizar con los hombres, por reconocerlos en posiciones de dominación (Bernardez, 1987; Miller, 1976; Miller, 1986 citados en Jordan, Kaplan, Miller, Stiver & Surrey, 1991). Esto podría generar la intensificación de la emoción, al sentir ira por suprimirla y estar en una posición de subordinación. De manera, que necesitamos profundizar ampliamente cómo desarrollar destrezas para promover un cambio de actitud en torno a la ira y su manejo,

tomando en consideración el papel que esta emoción ha jugado en la construcción de las mujeres como objetos de la ira patriarcal. Al igual que con el miedo, consideramos que un manejo más efectivo de la ira, puede predisponer a las mujeres a promover la negociación y la utilización de estrategias más asertivas y afirmativas.

Pasemos ahora a la culpa. Según Harré, Clarke y De Carlo (1989) ésta puede ser pensada - al igual que la vergüenza - como una emoción "característica de nuestras negligencias". Esto nos parece una expresión de interés, ya que como parte del proceso en que las mujeres dejan de responder como se espera a su rol, se activan una serie de dispositivos sociales para promover la culpabilización, particularmente aquellos con mayor influencia cristiana. Varias autoras argumentan que la culpa suele ser una de las emociones más vinculadas a la ira (Lerner, 1985; Kang, 1995; Kopper & Epperson, 1991; Thomas, Lawler & Phillips, sin fecha). Miller (1986) citado en Amaro (1995), menciona que como las mujeres están condicionadas a preocuparse por hacer sentir cómodos a los hombres, cuando sospechan que le han causado ira o tristeza tienden a asumir que es su responsabilidad, porque hicieron algo mal. Miller, parte de que en esa medida el acto de promover la negociación del sexo más seguro es uno que requiere la superación del rol tradicional femenino, en cuanto pone a las mujeres en posiciones conflictivas y de reto frente a los hombres.

Sobre la comodidad, podemos compartir dos posibles caminos. El primero, la percibe como una emoción de encargo social adscrito al rol femenino en la relación de pareja y con referencia al otro. Esta sugiere que ante la emergencia de emociones como el miedo, la ira y la culpa de las mujeres no deben promover el cambio o la incorporación de nuevas conductas para no violentar la costumbre de la cotidianeidad de la re-

lación sexual. Esto, aunque ellas no estén cómodas. El segundo, traza que las mujeres que se sienten más cómodas con su sexualidad pueden hacerse más vulnerables al contagio del VIH, debido a que ante su deseo de realizar más abiertamente una variedad de conductas antes no experimentadas, pueda incluir entre ellas algunas de gran riesgo, excluyendo la posibilidad de negociar la protección. También hemos pensado que la comodidad, sin embargo, puede convertirse en una gran virtud para la negociación del sexo más seguro, ya que nos sugiere que estas mujeres se inclinarán a promover una gama amplia e innovadora de prácticas sexuales de bajo riesgo para el contagio del VIH.

A partir de esto, proponemos que se profundice sobre las emociones que hemos presentado, haciendo un intento por focalizar en dos áreas: (1) la identificación de otras emociones y las conceptualizaciones que puedan generar de las mismas, como vínculo y/o barrera para la negociación del sexo más seguro; y (2) el desarrollo de algunos de los ejemplos que hemos elaborado para identificar qué elementos pueden, a su vez, convertir las emociones en fortalezas o vehículos de proceso de negociación.

Finalmente, les agradecemos su participación y quisiéramos que estas reflexiones no se quedaran aquí, sino que cada una y uno de ustedes considere acercar sus trabajos al componente de las emociones. Sobre todo, considerando que ha sido muy poca la literatura caribeña y latinoamericana que hemos encontrado.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, H. (1995). Love, sex and power. *American Psychologist*, 50, (6), 437 - 447.
- Baró, M. (1985). *Acción e ideología: Psicología Social desde Centro América*. El Salvador: UCA Editores



- Carnivali, J. (1993). Perfil sociodemográfico de la población femenina en Puerto Rico en cifras. Conferencia presentada en la Conferencia de Mujer y SIDA, San Juan, Puerto Rico.
- Catastrófica epidemia del SIDA para el 2000. (1993). *El Nuevo Día*, 61.
- Daniluk, J. C. The meanings and experience of female sexuality. A Phenomenological analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 53 - 69.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gómez, C. y Marín, B. (1993). Can women demand condom use? Gender and power in safer sex. Conferencia presentada en la IX Conferencia Internacional del SIDA. Berlín, Alemania.
- Harré, R.; Clarke, D. y De Carlo, N. (1989). *Motivos y mecanismos. Introducción a la psicología de la acción*. Barcelona: Edic. Paidós.
- Izard, C.E. (1991). *The psychologist of emotion*. New York: Plenum Press.
- Jordan, J.; Kaplan, A. G.; Miller, J.B.; Stiver, Y. y Surrey J.L. (1991). *Women's growth in connection: writings from the stone center*. New York: The Guilford Press.
- Kang, S.M. (1995). Emotional vocabulary, emotional expressiveness, and health. Tesis de Maestría sometida al Departamento de Psicología de la Universidad Metodista del Sur. Estados Unidos.
- Kelly, J.A. (1995). *Changing HIV Risk Behavior. Practical Strategies*. New York: The Guilford Press.
- Kopper, B.A. y Epperson, D.L. (1991). Woman and Unger. Sex - role comparisons in the expression of Unger. *Psychology of Women Quarterly*, 15.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotions and Adaptation*. Estados Unidos: Oxford.
- Lerner, H.G. (1985). *The dance of anger*. New York: Harper & Row.
- Lyons W. (1993). *Emoción*. España: Edición Anthropos.
- Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press.
- Paset (1996). *Reporte de Vigilancia*. San Juan, Puerto Rico.
- Serrano-García, I. (1993). Empowerment and HIV/AIDS: A prevention project for young heterosexual Puerto Rican women. NIMH Grant # 2 R24 MH 49368-04
- Thomas, S.E.; Lawler, K. y Phillips, K.D. (sin fecha). An examination of the factor underlying the experience of anger in men and women.
- Zorrilla, C.; Romaguera, J. y Díaz, C. (1993). Recomendaciones para el manejo de mujeres con infección de VIH. *Puerto Rico Health Sciences*, 12, (1), 55 - 61.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL NIÑO ASMÁTICO SEVERO: DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Lic. Alexis Lorenzo Ruiz *

Lic. Angelina Fumero Madan **

Dra. María de los Ángeles Vizcaíno ***

RESUMEN

En los últimos años se ha desarrollado en el mundo una corriente de promoción de un modelo para el análisis integral de la familia, que permita la identificación de los factores causales o predisponentes a la enfermedad, así como aquellos que favorecen el mantenimiento y mejoramiento de la salud. En igual dirección la interrelación familiar del niño asmático severo nos ha motivado a realizar frecuentes investigaciones con niños asmáticos del Centro Nacional de Rehabilitación del Niño asmático de Tarará "Celia Sánchez Manduley".

En el presente trabajo recogemos los resultados de la aplicación del test funcionamiento familiar (FF-SIL) de Y. Louro y otros, con la ayuda del cual caracterizamos a las familias hacia la funcionabilidad o a la disfuncionabilidad, tomando de base todas las informaciones previas que se tienen del medio familiar de cada caso (terrenos, entrevistas individuales y familiares), se aplicó test de FF-SIL a 30 niños de ambos sexos, en edades entre 10 y 14 años y paralelamente a sus familiares en la persona de la madre y/o el padre.

Estos hallazgos resultaron de suma utilidad para una mejor comprensión de la repercusión del funcionamiento familiar sobre la evolución de la enfermedad de base (frecuencias e intensidad de la crisis, ingresos). Además, éstos fueron

utilizados para el diseño de programas de intervención educativa dirigidos a los niños, familias y al personal docente-educativo de la escuela.

INTRODUCCIÓN

La alta incidencia del asma en el niño demanda cada vez mayores esfuerzos, donde se destacan los estudios multidisciplinarios para un abordaje integral del paciente. En tal sentido, durante los últimos años se desarrolla en el mundo una corriente de promoción de un modelo para el análisis integrando a la familia, lo cual permite la identificación de los factores causales o predisponentes a la enfermedad crónica, así como aquellos que pudieran ser favorecedores del mejoramiento y mantenimiento de la salud.

En particular, durante varios años nuestro colectivo ha diseñado un conjunto de Protocolos de Investigación e Intervención Psicosocial, dirigidos a caracterizar las interrelaciones familia-niño asmático severo, donde al igual que otros autores, se constata el rol estresante del medio familiar por su dinámica y características predo-

* Jefe de Servicio de Psicología, Hospital Pediátrico de Tarará, Ciudad de La Habana

** Psicóloga de la Salud, Hospital Pediátrico de Tarará. Ciudad de La Habana

*** Psiquiatra Infantil, Hospital Pediátrico Docente "William Soler"



minantes. No obstante, al funcionamiento familiar en sí de estos núcleos, nos gustaría realizarle una caracterización más profunda y específica, de ahí que optamos por un novel y valioso instrumento psicológico cubano, para desarrollar nuestro trabajo.

OBJETIVOS

- 1.- Caracterizar el funcionamiento familiar del niño asmático severo.
- 2.- Evaluar la repercusión del funcionamiento familiar sobre la evolución de la enfermedad en el niño asmático severo.
- 3.- Diseñar acciones de intervención psicológica facilitadoras de una rehabilitación integral del niño asmático severo.
- 4.- Valorar la confiabilidad diagnóstica del test FF-SIL.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

La investigación se realiza en el Centro de Rehabilitación del Niño Asmático (CRNA) "Celia Sánchez Manduley" de Tarará, Ciudad de La Habana, con una muestra de 38 alumnos (ver Tabla N°1). durante el curso escolar 1995-1996.

La metodología de trabajo fue la siguiente:

- 1.- Entrevista psicosocial a cada niño y familiares.
- 2.- Visita de terreno a los hogares y anteriores centros de enseñanza.
- 3.- Entrevistas al personal médico y pedagógico del centro.
- 4.- Aplicación del test para evaluar el funcionamiento familiar (FF-SIL) de los autores Lic. Dolores de la Cuesta Freijomil, Lic. Esther María Pérez González y Lic. Isabel Louro Bernal, al niño y a la madre o padre acompañante (ver Anexo N°1).
- 5.- Programa de intervención psicológica:

- a) Análisis por el equipo de salud de los resultados integralmente.
- b) Diseño de orientaciones psicológicas.
- c) Desarrollo de dinámicas de familia.
- d) Aplicación de psicoterapia de familia.

- 6.- Revisión de las historias clínicas y registros médicos de cada paciente, tomando en cuenta:

- a) Tipo y grado de enfermedad.
- b) Evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

- 1.- En el presente trabajo, la muestra (Tabla N°1) está integrada por 38 escolares de ambos sexos, con una edad promedio de 11,21 años, diagnosticados como Asmáticos Grado III por la severidad de sus manifestaciones (92,10 % de los casos), exceptuando 3 casos de Asma Bronquial Grado I, quienes al igual que los severos, se encuentran en el CNRA por las complicaciones mantenidas en el curso de su enfermedad y por necesitar de una rehabilitación integral.
- 2.- Las informaciones previas del medio familiar (Tabla N°2) antes de aplicar el test FF-SIL nos presentan manejos familiares inadecuados en más del 75 % de los casos, con un 52,64 % de divorcios con recuperación negativa en los niños y su enfermedad. Alegando en un 70 % de los casos, posibles asociaciones de la primera crisis de asma a conflictos familiares, fundamentalmente relativos al funcionamiento familiar.
- 3.- La aplicación del test FF-SIL nos brinda resultados diferentes en los niños asmáticos severos (Tabla N°3) en relación con sus padres (Tabla N°4). Observamos que los niños señalan mayormente puntuaciones de "casi

nunca" y "pocas veces" a la distribución de "Roles", "Afectividad" y "Armonía" de sus familias, no considerándolas tampoco ni adaptativas ni cohesionadas, ni comunicativas ni permeables. Es decir, los niños tienden a evaluar su funcionamiento familiar hacia la disfuncionalidad.

En tanto, los padres evalúan el funcionamiento familiar con las mayores concentraciones de respuestas del tipo "muchas veces" y "casi siempre", precisamente a las mismas variables que sus hijos tendían a negar en existencia. De ahí que los padres consideran su funcionamiento familiar mayoritariamente funcional.

- 4.- Tomando en cuenta los objetivos del trabajo analizaremos a continuación la incidencia de manifestaciones de la enfermedad asociadas por niños y padres a disfunciones familiares (Tabla N°5). Se refiere una alta incidencia de los conflictos familiares, por ejemplo un 84,21 % de los casos, considera estas disfunciones generadoras de crisis asmáticas, estresantes a tal punto de un igual por ciento plantear sus repercusiones negativas sobre la efectividad de los tratamientos médico-especializados que recibían antes de ingresar al CRNA. Hay que destacar lo llamativo de la disminución porcentual de todos estos valores con el ingreso a nuestro centro.

Resulta interesante el hallazgo de que las mayores complicaciones, tanto desde el punto de vista del curso de la enfermedad, como del mal funcionamiento familiar, resultó ser más marcado de manera coincidente, en un 26,31 % (10 casos), reconocidos mutuamente por niños y padres.

Quisiéramos señalar que no hacemos análisis comparativos con otros trabajos, dado que los estudios del funcionamiento familiar con el test

FF-SIL son mayoritariamente con adultos. Sin embargo, el presente trabajo corrobora y coincide con estudios realizados en nuestro centro y por otros colectivos, al destacar el rol de la familia en la evolución de las enfermedades crónicas.

Tal es así, que nosotros a modo experimental, adicionábamos a cada encuestado una pregunta N°15: Diga, si lo recuerda, a partir de cuales situaciones comenzaron a preocuparle estas problemáticas familiares? Donde, el 100 % de los casos respondió, destacándose en casi la totalidad de las respuestas (en niños y padres), los típicos conflictos familiares abordados en las entrevistas, observaciones, intervenciones psicológicas y hasta en el propio test.

Finalmente, en relación a la hipercriticidad evaluativa de los niños de su funcionamiento familiar, habría que destacar si es una manifestación de las características psicosociales de la edad o un mecanismo proyectivo (ya sea defensivo o agresivo) en relación al rol que le asigna a su familia para con su padecimiento asmático crónico.

CONCLUSIONES

- 1.- Son referidos y evaluados conflictos familiares con repercusión en el inicio, curso y evolución de la enfermedad.
- 2.- Los niños evalúan el funcionamiento familiar con un carácter más disfuncional, en comparación con sus padres.
- 3.- En su conjunto, los programas de rehabilitación, médico-alergológico-físico y psicológico, favorecen una disminución de las disfunciones familiares en estos niños y la repercusión negativa sobre el asma severa que padecen.
- 4.- El test FF - SIL resultó ser confiable por los resultados obtenidos y factibles para los objetivos investigativos trazados.

RECOMENDACIONES

- 1.- Continuar los estudios de caracterización del medio familiar del niño asmático.
- 2.- Ampliar las muestras representativas de casos con estudios similares.
- 3.- Intercambiar los resultados obtenidos con otros estudios realizados con el test FF-SIL.

ANEXO N°1

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR - FF-SIL.

Autores: Lic. Dolores de la Cuesta Freijomil.
Lic. Esther María Pérez González.
Lic. Isabel Louro Bernal.

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y marque con una (x) su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1.- Se toma decisiones para cosas importantes de la familia.	_____	_____	_____	_____	_____
2.- En mi casa predomina la armonía.	_____	_____	_____	_____	_____
3.- En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	_____	_____	_____	_____	_____
4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	_____	_____	_____	_____	_____
5.- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	_____	_____	_____	_____	_____
6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	_____	_____	_____	_____	_____
7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	_____	_____	_____	_____	_____

8.- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.

9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

11.- Podemos conversar diversos temas sin temor.

12.- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

Tabla N° 1
Característica de la muestra

N°	VARIABLES	CANTIDAD	PORCIENTO
1	Sexo Masculino	20	52,64
2	Sexo Femenino	18	47,36
3	Edad promedio (años)	11,21	
4	Asma bronquial Grado I	3	7,89
5	Asma Bronquial Grado II	35	92,10
6	Escolaridad Sexto Grado	11	28,94
7	Escolaridad Séptimo Grado	12	31,58
8	Escolaridad Octavo Grado	15	39,47
9	Tiempo en la escuela CRNA 1 año	29	76,31
10	Tiempo en la escuela CRNA 2 años	3	7,89
11	Tiempo en la escuela CRNA 3 años	3	7,89
12	Tiempo en la escuela CRNA 4 años	2	5,26
13	Tiempo en la escuela CRNA 5 años	1	2,63
14	Total de participantes	38	100

Tabla N° 2
Información previa del medio familiar

N°	VARIABLES	CANTIDAD	PORCIENTO
1	Padres divorciados	20	52,64
2	Tiempo de divorcio (promedio años)	7,4	
3	Muerte (madre o padre)	1	2,63
4	Padres fuera del país	2	5,26
5	Dinámica familiar en inconsistencia	18	47,36
6	Dinámica familiar con permisividad	20	52,64
7	Dinámica familiar con sobreprotección	25	65,79
8	Dinámica familiar con castigo físico	5	13,15

Tabla N° 3
Resultados evaluativos test FF-SIL en niños

N°	VARIABLES	ITEMS	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	Cohesión	(1 - 8)	25,00	26,68	17,10	18,42	15,78
2	Armonía	(2 - 13)	32,89	30,26	19,74	6,58	10,52
3	Comunicación	(5 - 11)	19,74	34,21	18,42	13,15	14,47
4	Permeabilidad	(7 - 12)	13,15	10,52	25,00	27,63	26,68
5	Afectividad	(4 - 14)	36,84	32,89	11,84	9,21	9,21
6	Roles	(3 - 9)	46,05	26,68	14,74	10,52	5,26
7	Adaptabilidad	(6 - 10)	38,15	19,74	21,05	14,47	6,58

Tabla N° 4
Resultados evaluativos test FF-SIL en padres

N°	VARIABLES	ITEMS	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	Cohesión	(1 - 8)	11,84	9,21	22,36	30,26	26,31
2	Armonía	(2 - 13)	13,15	6,58	19,74	36,84	26,68
3	Comunicación	(5 - 11)	11,84	21,05	18,42	34,21	14,47
4	Permeabilidad	(7 - 12)	10,52	10,52	25,00	27,63	26,31
5	Afectividad	(4 - 14)	21,05	11,84	9,21	36,84	31,05
6	Roles	(3 - 9)	5,26	6,58	13,15	46,05	28,94
7	Adaptabilidad	(6 - 10)	7,89	14,47	32,89	26,31	18,42

Tabla N° 5
Relación enfermedad v/s disfuncionamiento familiar

N°	VARIABLES PENDIENTES	ANTES DEL C.R.N.A		DESPUÉS DEL C.R.N.A	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
1	Crisis mensuales	32	84,21	20	52,63
2	Intensidad de las crisis	29	76,31	8	21,05
3	Ingresos Preventivos	23	60,52	9	23,68
4	Ingresos U.T.I	11	28,95	2	5,26
5	Efectividad de los tratamientos	32	84,21	12	31,58

LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD RASGO – ESTADO EN NIÑOS ASMÁTICOS SEVEROS EN CORRELACIÓN CON SU MADRE Y EDUCADORA

Lic. Angelina Fumero Madan *

Lic. Alexis Lorenzo Ruiz **

Dra. María de los Angeles Vizcaíno ***

RESUMEN

El asma Bronquial es una enfermedad cada vez con mayor incidencia en la infancia en Cuba. Dentro de sus factores predisponentes y agravantes están los psicólogos, destacándose la ansiedad por tener una alta incidencia negativa sobre el niño asmático severo grado III de ambos sexos, en edades comprendidas entre 10 y 14 años, alumnos del Centro Nacional de rehabilitación del Niño Asmático (CRNA) “Cecilia Sánchez Manduley”, de Tarará.

La evaluación se realiza con ayuda del Test IDAREN de CH.D Spielberger (versión Cubana de A. Lorenzo y otros). Paralelamente decidimos evaluar la Ansiedad Rasgos - Estado en los Adultos de influencia afectiva significativa sobre el niño asmático, seleccionándose el Test IDAREN de CH.D Spielberger (versión Cubana de J. Grau y B. Castellanos) para la evaluación a la madre y a la educadora. Los resultados reafirman los hallazgos de anteriores investigaciones realizadas en nuestro Centro. Estos elementos son tomados en cuenta para el diseño de diferentes programas de rehabilitación médico - alérgica - física - psicológica, tanto de forma individual, como grupal y familiar.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial cada vez tiene mayor incidencia en la población infantil en Cuba y el mundo. Dentro de los factores predisponentes y

agravantes, están los psicólogos. Destacándose, la ansiedad como estado emocional por su alta influencia negativa sobre el niño asmático.

Durante varios años el servicio de psicología del Hospital Pediátrico de Tarará dedicado a la atención del niño asmático severo en el centro Nacional de Rehabilitación del Niño Asmático (CRNA) “Celia Sánchez Manduley”, ha realizado varios estudios en busca de los mecanismos de interrelación entre el asma severa y las manifestaciones de ansiedad en el niño. No obstante, al igual que en otros estudios, se destaca el rol que juegan las manifestaciones de ansiedad del adulto afectivamente significativo para el niño, en primer lugar, los padres, y en el caso particular de nuestro centro, con Carácter de internado, los Educadores.

Tomando en cuenta la necesidad de lograr una rehabilitación Psicosocial lo más efectiva posible del niño diseñamos el presente estudio.

OBJETIVOS

- 1.- Caracterizar los niveles de Ansiedad (Estado - Rasgo) en los niños asmáticos.

* Psicóloga de la salud. Hospital Pediátrico de Tarará

** Jefe de Servicio de Psicología. Hospital Pediátrico de Tarará

*** Psiquiatra Infantil. Hospital Pediátrico Docente “William Soler”.

- 2.- Conocer las manifestaciones de Ansiedad (Estado - Rasgo) en los padres y educadores vinculados a los niños asmáticos.
- 3.- Valorar la interrelación de los niveles de Ansiedad (Estado - Rasgo) del niño y los adultos.
- 4.- Determinar la repercusión de las manifestaciones de ansiedad sobre el desenvolvimiento de la Enfermedad.
- 5.- Continuar el proceso de validación del Test IDAREN en población infantil cubana.
- 6.- Diseñar un conjunto de programas de Intervención Psicológica para potencializar la rehabilitación integral del niño asmático.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

La investigación se realizó con una muestra de 38 escolares del C.R.N.A. (ver tabla N° 1) de ambos sexos, durante su estancia en el Centro durante el curso escolar 1995/96.

Los métodos de Trabajos utilizados fueron los siguientes:

- 1.- Revisión de las Historías Clínicas y Psicosociales de cada paciente.
- 2.- Observación en consulta, actividades escolares - extraescolares y visitas al hogar.
- 3.- Evaluación de la ansiedad (Estado-Rasgo) a los niños con ayuda del Test IDAREN de CH.D. Spielberger, en su versión cubana de A. Lorenzo y cols. (ver anexo N° 1).
- 4.- Evaluación de la ansiedad (Estado-Rasgo) a uno de los padres y educadores del niño, con ayuda del Test IDAREDE CH.D. Spielberger, en su versión cubana de J. Grau B. Castellanos.
- 5.- Con los resultados obtenidos de forma integradora diseñamos Programas de Intervención Psicológica (Individual Grupal-Familiar) con los niños asmáticos.

RESULTADOS

- 1.- Presentamos una muestra (ver tabla N° 1) con una edad promedio de 11,21 años, donde la mayoría de los casos (76,31%) concluyen su primer año de estudios y tratamientos en el CRNA, dado que el 92,1% son asmáticos severos y en general con historias de Salud ricas en complicaciones en su evolución destacándose el rol de los factores psicológicos, particularmente la ansiedad.
- 2.- La ansiedad de los niños asmáticos severos como estado tiene puntuaciones correspondientes al nivel medio, al igual que la Ansiedad - Rasgo, sin embargo esta última se ubica en los límites con la A - R del nivel alto. Los mayores valores corresponden al sexo femenino, como en otros estudios similares, al igual que las puntuaciones promedios totales (ver tabla N° 2).
- 3.- La ansiedad en los adultos de influencia afectiva sobre el niño asmático según las evaluaciones (ver tabla N° 3) de A - Estado tanto padres como educadores son de nivel medio (resaltando en los límites con el nivel alto de los educadores). Mientras que la Ansiedad Rasgos de los padres corresponden al nivel medio (en los límites con el nivel alto) y los educadores al nivel medio. También en los adultos los mayores de A - E y A - R corresponde al sexo femenino.
- 4.- Obtenemos en un 80% de los niños asmáticos valores superiores de ansiedad, principalmente en aquellos casos que coincide con valores similares (A - E - A - R) en sus padres y educadores.
- 5.- Resulta llamativo el rol desencadenante negativo de los valores superiores de Ansiedad (A - E - y A - R) de los adultos sobre el curso y evolución de la enfermedad del niño as-



mático (crisis mensuales, intensidad de las crisis, ingresos preventivos, ingresos U.T.I. y efectividad de los tratamientos).

- 6.- Al finalizar al curso escolar se observa una tendencia a la disminución de las manifestaciones de Ansiedad (A - R) en los niños y familiares (en menor medida en los educadores), dado las mejorías del estado de salud con la estancia en el C.R.N.A., los aprendizajes para el manejo y el afrontamiento de la enfermedad y sus complicaciones.
- 7.- En sentido general los resultados obtenidos corroboran los objetivos trazados y coinciden con estudios anteriores realizados en el centro.

CONCLUSIONES

- 1.- Los niños asmáticos presentan rasgos de ansiedad llamativos.
- 2.- La ansiedad estado en los niños asmáticos tiende a ser media.

- 3.- Los adultos de influencia afectiva (padres educadores) con sus manifestaciones de ansiedad repercuten negativamente sobre el curso y evolución de la enfermedad del niño.
- 4.- Con la estancia en el centro tienden a disminuir las manifestaciones de ansiedad (en niños y adultos), en correlación con las mejorías del estado de salud de los niños.
- 5.- Consideramos efectivos los programas de rehabilitación médico-alérgico-físico-psicológicos que se les brindan a los niños asmáticos severos en el C.R.N.A..

RECOMENDACIONES

- 1.- Continuar el estudio de la ansiedad en el niño asmático.
- 2.- Mantener la valoración de la ansiedad en los adultos vinculados al niño asmático.
- 3.- Intercambiar los hallazgos obtenidos con estudios similares a niños asmáticos severos para su posible aplicación en las áreas de salud.

Tabla N° 1
Características de la muestra

N°	VARIABLES	CANTIDAD	%
1	Sexo Masculino	20	52,64
2	Sexo Femenino	18	47,36
3	Asma Bronquial Grado I	3	7,89
4	Asma Bronquial Grado III	35	92,10
5	Escolaridad Sexto Grado	11	28,94
6	Escolaridad Séptimo Grado	12	31,58
7	Escolaridad Octavo Grado	15	39,47
8	Tiempo en la Escuela CRNA 1 año	29	76,31
9	Tiempo en la Escuela CRNA 2 años	3	7,89
10	Tiempo en la Escuela CRNA 3 años	3	7,89
11	Tiempo en la Escuela CRNA 4 años	2	5,26
12	Tiempo en la Escuela CRNA 5 años	1	2,63
13	Total de participantes	38	100
14	Edad promedio	11,21	

Tabla N° 2
**Resultados Test de IDAREN en
niños asmáticos severos**

VARIABLES	PUNTUACIONES
	MEDIAS (X)
	NIVELES
Ansiedad	28
Estado	Medio
Ansiedad	38
Rasgo	Medio

Tabla N° 3
**Resultado del Test IDARE en adultos vinculados al
niño asmático severo**

VARIABLES	EDUCADORES	PADRES
	X NIVELES	X NIVELES
Estado Ansiedad	38	42
	Medio	Medio
Rasgo Ansiedad	44	46
	Medio	Medio



IDAREN
INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO PARA NIÑOS DE CH. D. SPIELBERGUER

VARIANTE CUBANA
Hoja de Calificación

Suma total de los items = Puntuación Directa

NIVELES DE A - RASGO:

Bajo : Por debajo de 29 puntos

Medio : Entre 29 y 41 puntos

Alto : Por encima de 41 puntos

SUBESCALA DE ANSIEDAD COMO ESTADO (A - ESTADO):

Items	2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20	(+)	(x)
Items	1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18	(-)	(y)

CALIFICACIÓN DE ANSIEDAD COMO ESTADO (A - ESTADO):

$(x - y) + 40 = \text{Puntuación directa}$

NIVELES DE A - ESTADO

Bajo : Por debajo de 24 puntos

Medio : Entre 24 y 38 puntos

Alto : Por encima de 38 puntos

IDAREN
AUTOEVALUACIÓN E - R

Apellidos
Nombres
Edad Sexo (M - F) Centro
Grado
Fecha

INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE

Frase 1 a 20

Eh la primera parte encontrarás **unas frases usadas para decir algo de tí mismo**. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **COMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **AHORA**.

SEGUNDA PARTE

Frase 1 a 20

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor **COMO TE SIENTE EN GENERAL**, no solo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.



IDAREN
INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN ESTADO-RASGO

PRIMERA PARTE

1. NADA
2. ALGO
3. MUCHO

1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me encuentro feliz	1	2	3
10. Me encuentro seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

1. CASI NUNCA

2. A VECES

3. A MENUDO

1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlo durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA UNA SOLA RESPUESTA. ANEXO 2.

Volumen 18, Nº 1 – Año 1997

**ARTÍCULOS PRESENTADOS
EN LAS JORNADAS DE SALUD**

Santiago – Chile

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ANTECEDENTES PRÓXIMOS

Jorge Luzoro ¹

RESUMEN

En última instancia, como proceso de producción de conocimientos, la psicología de la salud se vincula a los problemas sanitarios de mediados del siglo veinte. Al interior de la disciplina psicológica, los siguientes aspectos son identificados como antecedentes históricos próximos: el desarrollo de la epidemiología y la sociología de la medicina; la escuela psicoanalítica de Chicago; la escuela soviética córtico - visceral; el enfoque de la fisiología experimental; el análisis experimental del comportamiento; la biorretroalimentación; la cibernética y teoría de sistemas.

Palabras claves: psicología; salud; antecedentes.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ANTECEDENTES PRÓXIMOS

En esta oportunidad nos proponemos mencionar los antecedentes históricos que fueron gestando lo que hoy día conocemos como psicología de la salud, también denominada por algunos autores como medicina comportamental o medicina conductual.

En última instancia, como desarrollo científico, la psicología de la salud surge como un intento de solución para algunos de los problemas sanitarios de la sociedad de mediados del siglo XX. Pero también al interior de la disciplina hay una historia de generación de conocimientos que hacen posible el acceder a otros nuevos. Una nue-

va perspectiva se construye con conocimientos previos, como ha sido descrito anteriormente: Luzoro (1986).

Al interior de la construcción de esta nueva perspectiva, Bayés (1985), identifica los siguientes aspectos: los desarrollo de la epidemiología y la sociología de la medicina; la escuela psicoanalítica de Chicago; la escuela soviética denominada córtico - visceral; y el enfoque de la fisiología experimental sobre las relaciones entre emociones y funcionamiento global del organismo.

El desarrollo de la epidemiología y la sociología de la medicina

El desarrollo de la epidemiología y la sociología de la medicina, realizado en medios académicos, gubernamentales, y por parte de organizaciones internacionales especializadas, ha llamado la atención sobre el rápido aumento de los costos sanitarios y el incremento en número y gravedad de las enfermedades llamadas ya trágicas. Esta realidad, sumada a la constatación de la ineficacia de la tecnología médica tradicional para solucionar problemas sanitarios emergentes en los últimos tiempos, ha generado una notable necesidad de nuevas perspectivas en la temática salud - enfermedad.

¹ Depto. Psicología, Universidad de Chile.
<jluzoro@abello.dic.uchile.cl>

El creciente interés de los ciudadanos por asumir un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan su calidad de vida, resultado del aumento, tanto de las posibilidades como de los costos en salud, ha sido otro factor relevante en la generación de un cambio de óptica en la visión de la salud personal y pública.

La escuela psicoanalítica de Chicago

En la década de los años cincuenta, Franz Alexander y Flanders Dunbar, ambos del Instituto Psicoanalítico de Chicago, plantearon que los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, y que es posible descubrir tipos "específicos" de personalidad en algunos de ellos: úlcus gastroduodenal, asma bronquial, hipertensión esencial, etc. Los defensores de esta línea de pensamiento postularon, por ejemplo, que los asmáticos poseen una personalidad excesivamente dependiente de la figura materna, con inhibición de la hostilidad hacia ella, y que las situaciones que implican un peligro de separación de la madre o de los símbolos maternos desencadenan o agravan las crisis asmáticas; o que los hipertensos han tenido una infancia marcada por padres excesivamente estrictos, capaces de retirar su amor al menor signo de rebeldía, siendo esta situación la que lleva al niño a ocultar sus ataques de rabia y a desarrollar una inhibición crónica de sus tendencias agresivas que, finalmente, se somatizan.

Gracias a los esfuerzos de esta escuela psicoanalítica, una notable difusión alcanzó la denominada medicina psicosomática. El término "psicosomático" ha alcanzado un grado de autonomía respecto de la teoría que lo sustentaba, pasando a designar todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicosociales, con independencia del marco conceptual con que los mismos se contemplan.

La escuela soviética córtico-visceral

Según Bayés (1985), la tradición investigativa psico-fisiológica, tal como fuera desarrollada por Pavlov y Sechenov en la Unión Soviética, alcanzó una interesante expresión en Bykov, cuyos planteamientos respecto a las relaciones entre los medios "interno" y "externo" son conceptualmente precursoras de algunas de las ideas básicas en psicología de la salud.

Bykov y Kurtsin (1968), apoyados en abundantes y sólidas pruebas experimentales, destacaron las alteraciones fisiológicas que se producen como resultado de cambios en el medio psicosocial donde viven las personas.

El enfoque de la fisiología experimental

El enfoque y las investigaciones de la fisiología experimental sobre las relaciones entre emociones y funcionamiento global del organismo constituyen, probablemente, uno de los antecedentes más próximos a la actual psicología de la salud.

Los trabajos de Cannon (1935), Selye (1946) y Brady (1968), por nombrar sólo algunos de los más conocidos, son demostraciones de que la respuesta fisiológica varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos. Las variables ambientales, actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos son capaces de alterar la bioquímica de nuestro organismo. Las características del cambio serán, en buena parte, función de asociaciones y valoraciones aprendidas.

Estas ideas básicas son hoy en día parte de la cultura general de las personas medianamente ilustradas. Sin embargo, hace nada más veinte o treinta años, debieron abrirse paso dificultosamente en un contexto ideológico donde el predominio cartesiano parecía inmodificable.

Podemos ya avanzar algunas conclusiones prácticas obvias: los efectos indeseables de las



respuestas fisiológicas a los estímulos estresantes podrán aminorarse o suprimirse.

El análisis experimental del comportamiento

Otro antecedente, a nuestro parecer fundamental, es el desarrollo del análisis experimental del comportamiento, tal como ha sido formulado por B.F. Skinner, colaboradores y discípulos, a través de numerosas publicaciones, principalmente el *Journal of Experimental Analysis of Behavior* y el *Journal of Applied Behavioral Analysis*.

Ribes (1979) valora este antecedente diciendo... “en años recientes y como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y de la conducta, se ha configurado una nueva área interdisciplinaria denominada medicina conductual. La medicina conductual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta”.

A propósito de este antecedente, dejamos explícito el punto de vista de que el aporte del análisis experimental del comportamiento no se limita a proporcionar una metodología para la investigación de aspectos vinculados a la salud, o a problemáticas biomédicas. Nuestro parecer es que al consistir en una explicación naturalista y monista del interactuar de los sistemas vivos con su entorno, ofrece una perspectiva epistemológica distinta a la del dualismo mente - cuerpo, y es precisamente sobre esta nueva perspectiva que se constituye la mirada de la psicología de la salud, o medicina conductual como la denomina Ribes en el párrafo anterior.

La biorretroalimentación

Shapiro (1979), afirma que el término medicina comportamental (o conductual) lo introdujo por primera vez, en 1973, un psiquiatra llamado Lee Birck, quien dijo que la biorretroalimentación o el condicionamiento operante de respuestas fisiológicas podían considerarse como una forma de terapia comportamental para el control de los síntomas de trastornos físicos, como la elevada presión arterial o el dolor de cabeza (migraña).

Ahora bien, las prácticas profesionales y académicas que llevaron a Birck (1973) a realizar la operación de distinción “medicina comportamental”, se encuentran, fundamentalmente, publicadas en los anuarios Aldine (“On the Regulation of Bodily Processes and Consciousness”), editados en 1971 y 1972 por Shapiro, Barber, DiCara, Kamiya, Miller y Stoyva. En la misma publicación de 1979, Shapiro plantea que la medicina comportamental no es una reducción de lo psicológico (comportamental) a un efecto del funcionamiento fisiológico, sino que considera las reacciones fisiológicas, comportamentales y emocionales como pautas de respuestas integradas en las cuales los componentes fisiológicos y conductuales se ven como concurrentes más que pertenecientes a un solo campo (v.g. conductual), produciendo cambios en el otro campo (v.g. el fisiológico).

La investigación básica y las aplicaciones clínicas realizada bajo el modelo de la biorretroalimentación, consisten en lo fundamental en informar contingentemente al sujeto de su ejecución. La palabra biorretroalimentación es traducción de biofeedback, extensión del concepto más general de feedback, acuñado por Weiner (1961) desde la cibernética. Este concepto hace referencia a un método de control de sistemas por medio de la reinserción en el mismo de los resultados de la ejecución pasada:

En el campo de la investigación básica con especies como ratas, gatos, perros y monos, respecto de tasa cardíaca, salivación, presión sanguínea, contracciones intestinales y otros sistemas, fueron de gran importancia e inspiradores de nuevas investigaciones los trabajos realizados por Neal Miller con asociados y colaboradores en la Universidad de Yale en la década de los años sesenta: Miller (1961); Miller y Carmona (1967); Miller y DiCara (1967) Miller y Banuazizi (1968).

La investigación básica con la especie humana abarcó inicialmente la actividad eléctrica cortical, la respuesta dermogalvánica, la actividad neuromuscular, la tasa cardíaca, la temperatura de la piel y la circulación sanguínea periférica.

Numerosas investigaciones sobre control de la actividad eléctrica cortical fueron iniciadas por Kamiya (1968 y 1969), en la Universidad de California en Berkeley. Otras investigaciones experimentales fueron realizadas por Nowlis (1970), Peper y Mulholland (1970), Mulholland (1971), Luzoro (1974), Calás, Chávez y Vial (1975), Luzoro y Alcaraz (1976), Luzoro y col. (1979).

La modificación de la respuesta dermogalvánica, específicamente medida como resistencia eléctrica de la piel, constituyó un paso destacado en el camino del control de los sistemas llamados autónomos. Tal como lo demostraron Shapiro y Crider (1967), por la vía de la retroalimentación era posible hacer tambalear la tradicional y arraigada distinción entre lo voluntario y lo autónomo. Además del hallazgo específico, de por sí relevante, se producían hechos experimentales de replicación relativamente accesible, que estaban creando nuevas concepciones básicas en psicología y en neurofisiología.

Un tercer campo de investigación básica en sujetos humanos estuvo constituido por la acti-

vidad neuromuscular, observada por medio del electromiógrafo. Aquí el parámetro fundamental fue el continuo tensión - relajación. Mientras algunos investigadores abordaron el tema de las unidades motoras aisladas (Basmajian, 1963 y 1972), otros se interesaron por el control de grandes grupos musculares como el frontalis, el masetero o el trapecio (Budzynski y Stoyva, 1969 y 1972).

La circulación sanguínea periférica y la temperatura de la piel también fueron sometidas a control por procedimientos de retroalimentación. Entre los estudios realizados en esta área parecieran tener especial interés, por su claridad demostrativa, el de Kinge (1972) y el de Surwit, Shapiro y Feld (1976).

Finalmente, dentro de las actividades autónomas que empezaron a ser controladas voluntariamente por procedimientos de proporcionar información sobre la ejecución, es importante referirse a la presión sanguínea sistólica y diastólica, como también a la tasa cardíaca. Respecto de las presiones sistólicas y diastólicas, fue necesario resolver el problema de evaluación de registros continuos (Shapiro, Tursky, Gershon y Stern, 1969; Shapiro, Schwartz y Tursky, 1972). Respecto de la tasa cardíaca, una metodología experimental que efectivamente demostrara que los cambios se debían a la retroalimentación y no a otros múltiples factores periféricos fue una tarea complicada, resuelta por Engel (1972).

La cibernética y teoría de sistemas

Otro desarrollo de pensamiento que considero un antecedente relevante para la psicología de la salud es una perspectiva enteramente ajena al conductismo, al psicoanálisis, a la fisiología y a las preocupaciones de la salud pública. Su parentesco es con la cibernética y la teoría de sistemas. Se trata de la obra de Gregory Bateson.

En toda la obra de Bateson están presentes las ideas de interactividad y de significado comunicacional del comportamiento. La importancia fundamental de la retroalimentación es, coherentemente con su enfoque sistémico, una de las ideas matrices de su pensamiento. ¿Y no son estas ideas visiones básicas de la Psicología de la salud?

Podemos concluir, entonces, que la psicología de la salud surge teniendo como antecedentes próximos aportes de diversos desarrollos experimentales y clínicos, los que cruzan perspectivas teóricas diferentes.

ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ^{1*}, ^{2**}

Alejandro Vilela ³

Ana María Arón ³

Consuelo Undurraga ³

Mariana Bravo ⁴

Cristina Muñoz ⁴

María Paz Tagle ⁴

RESUMEN

El presente trabajo constituye un informe de la investigación que se realiza en el proyecto CONICYT N° EG 95036, el cual apunta fundamentalmente a describir y sistematizar la experiencia de intervención comunitaria realizada en una comuna de Santiago en la problemática de Violencia Intrafamiliar. Conjuntamente con la presentación de las bases generales de intervención en la comunidad, se presentarán algunas de las conceptualizaciones y modelos generados a partir de la evaluación de dicho programa.

Por último, se entregarán las principales recomendaciones recogidas en el estudio para la elaboración e implementación de programas e intervenciones comunitarias en problemáticas psicosociales. Se dará especial énfasis a las áreas de conformación de equipos de trabajo, metodologías de inserción comunitaria, modelos de atención, sustentabilidad y replicabilidad de programas.

ANTECEDENTES

Aunque el maltrato hacia la mujer y hacia los niños se da en el ámbito privado de la familia es importante ubicarla en un contexto social más amplio cuyas características son reproducidas por el sistema familiar. La cultura patriarcal ha impuesto un modelo de relaciones basado en el con-

trol de los más fuertes sobre los más débiles, en el que la violencia física no es sino una de las formas de control, que se ejerce cuando se ve amenazada la autoridad paterna o del jefe del hogar. Este contexto social no sólo ha permitido la violencia en varias de sus formas sino que además las perpetúa en los distintos sistemas de la comunidad, como son el sistema de salud, el sistema educacional y el sistema judicial (Eisler, 1990; Gilligan, Roger & Tolman, 1991).

Una de las características de las familias en cuyo interior se produce abuso y maltrato es el aislamiento social en el cual se encuentran. Esta situación de aislamiento conspira contra la posibilidad de abrir el tema del maltrato y por lo tanto interrumpirlo.

Barudy (1992) habla de los sistemas abusivos que son aquellos sistemas en que la violencia se produce como un abuso de poder y en un con-

1* Ponencia Presentada en las Primeras Jornadas de Psicología de la Salud. Hospital Félix Bulnes. Santiago, 1996.

2** Este artículo ha sido preparado con el apoyo de CONICYT, proyecto N° Eg-95036, "Sistematización y evaluación de un programa comunitario de intervención en redes en violencia intrafamiliar".

3 Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

4 Centro de Estudios y Atención Psicológica de Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.



texto de silenciamiento de las víctimas que no les permite romper el circuito abusivo. La base de estos sistemas abusivos es el secreto, el silencio en relación a la situación de abuso, que es la que permite que el sistema se perpetúe sin que terceros puedan intervenir para romper el circuito abusivo. El papel de los actores sociales es justamente el romper el pacto de silencio en relación al abuso y abrir el tema.

Definición e impacto de la violencia intrafamiliar

La violencia doméstica se refiere a actos de agresión en el seno de la familia con la intención de intimidar, controlar o disciplinar y que afectan habitualmente a los miembros más vulnerables, como son los niños y las mujeres, pero que implican a todo el grupo familiar. Un 25% de las mujeres en Chile son víctimas de maltrato al interior de sus familias (Larraín, 1994) y al menos un 35% de los niños menores de 15 años es maltratado físicamente o abusado por sus padres o cuidadores. Este porcentaje indica sólo una pequeña parte del problema y se refiere a aquellos casos detectados por terceros, ya que los niños en general no pueden denunciar abusos o maltratos.

La situación en Chile

El fenómeno de la violencia familiar no es un problema nuevo en el mundo pero sólo en las últimas décadas se ha puesto sobre la mesa como un problema social, que sobrepasa el ámbito de lo privado. En la década de los 60, se definió el “síndrome del niño golpeado” dándole un estatus de problema social a fenómenos que antes estaban invisibilizados. Lo mismo ocurrió con la influencia del movimiento de mujeres en los años 70 que llamaron la atención sobre otro problema invisibilizado: la violencia contra la mujer.

Aún cuando estas denuncias no tuvieron mucho eco en la comunidad cuando comenzaron, hoy en día son reconocidas como un problema real y de alta incidencia, y constituyen una preocupación central en las principales instituciones de los países.

Ejemplos de esta preocupación en Chile son la incorporación del Plan Regional de la Organización Panamericana de la Salud sobre Salud y Violencia (OPS, 1994) a los programas de salud, la ratificación a las Convenciones Internacionales sobre los derechos del niño y de la mujer, la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar, el programa Escuelas para la Paz, del Ministerio de Educación.

Modelo de redes sociales e intervención comunitaria

El modelo de *redes sociales* (Dabas, 1994; Perone & Nirenberg, 1991; Tancredi, 1991), se refiere tanto a las redes personales de los consultantes como a las redes intersistemas, o intersectoriales.

La red social está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. En ese sentido, cada persona es el centro de su propia red, que está formada por sus familiares más cercanos, los amigos, compañeros de estudio y de trabajo, los miembros de las instituciones a las que acude habitualmente y los conocidos con quienes se ve sólo esporádicamente.

Además de las dimensiones estructurales mencionadas las redes sociales pueden caracterizarse en relación a las funciones que cumplen. Las más importantes son las de compañía social, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información, regulación social y apoyo instrumental. La red social personal cumple funciones importantes para el bienestar psicosocial del indi-

viduo como es la de posibilitar la inserción social de la persona, básico para el desarrollo de su identidad no sólo en situaciones de crisis. Cada punto de la red es irremplazable, y es a la vez depositaria de la historia personal, de una parte de la propia identidad, de la retroalimentación social y del cuidado de la salud.

El apoyo social que otorgan las redes ha demostrado ser un factor muy importante al evaluar el impacto que las crisis de vida tienen en las personas. Un creciente cuerpo de evidencia empírica indica que existiría una relación entre las reacciones patológicas frente a situaciones de crisis y el pronóstico de esas patologías y la existencia de redes sociales activas. Las personas que tienen redes sociales activas, que cumplen adecuadamente las funciones de apoyo social en sus distintas dimensiones, tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes, cuando se deprimen tienen menor riesgo de suicidio que quienes no poseen una red social activa, y el pronóstico en caso de presentar patologías, psiquiátricas y orgánicas es más positivo (Gotlieb, 1987).

Modelo ecológico aplicado al campo de la violencia familiar

Cuando se intenta responder a la pregunta de por qué ocurre la violencia, surgen concepciones teóricas que la explican de modo general o bien a partir de un factor específico. Bronfenbrenner propuso el modelo ecológico para la investigación en el desarrollo humano y Jorge Corsi, agrega el subsistema individual, con el fin de construir un marco conceptual integrativo al problema de la Violencia Familiar (Ferreira, 1992).

Una perspectiva ecológica permite considerar distintos niveles de recursión o de análisis al acercarse al fenómeno de la violencia (Corsi, 1994).

Es decir, considerar el fenómeno abriéndose a distintas perspectivas.

Nivel individual. Supone la consideración de las variables personales, como historia de vida, características de personalidad, estilos cognitivos, estilos de resolución de conflictos, sistema de creencias y valores internalizados.

Nivel microsistémico. Se refiere a los grupos (microsistemas) a los cuales se adscribe el individuo. Específicamente la familia y las redes sociales primarias.

Nivel exosistémico. Se refiere al conjunto de sistema de la comunidad que son los que median entre el individuo, la familia y el sistema cultural más amplio. En este nivel se ubican el sistema judicial, el sistema de salud, el sistema de educación, el sistema policial, las organizaciones municipales, las organizaciones religiosas, y las organizaciones no-gubernamentales.

Nivel macrosistémico. Se refiere a los sistemas de creencias y valores del contexto cultural. En el caso de violencia, esta se inserta en un marco de creencias y valores de un sistema patriarcal, que como ya se han mencionado, permite y avala la violencia contra los miembros de la sociedad que se encuentran en una posición de mayor debilidad.

Ninguno de estos niveles por sí solo da cuenta del fenómeno de la violencia intrafamiliar, sin embargo todos aportan tanto a su nivel de conceptualización como a la posibilidad de diseñar estrategias de intervención curativas o preventivas.

La perspectiva ecológica sugiere que el abordaje más eficiente de un problema como la violencia intrafamiliar debe incluir todos los niveles y por lo tanto a todos los sectores. Así como la violencia no es el resultado de factores solamente individuales, o exclusivamente familiares, o sólo del contexto cultural, el abordaje tampoco puede ser unisectorial.



POLÍTICAS NACIONALES EN EL ÁREA SALUD

Desde 1990 el gobierno chileno se ha focalizado en cuatro grandes objetivos para la mejora de la salud de la población:

- a) Mejorar el acceso a la salud.
- b) Resolver la crisis hospitalaria.
- c) Fortalecer la prevención y la protección de la salud y mejorar la calidad del medio ambiente.
- d) Fortalecer la capacidad institucional.

El sector público de salud en Chile atiende alrededor del 70% de la población, y la instancia rectora a nivel nacional corresponde al Ministerio de Salud que es responsable de formular políticas, estrategias, planes, programas, normas técnicas y administrativas. En cada una de las regiones existe un Secretario Regional Ministerial (SEREMI), el cual en coordinación con la Intendencia Regional ejecuta las disposiciones ministeriales en lo que atañe a la dirección de los 26 Servicios de Salud existentes en el país.

Los Servicios de Salud dependen las unidades de Atención Primaria en Salud, los que conjuntamente con otras unidades, el consejo intersectorial y las direcciones locales de salud llevan a cabo los programas y políticas designadas como prioritarias por el Ministerio Servicios de Atención Primaria.

En lo que respecta a la salud mental de la población, el Ministerio (a través de la Unidad de Salud Mental) ha propuesto las siguientes políticas:

- desarrollar el fomento de la salud en la población en general y de los grupos de riesgo en particular (niños, mujeres y ancianos)
- planificación equilibrada en todos los sectores y niveles

- aumento de la cobertura y la calidad
- superación de los déficit en el tratamiento de trastornos relevantes
- cuidado de los grupos desatendidos
- fomento de los espacios de participación
- fomento de la potenciación de los equipos de salud
- fomento de la reinserción social de los discapacitados y enfermos crónicos

Para el cumplimiento de las anteriores políticas se han implementado medidas estratégicas cuyo énfasis dice relación con:

- desarrollo de un enfoque de riesgo,
- refuerzo de la participación social,
- coordinación intersectorial.

El tratamiento que el Ministerio hace de la Violencia Intrafamiliar se desarrolla a través de la Unidad de Salud Mental puntualizando el área prioritaria denominada "Derechos Humanos Salud y Violencia". Esta área ha tenido a su cargo la elaboración de orientaciones programáticas y técnicas así como la elaboración de programa de capacitación, asesoría y supervisión, registro y seguimiento epidemiológico.

Los programas más directamente comprometidos en estas acciones han sido el programa de Derechos Humanos, Salud y Violencia (ex-PRAIS), los programas de acciones de prevención y atención del maltrato infantil que desarrollan algunos Servicios Clínicos de Psiquiatría o Neurología Infantil, los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), el Programa de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del estudio "Sistematización y Evaluación de un Programa Comunitario de Inter-

vención en Redes están orientados a conocer las metas, procesos, estrategias y resultados del "Programa de Prevención y Apoyo a la Mujer y el Niño Maltratado".

En términos generales se pretende:

1. Sistematizar y evaluar un programa comunitario de intervención en redes en violencia intrafamiliar.
2. Diseñar y evaluar manuales de apoyo dirigidos al personal del sector salud y del sector judicial.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Dado el interés en conocer, describir y comprender lo sucedido con el Programa de Prevención y Apoyo a la Mujer y al Niño Maltratado, la metodología utilizada en la presente 'investigación evaluativa' está basada en el paradigma cualitativo. Este paradigma se caracteriza por la extracción inmediata y personal de la información a través de técnicas e instrumentos basados en el contacto con los implicados en el desarrollo del programa como del tratamiento de la problemática en general. La implicación personal del equipo evaluador en el proceso de recogida de información sobre el programa lleva a una mayor comprensión del mismo (Briones, 1992).

Los criterios que guían el estudio dicen relación con la evaluación del programa en su inserción en las políticas e intereses sociales generales, su respuesta a las necesidades sentidas de la población objeto, la consistencia con los objetivos y metas planteadas previas a la intervención, y el análisis de la replicabilidad y sustentabilidad del programa.

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA A SER EVALUADO

En Septiembre de 1992 el equipo del Consultorio Externo de la Escuela de Psicología de la P.

Universidad Católica de Chile elaboró el bosquejo del programa de Apoyo a la Mujer y al

Niño Maltratados. Este programa planteaba un trabajo en tres niveles:

- Nivel Institucional, que correspondía a la creación de un equipo de trabajo (profesionales del Consultorio) en torno al tema del maltrato.
- Nivel Comunitario, se pretendía un trabajo en terreno para la pesquisa de necesidades en la comunidad y la implementación de estrategias de intervención.
- Nivel de Estudio y Difusión, se planteó la necesidad de generar un desarrollo teórico con respecto al tema, así como la realización de un seminario para la difusión y discusión.

En Octubre de 1992 se concretó la implementación del proyecto en base al convenio Universidad Católica y el Consorcio Nacional de Seguros Vida. Se determinó el grupo de profesionales a cargo de la gestión y ejecución del proyecto y se plantearon las etapas de éste:

a) Se contempló para la primera etapa una duración de 5 meses (Noviembre de 1992 - Abril de 1993), con las siguientes áreas de trabajo:

- contacto e inserción en el Hospital Parroquial de San Bernardo
- detección de necesidades en la comunidad y redes de apoyo
- diseño de estrategias de atención e intervención en prevención de maltrato y abuso (intervención en crisis, capacitación a equipos de salud y otras organizaciones, y formulación de los criterios de derivación social)
- supervisión in situ
- informe de avance



b) La segunda etapa del programa planteó como objetivo el diseño y evaluación de un programa interdisciplinario de 'Investigación - Acción' que aborde el problema de la violencia intrafamiliar en una comunidad acotada (San Bernardo) en el marco de la ley de violencia intrafamiliar. Esta etapa se planeó con una duración de 12 meses con un equipo de investigación compuesto por 5 profesionales del Consultorio.

Los objetivos de la etapa estuvieron orientados a rediseñar (basado en la experiencia de la primera etapa) planes y programas de capacitación y consultoría dirigidos al sector salud, educacional, judicial y sector comunitario. Se pretendía, además, la generación de hipótesis y futuras líneas de investigación en relación a las características de la población en riesgo, necesidades de capacitación y acción en el tema del abuso y maltrato, y focos de intervención.

Los planteamientos generales para la segunda etapa tenían relación con la continuidad de lo iniciado en la etapa anterior y la confección de material para la difusión:

- Atención de víctimas en el Consultorio EPUC y en terreno (Hospital y lugares destinados por la comunidad)
- Capacitación al sector salud (monitores de centros de salud mental de la Comuna de San Bernardo), sector educacional (líderes naturales de la comunidad escolar), sector judicial y otros
- Consultoría y supervisión a los equipos de la comunidad que reciben casos de violencia intrafamiliar.
- Prevención en el sector escolar, se plantea la realización de capacitación a profesores y talleres con padres y apoderados en escuelas y liceos dependientes de la Corporación Educacional de la Municipalidad en una muestra de 3 escuelas municipalizadas

- Se diseñarían estrategias de difusión en la comunidad por medio de volantes, afiches y folletos a ser entregados masivamente en la comunidad y especialmente en las personas e instituciones claves de la red comunal.

c) La tercera etapa del proyecto dispuso de un plazo de 12 meses y el equipo responsable estuvo constituido por 2 profesionales del Consultorio. Se planteó para esta etapa la continuidad de las acciones realizadas en las anteriores fases del proyecto, consolidar el trabajo comunitario (en lo que respecta a capacitación, coordinación intersectorial y difusión) y crear un sistema de coordinación intersectorial que permitiera la permanencia del programa independiente del apoyo del equipo del Consultorio EPUC.

Dentro de las actividades planteadas se señalaron:

- atención psicológica en el Consultorio (niños y mujeres maltratadas y hombres maltratadores)
- atención psicológica en terreno (Hospital, Municipalidad y otros lugares que requiera la comunidad)
- supervisión y formación de monitores de grupos de autoayuda
- capacitación, continuación con la realizada en la etapa anterior y extensión a carabineros, sistema judicial, catequistas y párrocos, y otros grupos comunitarios

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La violencia intrafamiliar viene siendo enfrentada en el país con una serie de políticas nacionales que guían las intervenciones que se proponen en el tema. Estas directrices ocupan los diversos ámbitos de la gestión nacional.

De la misma manera el sector salud (foco del

presente análisis) en el país ha incorporado en su gestión el tema del maltrato en la familia. Las tareas que desempeña el Ministerio de Salud se basan fundamentalmente en las acciones que realizan los servicios de salud del país a través de los diferentes programas para la población, así como a través de las tareas que desarrollan los centros PRAIS y los COSAM. En cada una de estas instancias se ha incorporado la atención de los casos de violencia intrafamiliar, emitiéndose políticas y mecanismos para su detección y tratamiento. De esta manera, San Bernardo al igual que el resto de las comunas del país, cuenta con organismos de salud que han incorporado en su trabajo a la problemática, ahora bien, la competencia de éstos pasa por la adecuada sensibilización y capacitación que se tenga en el tema, lo cual -por supuesto- variará de un lugar a otro. En términos generales, más allá de la capacidad de los organismos de salud para hacer frente al tema del maltrato, es importante enfatizar que existen las instancias que potencialmente podrían hacerse cargo de la demanda y las necesidades de apoyo y atención.

Además del sector salud, San Bernardo cuenta con una serie de instituciones (justicia, oficina de la mujer, comisaría) que en forma mancomunada podrían pesquisar, atender y sancionar el maltrato. La anterior situación permite ejemplificar el particular ambiente de la comuna, esto es, un contexto que cuenta con la mayoría de los organismos necesarios para conformar una red de intervención. San Bernardo es una comuna delimitada geográficamente, contenedora de los servicios públicos centrales para el funcionamiento local y cuenta con una población estable.

Por otro lado, si bien San Bernardo tiene la estructura para hacer frente a diversos problemas sociales, no contaba con un plan organizado de intervención, por lo menos en el área de la

violencia intrafamiliar. De este modo el programa de Apoyo y Prevención a la Mujer y Niños Maltratados vino a dar respuesta a una carencia sentida por la realidad comunal.

El programa planteaba un modelo de intervención basado en el trabajo en redes desde una perspectiva ecológica, lo cual, complementariamente con el contexto particular de San Bernardo, podría dar cuenta de las necesidades de enfrentamiento de la violencia intrafamiliar en la comuna.

La anterior situación, es decir, la pertinencia de la intervención en un contexto social particular con herramientas adecuadas para el trabajo, constituiría una de las mayores fortalezas del programa evaluado. Situación que sería de alta relevancia si se considera que dicha pertinencia podría trascender a la comuna de San Bernardo en la medida que las características de la organización ministerial, comunal y territorial se presentan en amplios sectores del territorio nacional y que, además, los modelos teóricos que sustentaron la intervención parecieran ser lo suficientemente robustos como para constituirse en adecuadas formas de trabajo comunitario. De acuerdo a esto, la replicabilidad de parte o la totalidad del programa podría ser considerada en las futuras acciones que se hagan para el trabajo en violencia intrafamiliar en particular y psicosocial en general.

Cabe destacar que el planteamiento atingente del programa sería fruto de un equipo que respondió a una necesidad sentida y a un contexto cultural. Este equipo tendría como características una experiencia técnica - profesional destacada en la materia y una validación institucional importante (Universidad Católica).

Respaldaría, además, la forma de intervención los resultados obtenidos con la población beneficiaria, lo cuales aparecen claramente expresados por las mujeres atendidas por el programa.



Sin embargo, la solidez del modelo de intervención, constituye a la vez uno de los mayores desafíos que debió enfrentar el equipo gestor, ya que la implementación práctica de la propuesta presenta importantes dificultades, las cuales, son mencionadas como debilidades en la eficacia de la intervención comunitaria.

En general los objetivos del Programa, se habrían cumplido, sin embargo, algunos de ellos sólo de manera parcial.

a) El primer objetivo (activar, sensibilizar y capacitar a las redes comunitarias) se habría cumplido fundamentalmente en lo que respecta a la sensibilización en el tema de la violencia intrafamiliar, introduciendo la temática en el quehacer de la comuna. En cuanto a la activación y capacitación, ésta se logró en importantes sectores de la red (hospital y oficina de la mujer principalmente), sin embargo, de acuerdo a la impresión de todos los actores del programa la activación de la red fue parcial en la medida que algunos núcleos de ésta no fueron capacitados e incorporados al trabajo coordinado.

b) Si bien se identificaron (segundo objetivo) algunas de las organizaciones de la comunidad (de salud, educación, justicia, municipalidad), éstas corresponden a instituciones centrales a San Bernardo, es decir, ocupan un lugar importante en la gestión general de la comuna, y no fueron incorporadas instancias más periféricas o de ingerencia local (unidades o sectores más específicos de San Bernardo), lo que limitó la amplitud y efecto de la acción comunitaria.

c) La meta de transformar al equipo profesional a cargo del Programa en un recurso disponible para la comunidad se habría cumplido, pero con un costo importante para el desarrollo del programa. El equipo se transformó en un recurso que sobredimensionó sus posibilidades de acción en términos de dar apoyo, asistencia, capa-

citación y supervisión a los distintos puntos de la red, de hecho se logró entregar ayuda a amplios sectores de la comunidad, pero las necesidades comunales excedían los rangos de cobertura de los profesionales del Consultorio, lo que significó, por un lado, que algunos miembros de la red quedaran sin los beneficios totales del recurso humano y, por otro, provocó un desgaste importante en el equipo profesional.

De la misma manera, el equipo del Consultorio destinó una importante cantidad de tiempo a la atención de pacientes afectados por la violencia intrafamiliar, para palear la demanda generada a partir de la pesquisa del maltrato, lo cual implicó una desviación de los recursos a una acción que, en teoría, debiera haber asumido la comunidad y, además, incidió en la efectividad de la atención en la medida que el recurso psicológico se encontraba retirado del lugar geográfico de los pacientes. Este último problema es importante señalarlo porque, si bien, resulta una fortaleza del programa su procedencia externa y validada (Universidad Católica), puede transformarse en debilidad en la medida que no se logre un relevo de la acción hacia la comunidad o a la activación de los propios recursos locales para hacerse cargo de la demanda generada.

d) En general no se habría logrado instalar instancias de coordinación totales en San Bernardo, a pesar de existir mini - redes activas.

Durante el periodo de evaluación (1996) no se presentaron instancias de coordinación (al menos institucionales), si bien aparecen coordinaciones entre puntos de la red y, en general, los trabajos de coordinación que aparecen mencionados por los entrevistados se refieren a hechos que ocurrieron en el pasado mientras el programa realizaba la intervención en San Bernardo.

e) El ultimo objetivo del programa, evaluar y transferir la experiencia, forma parte de la inves-

tigación CONICYT y se describe en profundidad en el Informe de Avance de dicho proyecto (Arón et al. 1997).

La evaluación y transferencia del programa podrá ser analizada a continuación a partir de la descripción del programa:

e.1) Objetivos del Programa: en general no existía una percepción clara y completa de los objetivos, de hecho cada nivel de participación tiene una diferente percepción de los objetivos, con lo cual se diversificaban las expectativas y aumentaban las posibilidades de frustración por parte de los participantes, lo que debilita la intervención.

Se plantea la necesidad de negociar y construir los objetivos con la comunidad, además de difundir las metas de la intervención para que resulten conocidas por todos.

e.2) Estructura: se señala una estructura teórica clara, un diseño consistente y definido. Sin embargo, se plantea que la estructura evolucionó y sufrió cambios a lo largo de la realización de la intervención, con lo cual se presentaron dificultades en el funcionamiento, descordinándose el trabajo en dos equipos independientes. Los cambios de la estructura podrían explicarse por la rotación de los miembros del equipo del Consultorio y por dificultades en la gestión.

e.3) Gestión: fueron mencionadas deficiencias en la implementación clara de las tareas y funciones de los miembros del equipo y en la coordinación del trabajo de éstos.

Lo anterior se debería a que el estilo de liderazgo se centró fundamentalmente en los procesos más que en las tareas, además presentó dificultades para enfrentar los conflictos que surgieron a lo largo del trabajo.

e.4) Inserción: se realizó con un diseño de incorporación a la comunidad centralizado y jerarquizado, ejercido por el nivel de coordinación

del equipo gestor, para luego diversificar la inserción por equipos en el nivel de profesionales del Consultorio. En general la inserción fue considerada como adecuada, coherente y reforzadora de las labores comunitarias.

En cuanto a los logros de la inserción, se plantean problemas en la difusión del programa lo que habría determinado un desconocimiento de la intervención por parte de la comunidad, a pesar de esto se logró un trabajo en algunas redes locales.

e.5) Replicabilidad: el diseño o modelo de intervención sería coherente teóricamente y permitiría una réplica en su totalidad o de partes de él en diferentes comunidades o localidades. Sin embargo, la implementación de dicho diseño cuenta con una serie de dificultades que es necesario resolver para el éxito de la réplica:

1. robustecer la gestión y estructura del programa, además de contar con recursos (humanos y materiales) estables.
2. diagnóstico y selección de la comunidad para negociar adecuadamente el planteamiento de metas y las vías para su consecución, esto último desde la consideración de los recursos comunitarios que prevengan la rotación de sus agentes.
3. desarrollo y amplia consideración de la coordinación interna (gestión del programa) y externa (activación de la red).
4. generar políticas de trabajo que involucre a todo el personal (por ejemplo, en salud a enfermeras, auxiliares, médicos y administrativos).

e.6) Sustentabilidad: la intervención queda instalada en la medida que se logró una sensibilización comunitaria, una metodología de trabajo y que existe en la comunidad un recurso huma-



no validado (agentes capacitados), esto último fundamentalmente en el hospital en donde quedó un equipo comprometido que cuenta con una experiencia de ayuda.

Sin embargo, dados los altos niveles de rotación y una limitada capacidad del programa para generar recursos comunitarios estables, no se logró una permanencia a largo plazo de la intervención a través de la *institucionalización* del programa por medio de la inserción en las estructuras permanentes de la comunidad.

Para superar lo anterior se plantearon una serie de condiciones o sugerencias:

1. elaboración de una estrategia de trabajo con la comunidad,
2. modificación del sistema de financiamiento para permitir una estabilidad en el tiempo,
3. sostener la intervención a través de la red, de manera tal de asegurar la constante capacitación y activación para el trabajo local,
4. mantener el apoyo a la gestión local a través de centros o instituciones estables (externos y validados) como ministerios, instituciones académicas u organizaciones privadas,
5. necesidad de contar con un espacio físico apto,
6. procurar el constante cuidado de los equipos de trabajo.

e.7) Financiamiento: si bien no es tarea del presente estudio realizar un análisis costo-beneficio, la incidencia de la administración del financiamiento en el desarrollo del programa fue materia de discusión importante entre los entrevistados.

Se señaló la necesidad de la existencia de recursos económicos para que un programa se realice (se enfatiza que la dedicación de recursos humanos debe ser valorada a través de financia-

miento). Estos recursos deben ser permanentes en el tiempo, lo que podría lograrse a través de una política tendiente a la institucionalización del financiamiento.

En cuanto a la administración del financiamiento, en términos generales se plantea como importante la claridad y estabilidad de los contratos en materia económica. Esta transparencia en el financiamiento evitaría sensaciones de incertidumbre en el personal participante del programa. También se requiere que, de existir una agencia financiante, los límites de la relación con ésta sea claros y se encuentren diferenciadas las áreas de ingerencia de cada una de las partes que constituyen el contrato.

En cuanto a los incentivos para el personal que desempeña funciones en el programa (por ejemplo el personal del hospital), no necesariamente deben ser monetarios, pueden tener un carácter más simbólico y de alcance más colectivo de manera de reforzar el trabajo en equipo y evitar las divisiones por asignación de montos. Los incentivos deben corresponder a un reconocimiento por los servicios prestados.

Además de la descripción y los logros mencionados, es importante señalar cuales fueron algunos de los resultados no esperados o externalidades positivas del Programa.

- la puesta en marcha de un programa para hacer frente a la violencia intrafamiliar tuvo ingerencia en la opinión pública con respecto al tema. Diferentes fuentes señalan como una de las fuerzas del programa el haber conseguido sensibilizar a sectores de la comunidad nacional, reforzando con ello la generación de nuevas iniciativas de intervención.
- el equipo del Consultorio de Psicología se habría transformado en un importante recurso para la comunidad nacional gracias a

la experiencia acumulada. Hoy en día muchos de los profesionales del Consultorio desempeñan tareas de capacitación en violencia intrafamiliar en organismos como el Ministerio de Salud, SERNAM, Ministerio de Justicia, Municipalidades y otros.

- gracias a la atención de pacientes en el Consultorio de Psicología, se generaron modelos de atención a personas afectadas por la violencia intrafamiliar (mujeres y hombres).

En términos generales, el Programa de Prevención y Apoyo a la Mujer y Niño Maltratados constituye una propuesta novedosa y coherente, que presenta dificultades como la mayoría de las intervenciones ofrecidas a la comunidad, que apuntan a una debilidad en la sustentabilidad y permanencia de una red institucionalizada, es decir, dificultades en el traspaso de las competencias desde un lugar altamente especializado hacia la comunidad.

Dejaría el programa un modelo teórico - práctico que pone en evidencia las fortalezas y debilidades de una inserción e intervención comunitaria en redes.

BIBLIOGRAFÍA

- Arón, A.M., Bravo, M., Muñoz, C., Undurraga, C. & Villela, A. (1997). Sistematización y evaluación de un programa comunitario de intervención en redes en violencia intrafamiliar. Informe de Avance: Proyecto Conicyt N° Eg-95036.
- Barudy, J. (1992). Dictaduras familiares, violencia e incesto: Una lectura sistémica del incesto padre-hija, en Gazmuri, Hamel & Arón (Eds.) *Terapia Sistémica y Contexto Social*. Anales Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar. Santiago de Chile.
- Briones, G. (1992). *Análisis e interpretación de datos*. Bogotá: SECAB
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, E. (1994). *La red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Eisler, R. (1990) *El cáliz y la espada: nuestra historia, nuestro futuro*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Ferreira, G. (1992). *La Mujer Maltratada*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- Guilligan, C., Rogers A., Tolman, D. (1991). *Women, Girls & Psychotherapy. Reframing Resistance*. New York: Harrington Park Press.
- Gottlieb, B. (1987). Social Networks and social support: an overview of research, practice and policy implications. *Health Education Quarterly*, vol 12 (1) 5-22.
- Larraín, S. (1994). *Violencia Puertas Adentro. La Mujer Golpeada*. Santiago: Editorial Universitaria
- Organización Panamericana de la Salud (1994) *Salud y Violencia: Plan de Acción Regional*. Washington, D.C: O.P.S.
- Perone, N. & Nirenberg, O. (1991). El trabajo en red en el área de salud. En Informe encuentro latinoamericano de proyectos Kellogg de enfermería. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Tancredi, F. (1991) *Red de información*. En Informe encuentro latinoamericano de proyectos Kellogg de enfermería. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

LÍMITES Y POSIBILIDADES PARA LA INCORPORACIÓN DE COMPONENTES PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN DE SALUD: OBSERVACIONES SURGIDAS DE LA EVALUACIÓN DEL “PROGRAMA DE REFORZAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”

Jaime Alfaro

Sara Godoy

Domingo Asún ¹

I.- PRESENTACIÓN

El Programa de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria de MINSAL, se constituye en una experiencia técnica de relevancia, necesaria de observar y analizar, con relación a:

- Su cobertura y alcance nacional.²
- Su ubicación en la intersección de ámbitos tradicionalmente desvinculados, como es la atención en salud y las dimensiones o variables psicológicas y psicosociales.
- Es parte del proceso de reforma de la atención primaria en salud, (tradicionalmente focalizada en dimensiones biomédicas y estrategias asistenciales) como vía de activación de mejoras tanto en la calidad, como en la eficacia de estos programas.
- Constituye una experiencia "piloto" de trabajo en el campo de la Psicología de la Salud, que ha debido enfrentar las condiciones reales y concretas de los sistemas institucionales de salud operante en el país y desde los recursos y capacidades técnicas de los concretos equipos profesionales,³ constituyéndose así en una interesante muestra de posibilidades y límites para el desarrollo de este emergente campo profesional.
- Su instalación a nivel nacional, en la más amplia gama de condiciones organizacionales,

culturales, técnicas, etc. hacen de él una relevante experiencia desde donde observar los límites y posibilidades de instalación y desarrollo de acciones que aborden y articulen una perspectiva amplia y holista como es el llamado enfoque (perspectiva) psicosocial, en sus diversas versiones en un campo emergente y de proyecciones.

Este texto presenta la descripción de diversos aspectos técnicos -programáticos e institucionales que han operado en las dinámicas y condiciones de instalación del Programa de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria, uti-

1 Los autores son académicos de la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales

2 El Programa de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria actualmente se implementa en 94 consultorios, distribuidos dentro de 24 Servicios de Salud del país.

3 Este Programa tiene como objetivos incorporar aspectos psicológicos y sociales en los programas de salud asistenciales; El desarrollo de actividades promocionales y preventivas de salud a nivel comunitario; la promoción de trabajo en equipo y el mejoramiento del clima organizacional de manera de conducir a un Modelo de relación e interacción de las unidades de salud de atención primaria; y la intervención focalizada en los problemas psicosociales más relevantes de los grupos de riesgo de manera de mejorar la capacidad Resolutiva de las unidades de salud de nivel primario.

lizando para ello datos derivados de la EVALUACIÓN DE PROCESO DEL PROGRAMA REFORZAMIENTO PSICOSOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.⁴

Pensamos que el proceso de desarrollo de este programa opera como un análisis de prefactibilidad y un diagnóstico de recursos y obstáculos para la instalación de prácticas de psicología de la salud en las reales, desconocidas e incluso muchas veces negadas condiciones de nuestros sistemas de salud, posibilitando así propuestas menos descontextualizadas, externas, cuando no ingenuas y en todo caso potencialmente ineficaces.

4 Esta evaluación fue realizada por los autores, como consultoría a MINSAL durante el año 1996. Tuvo como objetivo establecer el actual estado del Programa, a cuatro años de su inicio, respecto de: Las características y estado actual del proceso de inserción de los Equipos de Reforzamiento Psicosocial en los Equipos Locales de Salud; La influencia de las características organizacionales en el desarrollo de la labor de los Equipos Psicosociales; Desarrollos Técnico - programáticos; Indicadores de Resultado e Impacto que han generado los Equipos Psicosociales; y Necesidades y expectativas de proyección para el Programa.

En su diseño metodológico se contemplaron dos etapas. Un estudio de casos de una muestra intencionada de consultorios y el estudio de una muestra representativa del universo de consultorios que realizan el programa. Se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada y un cuestionario autoadministrado. Se tomó una muestra de seis Servicios, según tamaño y localización geográfica, y de 77 informantes claves (14 Directivos de Servicios, 11 Encargados de Equipo Psicosocial, 19 Equipos de Salud, 16 miembros de Equipo Psicosocial y/o Salud Mental, 8 usuarias externas, 7 monitores y 2 representantes de organizaciones). En la segunda etapa se consideró a la totalidad de los Servicios que actualmente implementan el Programa y se obtuvo respuesta de 21 (84%) y un total de 114 cuestionarios. (47 de Equipo Psicosocial, 42 de Director de consultorio y 25 de Encargado de programa).

II.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE INSERCIÓN E INTEGRACIÓN

Quizás el elemento más característico del proceso de inserción e integración del Programa a través de la instalación de los llamados Equipos Psicosociales sea las enormes dificultades y obstáculos que se presentaron en la asimilación, recepción y validación tanto de los equipos mismos como de sus formas de trabajo.

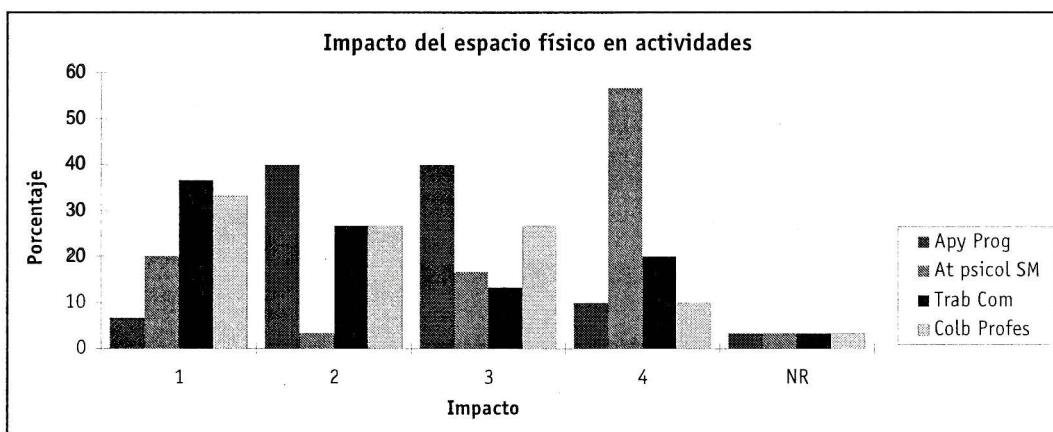
En las primeras fases de instalación del programa, en general este fue asumido como una actividad externa, y no reconocida ni validada como parte de la unidad de salud local.

Hubo escasa comprensión de parte de los directivos y de los equipos de los consultorios sobre el sentido del trabajo psicosocial, los objetivos del programa y los roles a desarrollar por programa. Así también los Equipos Psicosociales tuvieron grandes dificultades para comprender y asumir la cultura organizacional y la idiosincrasia del sistema de salud.

Hizo parte de esta dinámica la falta de espacios físicos acordes con las estrategias y formas de trabajo de los nuevos equipos y la ausencia de roles y líneas de acción previamente elaboradas que permitieran tanto la maduración de las identidades del nuevo equipo como también la configuración de espacios de trabajo comunes.

Es relevante resaltar la importancia que tuvo y tiene el espacio físico en las posibilidades y dinámicas de trabajo. Desde la percepción de los distintos equipos las condiciones inadecuadas de infraestructura, tienen un rol especialmente obstaculizador, tanto en la inserción de los Equipos Psicosociales como en las posibilidades técnicas.

El 61,7 % de los miembros del Equipo Psicosocial reconoce tener dificultades de espacio físico que impactan de manera diferencial en sus tareas como se aprecia en la siguiente tabla:



En orden de mayor (4) a menor (1), la dificultad de espacio impacta en las tareas de atención de problemas psicológicos o de salud mental, luego en las de apoyo psicosocial a los programas matrices, a continuación en las posibilidades de colaborar con otros profesionales del equipo de salud y finalmente en el trabajo comunitario.

La situación actual de integración de las acciones y equipos del programa, se observa a través de los siguientes indicadores:

Actualmente los Equipos Psicosociales en un 51,1 % perciben que su validación es alta, coincidentemente (un 47,6), como se observa en la siguiente tabla, con los directores de consultorio. Llama la atención que aun, luego de 4 años de trabajo el 66,7 % de los encargados del programa, el 44,7 de equipos y el 4,9 de los directores perciban que esta validación es moderada.

Validación del Equipo Psicosocial dentro del consultorio

	DIRECTOR	ENCARGADO	EQUIPO
Alta	47,6	19,0	51,1
Moderada	42,9	66,7	44,7
Baja	9,5	4,8	2,1
No responde	0,0	9,5	2,1
Total	10	100	100

La integración entendida como complementación técnica - conceptual entre ambos equipos, como se observa es percibida mayoritariamente entre moderada y alta, siendo en un 50 % aproximadamente vista como moderada.

Percepción respecto de la complementación Técnico-Conceptual

	DIRECTOR	ENCARGADO	EQUIPO
Alta	28,6	14,3	36,2
Moderada	54,8	57,1	42,6
Baja	16,7	19,0	17,0
No responde	0,0	9,5	4,3
Total	100	100	100

Dado que el plano técnico - conceptual es una herramienta central para la integración y considerando que ella se dificulta dado los modelos y formaciones profesionales diferentes, representa un avance los distintos actores coincidan en reconocer que ella actualmente opera en forma moderada.

Respecto de la integración en el proceso de toma de decisiones, porcentajes mayores (66,7% a 85,7%) consideran que ella ocurre en la Programación, seguidamente en el Consejo Técnico, y en menor medida aparece la Planificación y la Evaluación (52,4%).

Toma de decisiones

	DIRECTOR	ENCARGADO	EQUIPO
CONSEJO TÉCNICO			
No	35,7	42,9	31,9
Si	61,9	47,6	68,1
No responde	2,4	9,5	0,0
PLANIFICACIÓN CONSULTORIO			
No	40,5	38,1	38,3
Si	57,1	52,4	61,7
No responde	2,4	9,5	0,0
PROGRAMACIÓN			
No	31,0	4,8	27,7
Si	66,7	85,7	72,3
No responde	2,4	9,5	0,0
EVALUACIÓN DE TRABAJO			
No	38,1	38,1	42,6
Si	59,5	52,4	57,4
No responde	2,4	9,5	0,0

La situación actual de inserción del Programa se observa también en el dato que el 75 % de los Equipos Psicosociales percibe que tienen entre buenas y muy buenas relaciones con: los usuarios, los auxiliares, los administrativos, los profesionales, el di-

rector y las organizaciones comunitarias. Además entre un 57 % y un 38 % considera tener buenas relaciones con el Servicio y con los Departamentos de Salud Municipales. Llama la atención el bajo porcentaje que aparece en la relación con MINSAL.

Percepción de los Equipos Psicosociales sobre las relaciones desarrolladas

	MUY BUENAS	BUENAS	ACEPTABLE	REGULAR	MALAS	NO EXISTE	N.R	TOTAL
Minsal	0,0	19,1	14,9	10,6	2,1	48,9	4,3	100
Serv. Salud	10,6	46,8	29,8	6,4	2,1	0,0	4,3	100
Dpto. Salud Municipal	6,4	31,9	10,6	14,9	4,3	27,7	4,3	100
Dir. Consult.	48,9	27,7	6,4	10,6	2,1	0,0	4,3	100
Profesionales Consultorio	38,3	42,6	8,5	0,0	6,4	0,0	4,3	100
Administrativos Consultorio	34,0	44,7	8,5	2,1	6,4	0,0	4,3	100
Auxiliares Consultorio	42,6	42,6	2,1	2,1	6,4	0,0	4,3	100
Usuarios Consultorio	48,9	36,2	0,0	2,1	4,3	4,3	4,3	100
Organizaciones Comunidad	31,9	40,4	12,8	4,3	4,3	4,3	4,3	100



En la fase actual, ya superada las crisis inicial se presenta una relativa y no homogénea articulación entre ambos equipos a partir de acciones conjuntas en algunos de los programas matriciales, manteniéndose algunas tensiones respecto de modelo y relevancia de la incorporación del componente psicosocial.

Desde el análisis de este proceso aparecen los siguientes elementos, como factores determinantes de las posibilidades de una adecuada integración de los equipos:

- Conocimiento y disposición de Director o las autoridades del Consultorio respecto de los modelos, estrategias y posibilidades de una perspectiva psicosocial en los problemas y acciones de salud.
- Conocimiento y experiencia de los Equipos Psicosociales sobre el modelo biomédico y los programas de Atención Primaria de salud.
- Apoyo y asesoría técnica permanente para los nuevos equipos.
- Recursos financieros, de infraestructura y condiciones laborales.

III.- ASPECTOS TÉCNICO-PROGRAMÁTICOS

El análisis de esta dimensión estuvo orientada a conocer las características del programa respecto de los fundamentos conceptuales y la estrategia utilizada. Específicamente respecto de los fundamentos se revisó la noción de lo "psicosocial" y los modelos teóricos utilizado, y respecto de la estrategia se revisaron los niveles de atención en que se sitúan los objetivos, y las metodologías empleadas para diagnosticar, diseñar, registrar y evaluar las acciones.

Modelos teóricos utilizados

Respecto de los fundamentos teóricos utilizados, se detecta que el Programa no cuenta con un sis-

tema conceptual global, ni particular que oriente la comprensión de las distintas temáticas o los diferentes niveles de acción. Pareciera que existe un corte entre sus practica y la posibilidad de acceder a las nociones teóricas disponibles.

Llama la atención que frecuentemente se hace referencia a modelos de uso habitual en la practicas clínicas (por ejemplo enfoque sistémico, enfoque humanista o cognitivo-conductual) y no se observa una mediación o re-encuadre técnico de ellos a las practicas grupales y comunitarias que habitualmente se realizan en el programa. Con poca frecuencia se hace referencia a modelos de uso tradicional en el campo de la acción social, tales como la educación popular, la psicología social, etc. A su vez se entremezclan nociones propias de los abordajes clínicos, con nociones propias y características del trabajo comunitario.

Así también en los diversos equipos la noción de lo psicosocial en general aparece no definida o señalada imprecisamente y normalmente se asume y se da por supuesto la existencia de consenso y claridad respecto de ello.

Así también las acepciones utilizadas son heterogéneas respecto de los siguientes planos. Por una lado se presenta una acepción abstracta que alude a una concepción de la salud (una perspectiva integral), y una concreta u operacional que la suma como una estrategia de atención que considera en su accionar el plano interpersonal y da importancia en la comprensión de los problemas al plano social entendido como condiciones de vida. Por otro lado estas acepciones también varían respecto de su vinculación con el modelo médico; se entiende a lo psicosocial como un modelo de salud alternativo y crítico respecto del modelo médico, o bien se le entiende como un complemento de este, aportando con la inclusión de los aspectos psicológicos y socia-

les. También varía esta noción, entre una definición con relación a los procesos interpersonales en que esta inserto un individuo, resaltándose operativa y analíticamente los niveles micro-sociales, básicamente lo familiar y considerando analíticamente las condiciones de vida; y otra acepción que asume básicamente lo social en cuanto situación histórica y social resaltando las condiciones de pobreza, desamparo y exclusión social, asumiendo la tarea de realizar acciones principalmente a nivel de la comunidad y con énfasis en la promoción.

Objetivos del Trabajo Psicosocial

Consultados los distintos actores respecto del nivel de atención en que focalizan los objetivos de la acción, como se observa en la siguiente tabla, el Equipo Psicosocial da importancia similar a los tres niveles de atención, en cambio los directores y los encargados de programa privilegian el nivel preventivo en la determinación de los objetivos. En suma la acción del programa focaliza principalmente en la prevención de salud, luego a la promoción y en tercer lugar a los problemas asistenciales.

	DIRECTOR	ENCARGADO	EQUIPO
ABORDAR PROBLEMAS ASISTENCIALES EN SALUD			
No	76,2	75,0	55,3
Si	23,8	25,0	42,6
No responde	0,0	0,0	2,1
PREVENCIÓN EN SALUD			
No	40,5	33,3	38,3
Si	59,5	61,9	59,3
No responde	0,0	4,8	2,1
PROMOCIÓN SOCIAL			
No	73,8	66,7	48,9
Si	26,2	28,6	48,9
No responde	0,0	4,8	2,1

Esta percepción privilegia moderadamente una visión, en la cual a la acción del programa es principalmente de nivel preventivo, y no esta centrada en lo curativo - asistencial, así como tampoco en lo promocional.

Esto indica que la incorporación de los componentes psicológicos y psicosociales en las acciones de salud en la actualidad privilegian el plano preventivo.

No obstante el programa ha permitido también el desarrollo de otras líneas de trabajo el plano asistencial incorporando el componente

psicosocial en la atención asistencial en los programas matriciales, básicamente con trastornos emocionales (policonsultantes) y adolescentes embarazadas.

También, aunque en menor medida y con dificultades se encuentra un trabajo grupal, en las dimensiones organizacionales y psicológicas de los equipos de la atención primaria.

Estrategias metodológicas

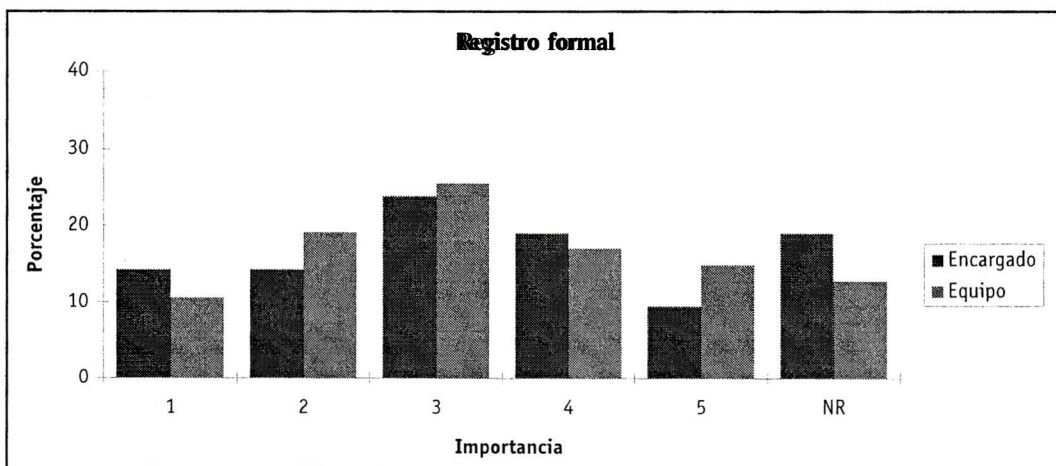
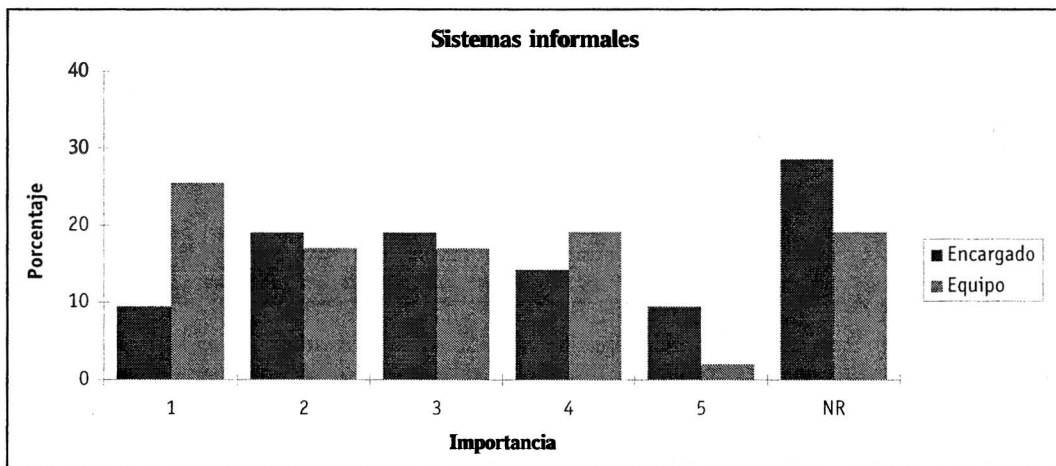
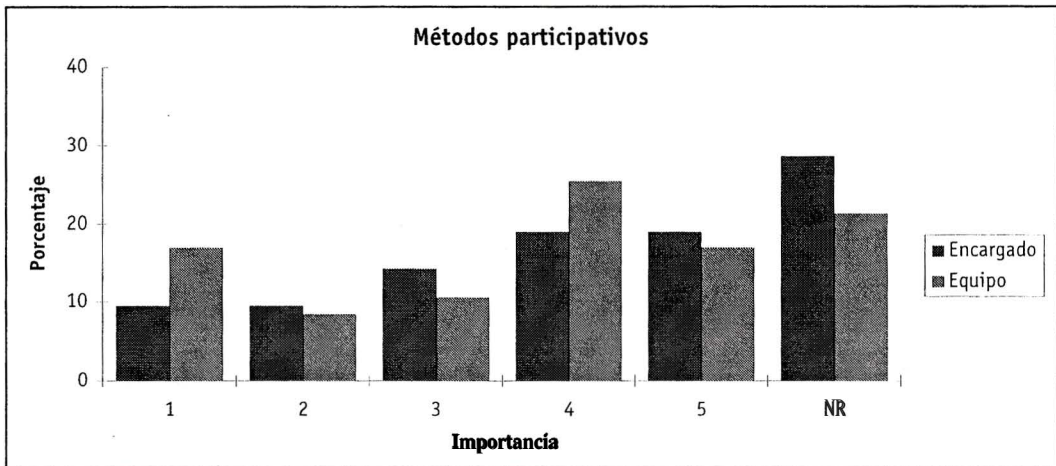
Los Encargados de Programa y los Equipos señalan, como se indica en los siguientes gráficos,

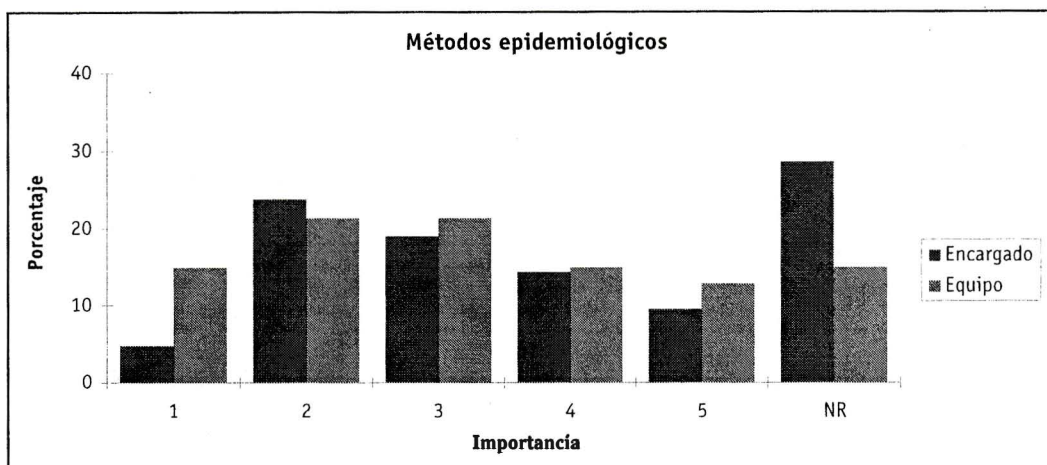


que las técnicas más frecuentemente utilizadas para el diagnóstico son las participativas.

Llama la atención que a métodos formales e

informales se les reconozca una importancia similar que a los epidemiológicos.





La distribución de la opinión de los Encargados de Programa y de los Equipos respecto de los procedimientos para diseñar las intervenciones, como se observa en la siguiente tabla, indica que estos son sistemáticos (entre 76% y 68%).

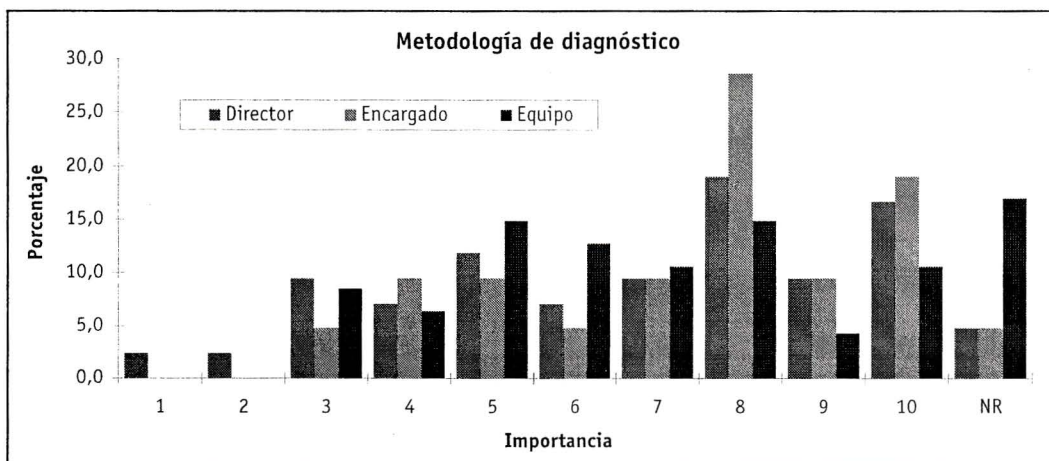
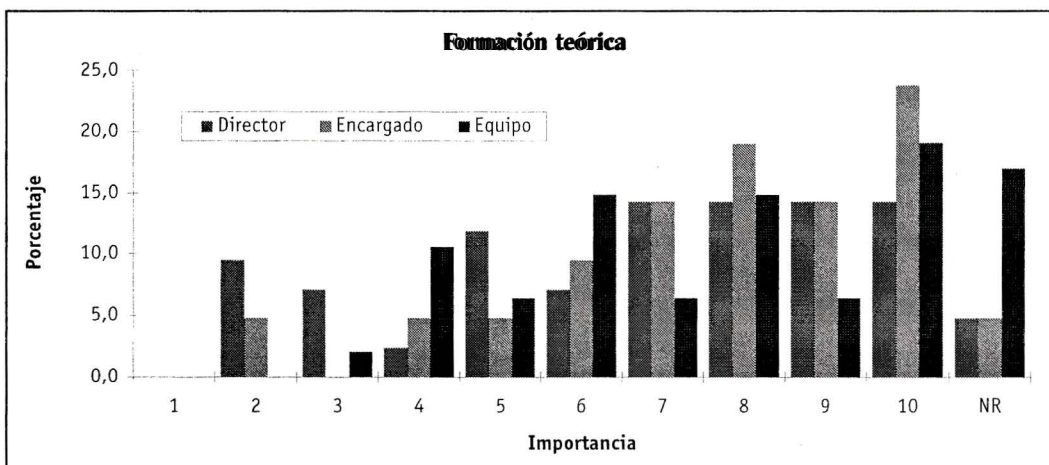
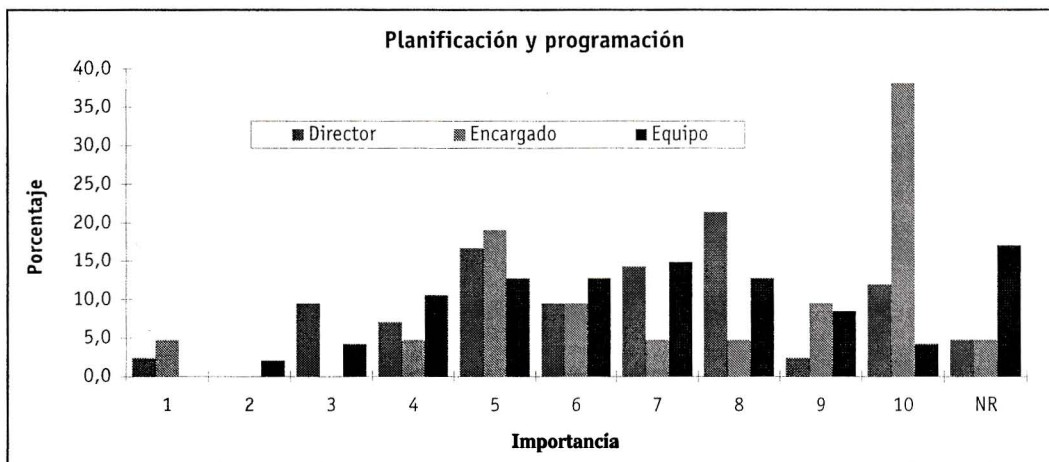
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENCARGADO PROGRAMA		
Según situación	16	76,2
Métodos sistemáticos	3	14,3
N.R.	2	9,5
EQUIPO PSICOSOCIAL		
Según situación	32	68,1
Métodos sistemáticos	9	19,1
N.R.	6	12,8

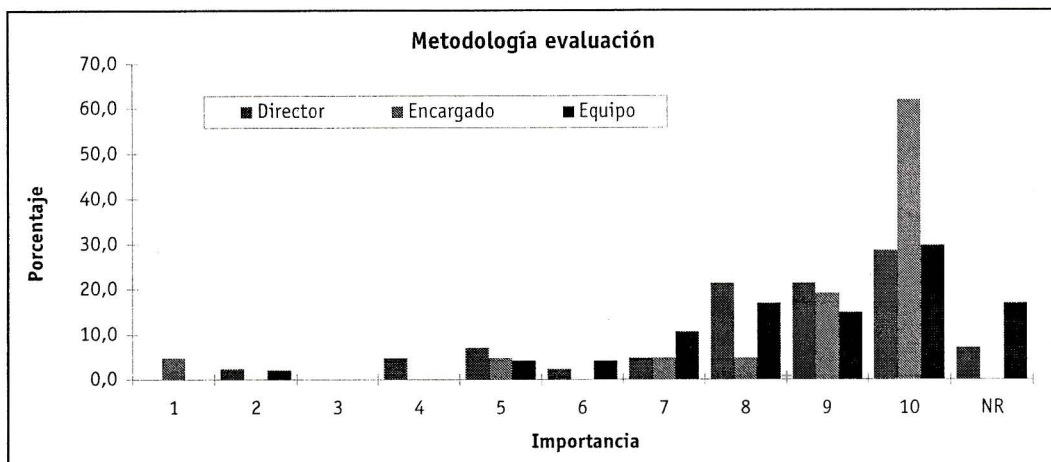
Respecto de las metodologías de evaluación, en general se reconoce interna y externamente a los equipos la carencia de orientaciones y habilidades necesarias.

Consultados sobre los procedimientos de evaluación utilizados, como indica la siguiente tabla, un 51,0% los equipos consideran que los procedimientos son asistemáticos, por el contrario entre los encargados consideran que son sistemáticos en un 61,9%

	ENCARGADO	EQUIPO
Sistemática	61,9	40,4
Asistemática	14,3	51,0
No responde	12,8	8,5
Total	100	100

Al consultar específicamente a los informantes sobre las necesidades de Apoyo técnico y Formación que ellos perciben para proyectar el programa, responden, en una escala de 1 (menor) a 10 (mayor), como se indica en los siguientes gráficos.





Todos ellos dan homogéneamente gran importancia a sus necesidades de recibir asesoría en aspectos técnicos señalados.

Sin duda que los aspectos más deficitarios del ámbito técnico - programático apuntan a carencias en las estrategias metodológicas y en los aspectos teóricos - conceptuales.

IV. CONCLUSIONES

Como se ha presentado, la institución de un programa orientado a la incorporación de componentes psicosociales en las acciones de salud de nivel primario han debido enfrentar importantes obstáculos y limitaciones, y aunque es difícil establecer la magnitud de su instalación y de sus efectos, son también evidente los avances en cuanto inserción y en cuanto modificación de las formas tradicionales de acción, con relevantes proyecciones en el desarrollo de acciones de salud integrales y eficaces.

Sin embargo notoriamente aparecen importante déficit tanto disponibilidad conceptual - técnica

y política de las autoridades y directivos, para valorar e insertar los cambios de estrategia y los equipos del Programa. La instalación de un programa de innovación como este, requiere de la concertación real y concreta de voluntades institucionales, dispuestas y construidas previamente tanto en los aspectos administrativos, como en infraestructura y en marcos técnicos y conceptuales. La evaluación muestra que la inserción y potenciación de los Equipos -al margen de sus propias limitaciones- dependió significativamente de la existencia de esta disposición.

Aparecen también déficit de los equipos profesionales del Programa en la capacidad y formación para la inserción en las dinámicas institucionales y culturales de los sistemas de salud, como también en el manejo de técnicas y recursos teóricos para la implementación de acciones. Evidentemente cualquier acción de incorporación de componentes psicológicos y psicosociales debe partir por resolver las carencias formativas y técnicas aquí señaladas.

SUBJETIVIDAD Y RIESGOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD¹

Germán Morales F.²

Desde hace algún tiempo, en diversos ámbitos de trabajo ligados a los problemas sociales y a la salud pública, la preocupación por los equipos multidisciplinarios ha cobrado un lugar de relevancia. Esta preocupación ha estado relacionado tanto con la "eficacia" de las intervenciones realizadas como respecto del "desgaste" producto de este tipo de trabajo.

Se han comenzado a usar términos como "impacto emocional", "estrés", "burnout" y "riesgos de equipo", buscando describir e interpretar aquello que ocurre a los interventores en la relación con los usuarios de los programas que llevan a cabo. Por lo mismo, se destacado y hasta reivindicado, por parte de equipos diversos, la necesidad de "contención", "autocuidado", "enquadre de trabajo", "supervisión", etc.

Esto se ha hecho más visible cuando los equipos trabajan en temáticas como la violencia (Lira, 1992), pero progresivamente, y de un modo más global, con todas las temáticas del área de la salud.

En realidad esto ha dado como resultado que "se ha ido legitimando la idea no sólo de que los equipos se impactan emocionalmente, sino que ello influye directamente en el trabajo clínico y/o psicosocial que desarrollan y en dificultades organizacionales asociadas al tema" (Morales, 1996).

Buscando conceptos que permitan describir e interpretar este impacto y las dificultades aso-

ciadas al mismo, sería necesario acudir a dos ejes conceptuales: La subjetividad grupal de un equipo, y los riesgos de equipo, asociados a la tarea.

Si pensamos la subjetividad grupal, desde la perspectiva psicoanalítica e incorporando elementos de la teoría sistémica, se hace imprescindible señalar el lugar en el cual surge dicha subjetividad, y teóricamente se plantea que la tarea es el eje constituyente de la subjetividad grupal (Bleger, 1985).

Si entendemos al grupo como un suprasujeto o un sistema, y no como la sumatoria de individualidades, nos es posible hablar del grupo como una entidad, que se vincula y produce significados como tal. Y podemos dar cuenta de la existencia de una "Mentalidad grupal" (Bion, 1963), en tanto exista un grupo. Para la existencia subjetiva de un grupo se requiere, que en algún nivel, la opinión, la voluntad o deseos de los miembros de ese grupo, se supediten y al mismo tiempo conflictúen con la tarea que desempeñan,

1 Ponencia de la Mesa Redonda: "Los equipos multidisciplinarios en salud", de la Primera Jornada de Psicología de la Salud, organizada por el Colegio de Psicólogos de Chile, y la Unidad de Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Auditorium Central, Hospital Dr. Félix Bulnes C.

2 Psicólogo, Universidad Católica. Profesor, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

entendiendo por tarea, aquello que ha congregado a los participantes (Grinberg et al, 1990). Sin embargo, es imprescindible indicar que la naturaleza de la tarea es variable, pudiendo ir desde la amistad, a la ayuda o a un trabajo común.

Un aspecto central de lo grupal que hace posible la constitución de lo grupal es la tendencia de los grupos a establecer una no individuación.³ Así, se configura y se impone una suerte de matriz o estructura básica en todo grupo, y ésta permanece en la medida que existe el grupo. Y dado que la tarea constituye al grupo, es "coherente pensar que, las ansiedades básicas de un grupo tendrán a ésta como contenido central, pudiendo desarrollar defensas, que pueden expresarse en la negación de las ansiedades o en la ampliación de las mismas" (Morales, 1996).

Estas ansiedades surgen desde la vivencia de la amenaza, en el sentido de que un grupo sienta amenazada la tarea por otros; o desde la sensación de dispersión, cuando un grupo percibe signos de disolución.

Lo relevante, es que, si estas ansiedades son negadas o no emergen en un espacio que permita contenerlas, comienzan a dificultar el desarrollo de la tarea, por la amenaza que significan a lo grupal. En función de esto, es que, en los equipos, pueda reproducirse aquello que se aborda como tarea. Traduciéndolo bien concretamente, sería algo así como "En casa de Herrero Cuchillo de palo". No sería extraño encontrar dificultades de comunicación en una empresa del multicarrier, o dificultades en el ejercicio de la autoridad en un centro de violencia intrafamiliar.

Como los equipos multidisciplinarios de salud son un grupo de trabajo, la identidad del grupo

está marcada por esa tarea. Ese es el núcleo sobre el cual se articula el vínculo que da pie a una identidad, que es, en este caso la salud.

En función de esto, el equipo, podría tender reproducir dinámicas que atentan contra el desarrollo de dicha tarea, en tanto como grupo desarrollarían defensas frente a la ansiedad, que genera el tema de la salud y el mandato adicional que es lo multidisciplinario en salud.

Podríamos decir entonces, que los equipos multidisciplinarios de salud, como entidad, como subjetividad son un grupo de riesgo. Lo son, o podríamos concebirlos de ese modo, ya que constantemente están desarrollando vínculos con personas y grupos deficitarios en salud, que evidentemente generan ansiedades en ellos. Ya sea esto se exprese, como creo que puede hacerse patente en la vivencia de muchos acá, en la sobreinvolucración o la distancia extrema en la relación con los usuarios.

Por lo mismo, tiene sentido definir Riesgos de equipo, como: "aquellos elementos de la dinámica grupal que ponen en riesgo al equipo en el desarrollo de la tarea constituyente, que se expresan en ansiedades que emergen en el vínculo con los grupos de alto riesgo hacia los cuales se dirige la intervención" (Morales, 1996).

Sintetizando entonces, tendríamos que pensar que las dificultades de los equipos multidisciplinarios de salud, van a relacionarse con los riesgos de una tarea doble: propiciar la salud de los usuarios y constituir lo multidisciplinario. Ello -desde esta lógica- daría pie, a que el impacto emocional del trabajo, tenga como referencia directa, la temática de salud a la que se aboca el equipo, y ésta deba ser enfrentada desde distintas disciplinas.

Para mostrar como esta perspectiva puede ayudar a visualizar las dificultades en los equipos multidisciplinarios de salud, podemos mos-

3 Esto es lo que Bleger (1985), describe como "Sociabilidad Sincrética".



trar un ejemplo de una temática aparentemente alejadas del ámbito de la psicología y de la salud mental, como es el cáncer. No está demás decir, que el cáncer es un problema de salud severo, y que muchas veces se constituye como una enfermedad terminal. Al mismo tiempo, se ha investigado, que parte -al menos de la evolución de la enfermedad⁴- se ve influida por la subjetividad del paciente oncológico, básicamente en términos inmunitarios, y por lo tanto, en las defensas orgánicas.

Me ha tocado observar que los equipos de tratamiento oncológicos multidisciplinarios, y más específicamente de pabellones oncológicos con pacientes internados, tienden a desarrollar dos tipos de dificultades que están relacionadas entre sí. Me refiero a problemas ligados al duelo y a la fragmentación del trabajo.

Siendo el duelo, o mas bien el trabajo de duelo, es un proceso normal y necesario; éste puede perturbarse y facilitarse. En los equipos oncológicos en muchas oportunidades, no existe lugar para el impacto de la muerte, sobretudo cuando estos equipos trabajan con pacientes con mal pronóstico. Esto se traduce en síntomas depresivos, en un clima de melancolía, expresados como una forma de sobreinvolucración emocional desde la lectura institucional; o en distanciamiento, a veces acompañado de síntomas psicosomáticos, como una forma de negación aparente del impacto emocional. En ambas alternativas no hay posibilidad de contención ni elaboración de aquello que se moviliza cotidianamente con la muerte de algunos pacientes. Por lo mismo, yo sostendría que el riesgo de un equipo oncológico tendría que ver con su salud y con el impacto que vive el paciente y su entorno familiar, frente a lo cual el personal no puede substraerse, sólo puede vivirlo de distinto modo, el impacto siempre está. Por ello, la solución no pasa, por mejo-

rar la resistencia o distanciamiento sino darle un lugar al impacto emocional en la estructura del trabajo.

Sin embargo, ello sólo es posible si lo multidisciplinario se materializa en una subjetividad común,⁵ y no es posible si se hace fragmentariamente.

Cuando digo fragmentariamente, me refiero a que en muchas oportunidades el equipo multidisciplinario funciona como una suma de parcialidades o de fragmentos. Por así decirlo, cada uno tiene distintos pacientes, unos un paciente oncológico con evolución reservada, otros un paciente oncológico deprimido, otros un paciente oncológico rabioso. Se trata del mismo o de los mismos sujetos, sólo que cada profesional y técnico trabaja con un fragmento.

Esto, en todo caso, no es un problema de mala voluntad, negligencia, es simplemente, una respuesta lógica mirada desde la perspectiva que propongo, y que por cierto, deja en el aislamiento y la resolución individual del impacto emocional del cáncer terminal a un equipo. Señalo esto, aunque actualmente existen tratamientos de alta efectividad y formas de cáncer menos agresivas con muy buen pronóstico, pero la carga simbólica del cáncer sigue estando presente.

Con todo esto reafirmo la necesidad de mirar, aunque parezca un slogan a la salud de un modo integral, y que incorpore la salud de los equipos de salud. Así, cobra gran relevancia entender a los equipos, sus dificultades y recur-

4 Se señala al menos la evolución, ya que existen planteamientos diversos que ligan la etiología oncológica al ámbito de lo psíquico y psicosomático, desde teoría del stress o desde la teoría Reichiana por nombrar algunas.

5 La construcción de un ECROG (esquema, conceptual, referencial, operativo, grupal) común según Pichon-Rivière (1985).

sos, su subjetividad y los riesgos de la misma, dentro de la psicología de salud, ya que la acciones de salud se construyen sobre vínculos entre el personal y los usuarios, y sólo desde allí

podemos tener una comprensión integral de la compleja tarea de la salud, sólo desde una psicología de sujetos en contextos (Becker, Morales y Aguilar, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- Becker, D.; Morales, G.; y Aguilar, M.I.(1994): Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos: Formas de acción grupal. Ediciones CESOC, Santiago.
- Bleger, J. (1985): Temas de psicología (Entrevistas y grupos). Nueva visión, Buenos Aires.
- Bion, W.R. (1963): Experiencias en grupos. Paidós, Barcelona.
- Grinberg, L.; Sor, D.; y Tabak, E. (1990): Nueva introducción a las ideas de Bion. Tecnopublicaciones, Madrid.
- Käes, R. (1993): El grupo y el sujeto del grupo. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Lira, E. (1992): Impacto de sufrimiento en el terapeuta. Revista de Psicología de El Salvador, N° 45, Julio/Septiembre, pág. 211 - 230.
- Morales, G. (1996): El equipo de intervención psicosocial como un grupo de alto riesgo. Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social, 6 (22), 1996.
- Morales, G. (1996): Estigma, duelo y dinámicas de equipo. Ponencia del Panel Consideraciones teórico/metodológicas del Seminario acerca del SIDA/VIH, organizado por la Corporación Chilena de prevención del SIDA y la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales.
- Morales, G. y Lira, E. (1996): Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia. En Lira, E. y Piper, I.; Reparación, derechos humanos y salud mental, Ed. CESOC, Santiago.
- Pichon-Rivière, E. (1985): Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva visión, Buenos Aires.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los trabajos deben ser inéditos y se enviarán al Director de la revista, en disquette (Clarís Works 3.0 para Macintosh) e impreso en triplicado. No deben exceder las 25 páginas, tamaño carta, doble espacio, con márgenes derecho e izquierdo no inferiores a 3 cms.

Los consultores de la revista recibirán las copias de los trabajos sin en el nombre del autor, razón por la cual, se solicita enviar en hoja aparte el título del trabajo, el nombre de el o de los autores con un asterisco para indicar al pie de la página la dirección de aquél a quien ha de dirigirse la correspondencia y la afiliación institucional.

Al comienzo del trabajo se entregará un resumen en castellano de no más de 150 palabras y su correspondiente traducción en inglés. Este resumen debe ser informativo, claro y conciso. Debe especificar el propósito, método y principales conclusiones. Debe constituir un todo completo y coherente para el lector que no ha leído el artículo.

Gráficos y tablas se presentarán en hojas aparte, debidamente numeradas según su orden de presentación en el texto. Cada uno debe tener un título breve que indique claramente su contenido.

Respecto a citaciones se distinguen las siguientes situaciones generales:

I. Citaciones en el texto:

- Cuando es un autor: Pérez (1996) comparó... En un reciente estudio acerca del clima social (González, 1996). Si Ud. vuelve a citar en el mismo párrafo al mismo autor, omita el año; González también encontró que etc.

- Cuando son varios autores:
Si dos autores: cítelos otra vez.

Si 3 o hasta 5 autores. La primera vez cite a todos: Rojas, Álvarez, Ramírez, Suárez, (1994) y posteriormente sólo el primero siguiendo de "et al", seguido por el año entre paréntesis: Rojas, "et al" (1994) también afirma etc.

Si son 6 o más autores, cite sólo el primero seguido por "et al" y el año. En la Bibliografía final debe reportarlos a todos.

Si los autores son Instituciones o Grupos: ejemplo, el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, en una primera citación se indicará Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, MINVU (1991) y en las citas siguientes será MINVU, 1991.

II. Citaciones al final:

Al final del trabajo se incluirá un listado ordenado alfabéticamente siguiendo normas internacionales (APA), alguna de las cuales se ejemplifican a continuación para revista, libro y capítulo de libro editado por otro autor.

Bandura, A. (1971) Psychotherapy Based Upon Modeling Principales. En: Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Erikson, E. (1963) Ética y Psicoanálisis, Buenos Aires: Ed. Piados.

Ségure, J.T., Solar, M y Brikmann, H (1990). Incidencia en el rendimiento escolar de las estrategias de aprendizaje y características de personalidad. Revista Chilena de Psicología, 11 (1), 17-20.

No se devolverán los originales ni se considerarán los artículos que no cumplan con las normas precedentes. La aceptación de un trabajo queda supeditada a la revisión efectuada por dos consultores especialistas en el tema. El Comité Editorial de la Revista, se reserva el derecho de introducir modificaciones formales necesarias para adaptar el texto a las normas de la publicación.

Los trabajos deben enviarse a: Director de la Revista Chilena de Psicología, Colegio de Psicólogos de Chile,
Av. Bustamante 250; Dpto. H, Fonos/Fax: 6353269 - 6353464. Santiago - Chile.

Suscripción anual (2 números)

Chile	\$10.000.-
Extranjero	US \$ 25 Correo Aéreo Extranjero
	US \$ 35 Correo Aéreo Certificado.

Está permitida la reproducción de los artículos, citando debidamente la fuente. Los artículos publicados en esta revista expresan los puntos de vista de sus autores y no necesariamente representan la posición del Colegio de Psicólogos de Chile.

Volumen 17, Nº 2.- 1996

DOCUMENTOS DEL CONGRESO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD
La Habana - Cuba

CALIDAD DE VIDA Y SALUD: PROBLEMAS ACTUALES EN SU INVESTIGACIÓN

Jorge A. Grau Abalo

**ESTRÉS Y DEBUT DE ENFERMEDAD. ESTUDIO EN ADOLESCENTES
DE CHERNOBIL, PORTADORES DE VITILIGO**

Lic. Alexis Lorenzo Ruiz, Dra. Lissette García Bajos, Dr. Abel Pérez Hernández,
Dra. Alma Reyes Véliz, Lic. Xiomara Saens Hernández

INFORMACIÓN ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

Dr. C. Bernardo Fernández Hernández

PICTOTERAPIA INFANTIL: UNA EXPERIENCIA CON NIÑOS EN UN CIRCULO INFANTIL

Lic. Marlen Naranjo del Valle, Dr. C. Bernardo Fernández Hernández

**TRAS UNA DISCUSIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES COMO
BARRERAS Y/O VEHÍCULOS PARA LA NEGOCIACIÓN DEL SEXO MÁS SEGURO**

Wanda I. Pacheco Bou, Yarira Feliciano Torres, Irma Serrano-García

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL NIÑO ASMÁTICO SEVERO:
DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN**

Lic. Alexis Lorenzo Ruiz, Lic. Angelina Fumero Madan, Dra. María de los Ángeles Vizcaíno

**LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD RASGO - ESTADO EN NIÑOS ASMÁTICOS SEVEROS
EN CORRELACIÓN CON SU MADRE Y EDUCADORA**

Lic. Angelina Fumero Madan, Lic. Alexis Lorenzo Ruiz, Dra. María de los Angeles Vizcaíno

Volumen 18, Nº 1 - 1997

ARTÍCULOS PRESENTADOS EN LAS JORNADAS DE LA SALUD
Santiago - Chile

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ANTECEDENTES PRÓXIMOS

Jorge Luzoro

ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Alejandro Villela, Ana María Arón, Consuelo Undurraga, Mariana Bravo,
Cristina Muñoz, María Paz Tagle

**LÍMITES Y POSIBILIDADES PARA LA INCORPORACIÓN DE COMPONENTES
PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN DE SALUD: OBSERVACIONES SURGIDAS
DE LA EVALUACIÓN DEL "PROGRAMA DE REFORZAMIENTO PSICOSOCIAL
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA"**

Jaime Alfaro, Sara Godoy, Domingo Asún

SUBJETIVIDAD Y RIESGOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Germán Morales F.