

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

Volumen 20 Nº 2 - Año 1999
Volumen 21 Nº 1 - Año 2000
Colegio de Psicólogos de Chile
ISSN 0716 - 3630



**COLEGIO
DE PSICÓLOGOS
DE CHILE**

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE A.G.

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

ISSN 0716 - 3630

Fundador

Ps. Alex Kalawski Boza

Comité Editorial

Director de la Revista: Prof. Dr. Emilio Moyano Díaz.
Comité Editorial: Prof. Dr. Alejandro Díaz (U. de Concepción)
Prof. Dr. Sergio Espinoza (U. de Santiago de Chile)
Prof. Dr. Emilio Moyano Díaz (U. de Santiago de Chile)
Prof. Dra. María Victoria Pérez (U. de Concepción)
Prof. Mag. José Luis Saiz (U. de La Frontera)
Prof. Mag. María Eugenia Vinet (U. de La Frontera)

Consultores para este volumen

Mag. Ps. Eugenia Vinet R.; Ps. Hellmut Brinkmann S.; Claudio Pizarro H. (Ph.D.)
Ps. Ramón Castillo G.; Mag. Ps. José Luis Saiz; Ps. Irene Magaña;
Dr. Ps. Pablo Vera V.; Dra. María Victoria Pérez V.; Dr. Ps. Emilio Moyano D.

Secretaria de Redacción: Lic. Nadia Ramos Alvarado
Secretaria de la Revista: Claudia Santibáñez Herrera

Representante Legal: Ps. Carlos Urrutia Schwartz E-mail: curruti@tnet.cl
Editor: Dr. Emilio Moyano Díaz E-mail: emoyano@lauca.usach.cl

Directorio del Colegio de Psicólogos de Chile

Presidente: Ps. Carlos Urrutia Sch.
Vicepresidente: Ps. Margarita Loubat O.
Tesorera: Ps. Sonia Salas B.
Secretaria General: Ps. Patricia Condemarín B.
Directoras: Ps. Isabel Corbera M.
Ps. M. Cecilia Jiménez C.
Ps. Adriana Massardo B.
Ps. Alicia Sepúlveda T.
Dirección: Av. Gral. Bustamante 250, Dpto. H Piso 3 - Providencia - Santiago
Fono Fax: (56 2) 635 32 69 - 635 34 64
E-mail: colpsico@terra.cl
Website: <http://www.colegiopsicologos.cl>

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA



**COLEGIO
DE PSICÓLOGOS
DE CHILE**

Volumen 20 N° 2 - Año 1999
ISSN 0716 - 3630

ESTUDIO NORMATIVO DEL RORSCHACH, BASADO EN EL SISTEMA COMPREHENSIVO, DE UNA MUESTRA DE VIÑA DEL MAR - VALPARAÍSO, Y SU COMPARACIÓN CON NORMAS ESTADOUNIDENSES Y NACIONALES

Nelson Cavour
Luis S. González¹

RESUMEN

Se establecen datos normativos del Test de Rorschach, para las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso. Se elaboró una tabla normativa con 112 indicadores y una tabla de frecuencias y porcentajes de variables estructurales. En una segunda etapa, se contrastaron las normas norteamericanas establecidas por Exner con las normas obtenidas en esta investigación en 63 indicadores; 51 indicadores presentaron diferencias estadísticas significativas. De este modo, se concluyó que las normas estadounidenses no son aplicables a nuestra cultura en 51 indicadores. Posteriormente, se contrastaron las normas elaboradas por esta investigación y las establecidas por Eugenia Vinet. De 63 indicadores, 22 muestran diferencias estadísticas significativas. Se concluye que el contexto cultural influye en la mayoría de los indicadores estudiados. Finalmente, se efectuaron comparaciones entre subgrupos dentro de la muestra VM-V.

Palabras clave: Test de Rorschach, Datos normativos, Viña del Mar y Valparaíso (Chile).

ABSTRACT

Normative data for Rorschach Test, for Viña del Mar and Valparaíso cities were established. A normative table with 112 indicators and a table of frequencies and percentages of structural variables were elaborated. On a second stage, the USA norms established by Exner were contrasted with the norms obtained in the present research in 63 indicators. Fifty one indicators showed significant statistical differences. Thus, it was concluded that USA norms are not applicable to our culture in 51 indicators. Afterwards, the norms set in the present research were contrasted with those established by Eugenia Vinet. Twenty Two indicators out of 63, showed significant statistical differences. It is concluded that cultural context influence most of the studied indicators. Finally, comparisons were made between subgroups within the VM-V sample.

Key words: Rorschach Test, Normative data, Viña del Mar and Valparaíso (Chile).

INTRODUCCIÓN

En junio de 1921 Herman Rorschach publicaba su manuscrito, que incluía las diez láminas definitivas con que cuenta el Test de Rorschach hasta nuestros días. Al año siguiente, Rorschach muere sin siquiera sospechar la trascendencia que tendría en lo sucesivo su trabajo. Posteriormente, las investigaciones del Test fueron retomadas por una serie de autores que intentaron sistematizar el material dejado por Rorschach. Algunos de los más importantes fueron Beck, Klopfer, Piotrowski, Rapaport, Bohm, Alcock, entre otros, cada uno de los cuales creó su propio sistema metodológico para abordar el Test. Si bien, todos los sistemas partían de una base común propuesta por Rorschach, cada uno proponía un lenguaje y procedimiento particular de administración, codificación e interpretación, existiendo tanto diferencias como similitudes entre ellos.

Herman Rorschach había intentado entregarle al Test una base sistematizada y empírica. Luego de su muerte, quienes continuaron utilizando el Test, dejaron de lado la aproximación empírica y la recolección sistematizada de datos. Aún cuando Rorschach postulaba que el análisis de los contenidos por sí solos

¹ Universidad Católica de Valparaíso

entregaba muy pocos datos sobre la persona, esto no desincentivó a muchos clínicos a aplicar el Test centrándose netamente en los contenidos, dada la creciente popularidad de la teoría Freudiana. La falta de sistematización en que se mantuvo el Test por muchos años, llevó a que su valoración estuviese basada principalmente en la experiencia en el uso del Test por parte del examinador. Esto, por una parte, potenciaba la producción de interpretaciones arbitrarias y, por otra, generaba confusión en aquellos que se iniciaban en el Test.

A finales de la década de los '60, aparece el estadounidense J. E. Exner, quien busca establecer una base unificada para el Rorschach. Para ello integró los aspectos más significativos y válidos de los sistemas norteamericanos creados por Rapaport y Schafer, Beck, Hertz, Klopfer, y Piotrowski. Sus estudios le entregan al Test una mayor sistematización y base empírica. De su trabajo nace el llamado Sistema Comprensivo, publicándose su libro en 1974 (Exner, 1993).

El estudio de Exner contó con una base de 700 protocolos de no pacientes, seleccionados de distintas áreas geográficas de EE.UU. Con esta base conformó la tabla normativa para adultos no pacientes. Sus investigaciones constituyeron un gran paso adelante en el estudio del Test. Por una parte, se encargó de unificar criterios, permitiendo así una compatibilidad en el marco teórico de diferentes investigaciones y, por otra, le dio un soporte empírico a las conclusiones que se pueden extraer del Test, alejándose definitivamente de interpretaciones arbitrarias.

Pronto, el Sistema Comprensivo amplió sus fronteras, difundiéndose a nivel mundial. Rorschachistas de diversos países comenzaron a utilizar el Sistema en su práctica profesional. Sin embargo, no tardó en surgir la interrogante acerca de la validez de las normas de Exner en otros contextos culturales, es decir, si sus tablas normativas podrían ser aplicadas en otros países. Si bien los criterios de codificación y de cómputo establecidos por el Sistema Comprensivo están predeterminados y son universales, al momento de establecer hipótesis interpretativas o diagnósticas, es necesario recurrir a tablas normativas. El hecho de no poseer normas locales, puede llevar a asumir graves riesgos al momento de establecer un diagnóstico, tales como falsos positivos o falsos negativos. Debido a esto, investigadores de distintos países emprendieron la tarea de determinar si las normas estadounidenses calzaban con sus realidades culturales particulares.

En esta tarea Latinoamérica no se quedó atrás. En países como Venezuela, Argentina, Perú, Chile, entre otros, se realizaron investigaciones similares a las efectuadas por Exner, las cuales arrojaron como resultado, diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables que componen la tabla

normativa de Exner. Lo anterior puso de manifiesto el riesgo de comparar sujetos de otras culturas en base a las normas de Exner.

En el X Congreso Latinoamericano de Psicodiagnóstico de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas, celebrado en Santiago de Chile, en el mes de septiembre de 1998, se destaca la necesidad de que los países latinoamericanos elaboren normas ajustadas a su realidad. Quedó de manifiesto, en diferentes investigaciones presentadas, la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las normas de J. E. Exner y estudios realizados en diversos países de Latinoamérica.

En Chile, Vinet, Saiz y San Martín publican en diciembre de 1995, un estudio normativo que incluyó protocolos de 102 adultos chilenos no indígenas, no pacientes, residentes en regiones del norte, centro y sur del país. En dicho estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el 85,7% de los 63 indicadores contrastados con los datos normativos de Exner. Vinet et al. concluyen, entre otras cosas, que "los resultados muestran claramente que la cultura afecta las respuestas al Ro; específicamente, las respuestas dadas por sujetos chilenos difieren de las dadas por sujetos estadounidenses. Es posible concluir entonces que la población normativa de Estados Unidos, compuesta por adultos no pacientes, no es equivalente a la población de adultos normales de Chile. Esta conclusión respalda definitivamente la necesidad de generar baremos específicos para la población chilena".

En este contexto, dada la ausencia de normas específicas para nuestra zona, efectuamos un estudio normativo del Test de Rorschach en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso, basado en el Sistema Comprensivo. Nuestro objetivo básico fue establecer normas locales y posteriormente, compararlas con los estudios de J. E. Exner y E. Vinet et al. Con ello, intentamos responder a dos preguntas: ¿Son aplicables las normas de J. E. Exner a la cultura chilena? y, ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las normas obtenidas por E. Vinet et al. y las establecidas por la presente investigación?.

MÉTODO

Sujetos

La población estuvo compuesta por sujetos chilenos, de entre 18 y 65 años de edad, residentes en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso, con una escolaridad mínima de 8º básico. De dicha población se extrajo una muestra de 214 sujetos, seleccionados de acuerdo a un muestreo de tipo estratificado, no proporcional. La estratificación consideró las siguientes variables: sexo y ocupación. De la muestra total, se

eliminaron los protocolos con menos de 14 respuestas y aquellos que contenían fracasos, dado que en ambos casos, bajo el Sistema Comprehensivo, son considerados inválidos. De los 214 protocolos, hubo 13 con menos de 14 respuestas y 1 con fracaso. Se obtuvo finalmente una muestra productora de datos de 200 sujetos. La tabla 3 muestra la composición de la muestra de acuerdo a las cuatro variables antes mencionadas.

Diseño

En una primera etapa se elaboró una tabla normativa para las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso, con los estadísticos descriptivos de 112 indicadores del Sistema Comprehensivo. Se diseñó además, una tabla de frecuencias y porcentajes para 33 variables estructurales. En una segunda etapa, se contrastaron las normas de Viña del Mar-Valparaíso (VM-V) con las normas norteamericanas establecidas por Exner, en 63 indicadores, excluyendo aquellos que poseían desviaciones estándar poco confiables y/o engañosas debido a su condición no paramétrica. Posteriormente, se contrastaron las normas de VM-V con las establecidas por Eugenia Vinet, et al., en 1995, para la población chilena. El estadístico de contraste utilizado en ambas comparaciones fue la diferencia de medias a través de la prueba *t* de Student, con un nivel de significación de 0,01 en una hipótesis bilateral. Finalmente, se procedió a establecer diversas comparaciones, al interior de la muestra de VM-V, entre grupos conformados en base a las distintas variables demográficas consideradas en el estudio (edad, sexo, escolaridad y ocupación).

Instrumento

Se empleó la batería del Psicodiagnóstico de Rorschach.

Procedimiento

Una vez contactado el sujeto, se le administraba el Test sólo si cumplía con el requisito de no estar bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico y no poseer algún tipo de alteración o enfermedad mental. Esto se determinaba a través de una entrevista inestructurada. Se solicitó a cada sujeto los siguientes datos socio-demográficos: edad, escolaridad, sexo, estado civil y ocupación. La administración se llevó a cabo en base a lo propuesto por el Sistema Comprehensivo. La consigna utilizada fue *¿Qué podría ser esto?*. Administrador y sujeto se ubicaron formando un ángulo de 90°, manteniéndose esta disposición en todos los casos. Inmediatamente después de concluida la prueba, se le entregaba a cada sujeto, si así lo solicitaba, una devolución verbal, considerando las variables centrales del Test y las más llamativas del protocolo en cuestión.

RESULTADOS

La codificación de los protocolos se llevó a cabo paralelamente a la fase de recolección de la información. Las fases de administración, codificación y cómputo estuvieron en manos de dos investigadores capacitados en el Sistema Comprehensivo, cada uno de los cuales administró, codificó y computó la mitad de la muestra. Aquellas respuestas que por su singularidad podían llegar a crear discrepancias al aplicar los criterios de codificación, se analizaron en conjunto por tres codificadores. Para el cómputo de los protocolos se utilizó una planilla electrónica especialmente diseñada para la investigación. Los resultados del cómputo eran ingresados en una segunda planilla electrónica, la cual calculaba los siguientes estadísticos descriptivos para cada uno de los 112 indicadores: Media, Desviación estándar, Mínimo, Máximo, Frecuencia, Mediana, Moda, Asimetría y Kurtosis. Dicha planilla electrónica calculaba además las frecuencias y porcentajes de 33 variables estructurales. Los datos normativos se encuentran expresados en la tabla 4 y las variables estructurales en la tabla 5. Una vez elaborada la tabla normativa se procedió a contrastarla con los estudios de Exner y de Vinet et. al.. Dichas comparaciones se detallan en la tabla 6 de comparaciones t.

Como se aprecia en la tabla 6, en la comparación entre los datos de VM-V y los de Exner, de las 63 pruebas *t*, el 80.95% (51 indicadores) obtuvo diferencias significativas, empleando un alfa de 0.01. En cambio, al contrastar los datos de VM-V con los obtenidos por Vinet et al. en los mismos 63 indicadores, 36.5% (23 indicadores) muestran diferencias significativas, con un alfa de 0.01.

Del análisis al interior de la muestra se pudo determinar que las medias de las variables Lambda, M, DM/R, DQ+ y Zd presentaban variaciones entre grupos de sujetos con distintos niveles educacionales, los resultados se pueden apreciar en la tabla 1. Los promedios de los indicadores de la mediación cognitiva: X+%, F+%, Xu%, X-% y S-% no mostraron ser claramente dependientes del nivel educacional de los sujetos. No obstante, el indicador S-% mostró una tendencia al alza mientras más alto era el nivel educacional del sujeto. Los promedios del indicador S-% según la escolaridad fueron: superior completa 0.21, superior incompleta 0.19, media completa 0.15, media incompleta 0.13 y básica completa 0.12; según ocupación: profesionales 0.25, estudiantes universitarios 0.20, estudiantes técnicos 0.19, no profesionales con oficio 0.12, no profesionales sin oficio 0.17.

Otra variable que muestra una tendencia al alza es la respuesta de reflejo. El promedio de esta variable, según el subgrupo al cual corresponde, tiende a aumentar a medida que incrementa el nivel educacional de los sujetos. Los promedios encontrados según escolaridad fueron: superior completa 0.33, superior

incompleta 0.49, media completa 0.07, media incompleta 0.12 y básica completa 0.00; según ocupación: profesionales 0.35, estudiantes universitarios 0.61, estudiantes técnicos 0.00, no profesionales con oficio 0.09, no profesionales sin oficio 0.07. Según grupos de edad la media de esta variable se distribuyó de la siguiente forma: 18 a 25 años 0.41, 26 a 30 años 0.53, 31 a 35 años 0.14, 36 a 40 años 0.00, 41 a 50 años 0.12, 51 a 65 años 0.00.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En base a los resultados, queda de manifiesto la inaplicabilidad de las normas establecidas por Exner dentro de nuestra realidad local, dado el alto porcentaje de diferencias significativas existentes entre las normas de nuestro estudio y el estadounidense. Si atendemos a las variables Lambda, M, DM/R, DQ+ y puntaje D, por citar algunas, las medias de Exner son significativamente diferentes a las de nuestro estudio. Si interpretásemos un protocolo de un sujeto normal de Viña del Mar o Valparaíso basándonos en los baremos estadounidenses, probablemente reflejaría una persona que simplifica su realidad, con pocos recursos intelectuales y que se ve continuamente sobrepasada por un medio percibido como amenazante. Sin embargo, si analizamos cualitativamente el des-envolvimiento del sujeto en su medio, nos damos cuenta que su adaptación es normal, lo cual se ve confirmado si lo comparamos en base a las normas locales. En este sentido, podemos concluir que las normas de Exner no pueden ser usadas como parámetros de normalidad al momento de evaluar sujetos chilenos.

Considerando lo anterior, es muy probable que los índices especiales del Sistema Compreensivo (Constelación Suicida, Índice de Esquizofrenia, Índice de Depresión, Índice de Uso Inadecuado de Recursos, Índice de Hipervigilancia e, Índice de Estilo Obsesivo) no sean aplicables en Chile, dado que para su conformación se utilizaron criterios estadísticos. Fue así como Exner, basándose en comparaciones entre distintos grupos de pacientes y de no pacientes estadounidenses, determinó las variables criterio y el puntaje de corte para cada indicador. Como ya se expresó en el párrafo anterior, el grupo de no pacientes estadounidenses es distinto al de nuestro país, lo cual nos hace pensar que es probable que el grupo de pacientes también lo sea. En este sentido, se hace necesario replicar con grupos chilenos el estudio que dio origen a los índices especiales del SC, con el fin de estandarizar o bien crear nuevos criterios para cada constelación psicopatológica. De cualquier modo, si bien cada índice nos entrega una agrupación de variables que eventualmente pueden ser sensibles a cada cuadro clínico, no conocemos su capacidad de descri-

minación con respecto a los pacientes chilenos, por lo cual su uso debe ser cuidadoso.

Al comparar el presente estudio con el de Vinet et al., el porcentaje de diferencias significativas es menor al observado con Exner. No obstante, si bien el número de diferencias en términos cuantitativos podría aún ser apreciable, 13 de las 23 comparaciones paramétricas en donde se encontraron diferencias, serían poco confiables, dado que posiblemente las variables no se distribuyen de forma normal dentro de la población. Generalmente este tipo de variables son aquellas que se presentan con muy baja frecuencia en los protocolos, como por ejemplo, las variables de contenido. Considerando lo anterior, podemos asumir que nuestro estudio respalda en gran medida los resultados obtenidos por Vinet et al. De esta forma, considerando tanto las diferencias como las semejanzas entre ambos estudios, se concluye que los sujetos de ambas muestras poseen cierto contexto cultural común.

Si bien nuestros índices se acercaron más a los de Exner de lo que lo hicieron los de Vinet et al., nuestras diferencias fueron siempre mayores con Exner. Nuestro mayor acercamiento a los índices de Exner, puede entenderse si tomamos en cuenta el porcentaje de sujetos con 13 o más años de escolaridad que componen las muestras de las tres investigaciones. Vinet incluyó en su muestra un 15.94% de sujetos con algún grado de educación superior, mientras que VM-V y Exner incluyeron un porcentaje de 61.5% y 62% respectivamente. La similitud de porcentajes entre VM-V y Exner, nos permitió aislar la variable escolaridad de los factores que pueden afectar los indicadores del Rorschach y de este modo determinar si el amplio número de diferencias existentes entre las normas de Vinet et al. y de Exner se explicaba, en parte, por la disparidad en los porcentajes de escolaridad de ambas muestras (Vinet et al., 1995). Sin embargo, aun cuando nuestro porcentaje es marcadamente diferente al de Vinet et al. y muy similar al de Exner, nuestras normas son más cercanas a las de Vinet et al., lo cual nos permite concluir que la variable cultural tiene mucho mayor peso que la escolaridad en la mayoría de las variables del Rorschach.

Luego de efectuar una serie de análisis al interior de la muestra de VM-V, las variables Lambda, M, DM/R, DQ+ y Zd mostraron ser sensibles a la educación de los sujetos, en tanto escolaridad y ocupación. En la tabla 1 se aprecian las diferencias que sufren las medias de estas variables al dividir a los sujetos según su escolaridad y ocupación. Lambda tiende hacia valores menores mientras más alta es la escolaridad, en tanto que M, DM/R, DQ+ y Zd, tienden a elevarse en niveles educacionales mayores. En la tabla 2 se muestran las múltiples pruebas *t* realizadas entre los subgrupos. Si bien en la tabla 1 podemos apreciar que

Zd tiende a elevarse a mayor nivel educacional, en general, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Aun cuando en la tabla 2, el resto de las variables mostraron diferencias estadísticamente significativas entre algunos subgrupos, debemos ser cuidadosos al interpretar estos datos. Debemos considerar que al efectuar todas las comparaciones posibles por pares, aumenta la posibilidad de que en alguna de ellas resulte una diferencia confiable simplemente producto del azar. De cualquier modo, las variables

Lambda, M, DM/R, DQ+ y Zd pueden establecer un valioso indicador de las capacidades y/o recursos cognitivos con que cuenta el sujeto, no obstante, esta afirmación debe poseer mayor evidencia empírica de la que contamos en este estudio. Particularmente, se hace necesario una investigación cuyo objetivo primario sea explorar la influencia del nivel educacional de los sujetos sobre sus respuestas al Rorschach, para lo cual deberá contar con muestras más representativas de cada grupo.

Tabla N°1

Media para cada variable según ocupación y escolaridad

Ocupación:	n	Lambda	M	DM/R	DQ+	Zd
Profesionales (P)	52	0.69	3.25	0.17	7.10	1.22
Estudiante universitario (EU)	44	0.67	3.32	0.18	5.36	0.08
Estudiante técnico (ET)	6	0.90	2.67	0.11	3.83	-0.17
No profesional con oficio (NPC)	65	1.24	1.91	0.09	3.55	-1.07
No profesional sin oficio * (NPS)	29	1.23	2.21	0.11	3.55	0.26
Escolaridad:	n	Lambda	M	DM/R	DQ+	Zd
Superior completa (SC)	64	0.74	2.84	0.16	6.31	0.40
Superior incompleta (SI)	59	0.75	3.19	0.16	5.14	0.03
Media completa (MC)	42	1.29	2.40	0.12	3.60	-0.23
Media incompleta (MI)	25	1.28	1.48	0.08	3.60	-0.14
Básica completa (BC)	10	1.39	1.70	0.05	2.90	-0.90

* NPS: Cabe destacar que este estrato no necesariamente refleja un bajo nivel educacional.

Tabla N°2

Pruebas t para todas las comparaciones posibles por pares

OCUPACIÓN															
Lambda					M					DM/R					
	EU	ET	NPC	NPS		EU	ET	NPC	NPS		EU	ET	NPC	NPS	
P	✗	✗	✓	✓	P	✗	✗	✓	✓	P	✗	✗	✓	✓	
EU	-	✗	✓	✓	EU	-	✗	✓	✓	EU	-	✗	✓	✓	
ET	-	-	✗	✗	ET	-	-	✗	✗	ET	-	-	✗	✗	
NPC	-	-	-	✗	NPC	-	-	-	✗	NPC	-	-	-	✗	
DQ+					Zd										
	EU	ET	NPC	NPS		EU	ET	NPC	NPS		EU	ET	NPC	NPS	
P	✓	✗	✓	✓	P	✗	✗	✓	✗						
EU	-	✗	✓	✓	EU	-	✗	✗	✗						
ET	-	-	✗	✗	ET	-	-	✗	✗						
NPC	-	-	-	✗	NPC	-	-	-	✗						

ESCOLARIDAD

Lambda					M					DM/R				
	SI	MC	MI	BC		SI	MC	MI	BC		SI	MC	MI	BC
SC	×	✓	✓	✓	SC	×	×	✓	×	SC	×	×	✓	✓
SI	-	✓	✓	✓	SI	-	×	✓	✓	SI	-	×	✓	✓
MC	-	-	×	×	MC	-	-	✓	×	MC	-	-	×	✓
MI	-	-	-	×	MI	-	-	-	×	MI	-	-	-	×

DQ+ Zd														
	SI	MC	MI	BC		SI	MC	MI	BC		SI	MC	MI	BC
SC	×	✓	✓	✓	SC	×	×	×	×	SC	×	×	×	×
SI	-	×	✓	✓	SI	-	×	×	×	SI	-	×	×	×
MC	-	-	×	×	MC	-	-	×	×	MC	-	-	×	×
MI	-	-	-	×	MI	-	-	-	×	MI	-	-	-	×

✓ = diferencias estadísticamente significativas con un $p = 0.05$

×

 = no existe diferencias estadísticamente significativas con un $p = 0.05$

En otro análisis, llama la atención que los indicadores X+%, F+%, Xu% y X-% que reflejan la mediación cognitiva del sujeto, no se viesen claramente afectados por la variable escolaridad (ni por ninguna otra). Sin embargo, resalta la tendencia sostenida al alza que experimenta el S-% mientras más alta es la escolaridad del sujeto. Esto podría entenderse si tomamos en cuenta que el S-%, a diferencia de los otros indicadores de la mediación, involucra componentes de tipo afectivo. Junto con el X-%, nos entrega un índice de la distorsión mediacional del sujeto. En este sentido, si consideramos que el X-% es relativamente común para todos, la elevación del S-% en sujetos con nivel educacional mayor, podría indicarnos que la distorsión mediacional, en este grupo, está más ligada a interferencias de tipo afectivo.

Al analizar la distribución de las respuestas de reflejo en los distintos subgrupos, podemos apreciar que si bien los promedios son bajos, existe un claro contraste entre las respuestas entregadas por los subgrupos que poseen algún tipo de educación universitaria y aquellos que no la poseen. No obstante, al revisar las medias de las respuestas de reflejo según la edad de los sujetos, podemos ver como estas se incrementan entre los 18 y 30 años, lo que hace suponer que la edad también juega un rol importante en el alza de los promedios de respuestas de reflejo entre los estudiantes universitarios.

Otro dato interesante de destacar es el comportamiento que tiene el Tipo Vivencial dentro de la muestra de VM-V. La proporción de sujetos introversivos, ambiguos y extratensivos, tiende a ser similar, independiente del género, la edad, la escolaridad o la ocupación. Por otro lado, las proporciones del Tipo

Vivencial son claramente diferentes a las alcanzadas por la muestra de Exner de 700 no pacientes. VM-V posee 25% de introversivos, 51% de ambiguos y 24% de extratensivos. Exner por su parte posee 36% de introversivos, 20% de ambiguos y 44% de extratensivos. Llama la atención, sin embargo, que nuestras proporciones se asemejan bastante a las expuestas por Exner en las tablas de pacientes internos depresivos, ambulatorios y con desorden de carácter. En los dos últimos casos, la similitud está más bien dada por la elevación del porcentaje de ambiguos. No obstante, si bien los datos antes expuestos pueden resultar llamativos, no hacen más que respaldar la tesis de que entre la cultura estadounidense y la chilena existen amplias diferencias.

Finalmente, debemos concluir que las normas del Test de Rorschach, particularmente las del Sistema Comprensivo, no poseen un carácter transcultural, es decir, los resultados que cada estudio arroja, deben ser circunscritos dentro del contexto cultural desde donde se extrajeron. Tal como se analizó anteriormente, el utilizar normas extranjeras, implicará importantes distorsiones en las conclusiones diagnósticas y por consiguiente, errores en las decisiones que se tomen en base a ellas. La tabla normativa elaborada en la presente investigación nos permitirá contar con baremos extraídos de nuestra realidad cultural, que contribuirán a una mayor precisión diagnóstica. No obstante, es necesario replicar este estudio en otras zonas geográficas del país, para de este modo poder contar con una estandarización del Test de Rorschach que incluya las diversas realidades culturales que podemos encontrar a lo largo de nuestro país.

Tabla N°3**Composición de la muestra**

Sexo		Nº	%
Masculino		93	46.5%
Femenino		107	53.5%
Total		200	100%
Estado Civil		Nº	%
Soltero		111	55.5%
Casado		78	39.0%
Separado		6	3.0%
Viudo		5	2.5%
Total		200	100%
Escolaridad		Nº	%
Básica Completa		10	5.0%
Media Incompleta	1º Medio	4	2.0%
	2º Medio	12	6.0%
	3º Medio	9	4.5%
Media Completa		42	21.0%
Superior Incompleta		59	29.5%
Superior Completa		64	32.0%
Total		200	100%
Ocupación		Nº	%
Profesionales	Técnicos	17	8.5%
	Universitarios	19	9.5%
	Humanistas	10	5.0%
	Matemáticos	6	3.0%
No profesionales	Sin oficio	29	14.5%
	Con oficio	65	32.5%
	Técnicos	6	3.0%
Estudiantes	Universitarios	18	9.0%
	Humanistas	12	6.0%
	Matemáticos	14	7.0%
	Enseñanza Media	4	2.0%
	Total	200	100%

Tabla N°4**Tabla Normativa para 200 adultos no pacientes en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso**

	Media	DT	Min	Max	Frec	Mediana	Moda	SK	KU
EDAD	32.46	12.66	18	65	200	28	20	0.97	-0.02
R	20.22	7.00	14	50	200	18	14	1.76	3.57
W	7.18	4.11	0	30	199	7	8	1.53	5.41
D	9.95	5.17	1	34	200	9	7	1.26	2.69
Dd	3.09	3.22	0	19	161	2	0	1.86	4.32
S	2.17	2.00	0	10	160	2	1	1.32	2.01
DQ+	4.89	3.66	0	27	188	4	4	1.76	6.89
DQo	14.54	6.40	4	46	200	13	13	1.53	4.21
DQv	0.59	0.89	0	4	77	0	0	1.62	2.24
DQv/+	0.21	0.50	0	3	33	0	0	2.70	7.69
FQx+	0.10	0.42	0	3	12	0	0	5.10	27.86
FQxo	9.03	3.16	2	24	200	9	8	1.08	2.74
FQxu	7.93	4.44	1	25	200	7	5	1.27	2.02
FQx-	2.69	2.00	0	10	178	2	2	0.91	0.89

SinFQx	0.48	0.88	0	6	64	0	0	2.85	11.49
MQ+	0.03	0.17	0	1	6	0	0	5.55	29.12
MQo	1.42	1.22	0	6	152	1	1	0.99	1.07
MQu	0.77	1.04	0	6	96	0	0	1.83	4.49
MQ-	0.36	0.69	0	4	54	0	0	2.42	6.89
Sin MQ	0.06	0.40	0	5	6	0	0	10.17	117.23
S-	0.58	0.86	0	4	77	0	0	1.57	2.22
M	2.63	2.08	0	10	176	2	1	1.06	0.90
FM	3.05	2.60	0	23	185	3	3	3.16	18.86
m	0.94	1.05	0	4	114	1	0	1.04	0.42
FC	1.40	1.46	0	8	141	1	1	1.55	2.86
CF	1.27	1.19	0	5	142	1	1	0.99	0.56
C	0.41	0.73	0	4	60	0	0	2.15	5.58
CN	0.01	0.07	0	1	1	0	0	14.14	200
Sum col	3.08	2.11	0	12	188	3	2	1.10	1.96
W, sum C	2.58	1.88	0	10.5	188	2	1.5	1.07	1.31
Sum C'	1.43	1.46	0	7	139	1	1	1.29	1.80
Sum T	0.78	0.96	0	6	107	1	0	1.79	4.90
Sum V	0.48	1.01	0	6	56	0	0	3.04	10.99
Sum Y	0.90	1.11	0	6	108	1	0	1.71	4.15
Suma claro oscuro	3.59	2.68	0	22	190	3	2	2.20	10.69
Fr+rF	0.28	0.62	0	3	41	0	0	2.43	5.82
FD	0.72	0.79	0	4	110	1	0	1.10	1.36
F	8.96	4.89	1	33	200	8	6	1.39	3.14
(2)	7.03	3.97	0	25	198	7	7	1.35	2.86
EGO	0.39	0.16	0	1.07	198	0.39	0.5	0.34	1.01
LAMBDA	0.96	0.73	0.08	4.5	200	0.75	1	2.09	5.91
FM+m	3.99	2.97	0	24	189	4	4	2.34	11.39
EA	5.21	3.02	0	15	198	4.5	3.5	0.96	0.76
es	7.58	4.42	0	29	199	7	6	1.68	4.73
Puntaje D	-0.65	1.29	-5	2	96	0	0	-1.30	2.54
D Adj	-0.44	1.18	-5	3	90	0	0	-0.83	2.20
a (activo)	4.07	2.82	0	15	185	4	2	1.06	1.73
p (pasivo)	2.55	2.23	0	15	172	2	1	1.83	6.11
Ma	1.66	1.57	0	8	150	1	1	1.25	1.70
Mp	0.97	1.15	0	5	106	1	0	1.08	0.42
INTELEC.	0.68	1.45	0	12	62	0	0	3.79	20.72
Zf	10.13	5.02	1	34	200	10	9	1.32	3.81
Zd	0.03	4.06	-10.5	15	183	0	0	0.46	1.29
DM	2.61	2.29	0	13	168	2	2	1.35	2.45
DM:R	0.13	0.12	0	0.5	168	0.12	0	1.04	0.73
DM-COLSOM	0.38	0.67	0	3	59	0	0	1.92	3.67
Afr	0.54	0.20	0.13	1.25	200	0.53	0.5	0.83	0.96
P	5.19	1.81	1	12	200	5	5	0.45	0.47
X+%	0.47	0.14	0.13	0.86	200	0.46	0.5	0.33	-0.07
F+%	0.46	0.20	0	1	192	0.45	0.5	-0.03	0.05
X-%	0.13	0.08	0	0.29	178	0.125	0	0.24	-0.78
Xu%	0.38	0.13	0.06	0.67	200	0.38	0.36	-0.14	-0.22
S-%	0.18	0.27	0	1	77	0	0	1.49	1.51
AISL.	0.18	0.14	0	0.64	179	0.16	0	0.97	0.60
H	1.96	1.64	0	8	165	2	1	1.19	1.57
(H)	1.02	1.06	0	5	125	1	0	1.12	1.34
Hd	1.58	1.67	0	10	140	1	0	1.64	3.82
(Hd)	0.54	0.75	0	4	81	0	0	1.44	2.18
HX	0.10	0.47	0	5	12	0	0	7.25	65.52
Total H	5.18	2.99	0	15	195	5	5	0.84	0.81

A	7.47	3.25	2	24	200	7	7	1.50	3.85
(A)	0.29	0.61	0	4	46	0	0	2.75	9.68
Ad	2.10	1.92	0	14	171	2	2	2.35	9.34
(Ad)	0.09	0.30	0	2	16	0	0	3.56	12.91
An	1.11	1.35	0	7	113	1	0	1.55	2.87
Art	0.25	0.68	0	4	31	0	0	3.40	12.67
Ay	0.15	0.42	0	3	26	0	0	3.32	13.47
Bl	0.19	0.44	0	2	34	0	0	2.27	4.60
Bt	1.12	1.39	0	8	116	1	0	1.98	5.53
Cg	1.00	1.43	0	8	100	0.5	0	2.00	4.67
Cl	0.15	0.38	0	2	27	0	0	2.57	6.14
Ex	0.12	0.36	0	2	22	0	0	3.01	8.98
Fi	0.30	0.55	0	2	50	0	0	1.71	2.00
Fd	0.18	0.47	0	3	29	0	0	3.34	13.38
Ge	<u>0.25</u>	<u>0.53</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>42</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.25</u>	<u>5.29</u>
Hh	0.48	0.80	0	4	66	0	0	1.84	3.22
Ls	0.57	0.84	0	4	76	0	0	1.48	1.67
Na	0.72	1.00	0	5	91	0	0	1.71	3.01
Sc	0.50	0.83	0	5	72	0	0	2.55	9.08
Sx	0.27	0.68	0	5	36	0	0	3.47	15.35
Xy	0.12	0.40	0	3	18	0	0	4.14	19.64
Id	1.89	1.79	0	9	155	2	1	1.52	3.18
DV1	0.01	0.10	0	1	2	0	0	9.92	97.46
INC1	0.27	0.46	0	2	51	0	0	1.37	0.64
DR1	0.33	0.68	0	4	47	0	0	2.50	7.05
FAB1	0.19	0.47	0	3	32	0	0	2.81	8.93
DV2	0.00	0.00	0	0	0	0	0	0.00	0.00
INC2	0.29	0.57	0	2	46	0	0	1.85	2.38
DR2	0.05	0.26	0	2	8	0	0	5.73	35.00
FAB2	0.18	0.51	0	3	26	0	0	3.35	12.15
ALOG	0.05	0.22	0	1	10	0	0	4.16	15.47
CONTAM	0.00	0.00	0	0	0	0	0	0.00	0.00
SumCodesp1	1.36	1.39	0	6	134	1	0	1.12	0.77
SumCodesp2	0.52	0.81	0	4	71	0	0	1.62	2.32
Wsum6	5.21	5.76	0	28	134	4	0	1.32	1.62
AB	0.14	0.57	0	6	19	0	0	6.85	60.80
AG	0.31	0.61	0	3	47	0	0	2.12	4.27
CFB	0.03	0.19	0	2	4	0	0	8.29	74.74
COP	0.51	0.87	0	6	68	0	0	2.43	8.43
CP	0.01	0.10	0	1	2	0	0	9.92	97.46
MOR	0.57	0.84	0	5	83	0	0	1.94	5.13
PER	0.27	0.62	0	3	40	0	0	2.63	7.24
PSV	0.12	0.45	0	4	17	0	0	5.49	37.04

Tabla N°5

Frecuencias y Porcentajes de 33 Variables Estructurales

Estilo EB			Desviaciones de la calidad formal		
Introversivo	50	25%	X+%>0.89	0	0%
Int EBPer	29s	15%	X+%<0.7	188	94%
Ambigüal	102	51%	X+%<0.61	169	85%
Extratensivo	48	24%	X+%<0.5	113	57%
Ext EBPer	31	16%	F+%<0.7	178	89%
			Xu%>0.2	183	92%

Puntaje D			X-%>0.15	65	33%
			X-%>0.2	44	22%
Puntaje D>0	15	8%	X-%>0.3	0	0%
Puntaje D=0	104	52%			
Puntaje D<0	81	41%	Proporción FC:CF+C		
Puntaje D<-1	39	20%			
			FC>(CF+C)+2	18	9%
Puntaje D Ajustado			FC>(CF+C)+1	32	16%
			(CF+C)>FC+1	51	26%
DAdj>0	21	11%	(CF+C)>FC+2	25	13%
DAdj=0	110	55%			
DAdj<0	69	35%	Zd>3 (Sobreincorporador)	34	17%
DAdj<-1	28	14%	Zd<-3(Hipoincorporador)	38	19%
SCZI=6	0	0%			
SCZI=5	0	0%	CDI=5	31	16%
SCZI=4	2	1%	CDI=4	63	32%
DEPI=7	3	2%			
DEPI=6	11	6%	S-CON(+)	4	2%
DEPI=5	37	19%	HVI(+)	10	5%
			OBS(+)	0	0%

Variables diversas					
Lambda>0.99	79	40%	(2AB+Art+Ay)>5	4	2%
Dd>3	61	31%	Populares <4	36	18%
DQv + DQv/+ >2	15	8%	Populares >7	20	10%
S>2	67	34%	COP=0	132	66%
Sum T=0	93	47%	COP>2	9	5%
Sum T>1	32	16%	AG=0	153	77%
3r + (2) /R<0.33	68	34%	AG>2	2	1%
3r + (2) /R>0.44	73	37%	MOR>2	7	4%
Fr+rF>0	41	21%	Cod. Esp. Niv. 2>0	71	36%
C pura>0	60	30%	Sum 6 Cod. Esp.>6	0	0%
C pura>1	17	9%	H pura<2	91	46%
Afr<0.40	45	23%	H pura=0	35	18%
Afr<0.50	80	40%	p>a+1	32	16%
(FM+m)<Sum Som.	78	39%	Mp>Ma	43	22%

Tabla N°6
Comparaciones t

VARIABLE	VM-V (n=200) EXNER (n=700)					VM-V (n=200) VINET (n=102)				
	MD	DT	MD	DT	t	MD	DT	MD	DT	t
R	20.22	7.00	22.67	4.23	-6.14 *	20.22	7.00	20.86	7.04	-0.75
W	7.18	4.11	8.55	1.94	-6.61 *	7.18	4.11	7.80	4.71	-1.18
D	9.95	5.17	12.89	3.54	-9.28 *	9.95	5.17	9.08	4.78	1.41
DQ+	4.89	3.66	7.31	2.16	-11.77 *	4.89	3.66	3.85	2.62	2.54
DQo	14.54	6.40	13.64	3.46	2.60	14.54	6.40	14.56	6.51	-0.03
FQx+	0.10	0.42	0.90	0.92	-12.02 *	0.10	0.42	0.15	0.43	-1.07
FQxo	9.03	3.16	16.99	3.34	-30.08 *	9.03	3.16	10.61	4.54	-3.53 *
FQxu	7.93	4.44	3.25	1.77	22.38 *	7.93	4.44	6.56	3.74	2.67 *
FQx-	2.69	2.00	1.44	1.04	11.87 *	2.69	2.00	3.10	2.70	-1.49
MQ+	0.03	0.17	0.55	0.73	-9.99 *	0.03	0.17	0.11	0.34	-2.72 *
MQo	1.42	1.22	3.52	1.89	-14.89 *	1.42	1.22	1.29	1.26	0.83
MQu	0.77	1.04	0.20	0.45	11.28 *	0.77	1.04	0.58	0.80	1.62
M	2.63	2.08	4.31	1.92	-10.73 *	2.63	2.08	2.19	1.67	1.83

FM	3.05	2.60	3.70	1.19	-5.07 *	3.05	2.60	2.85	1.98	0.67
m	0.94	1.05	1.12	0.85	-2.50	0.94	1.05	1.46	1.89	-3.07 *
FC	1.40	1.46	4.09	1.88	-18.72 *	1.40	1.46	1.50	1.39	-0.60
CF	1.27	1.19	2.36	1.27	-10.85 *	1.27	1.19	1.08	1.34	1.25
Sum col	3.08	2.11	6.54	2.52	-17.73 *	3.08	2.11	2.87	2.33	0.79
Sum Pond C	2.58	1.88	4.52	1.79	-13.36 *	2.58	1.88	2.34	2.08	1.02
Sum Claros	3.59	2.68	3.39	2.15	1.10	3.59	2.68	2.63	2.26	3.10 *
F	8.96	4.89	7.99	2.67	3.65 *	8.96	4.89	10.33	5.78	-2.17
(2)	7.03	3.97	8.68	2.15	-7.73 *	7.03	3.97	5.95	2.93	2.43
Lambda	0.96	0.73	0.58	0.26	11.34 *	0.96	0.73	1.46	1.53	-3.88 *
FM+m	3.99	2.97	4.82	1.51	-5.39 *	3.99	2.97	4.28	3.08	-0.81
EA	5.21	3.02	8.82	2.18	-18.83 *	5.21	3.02	4.50	2.91	1.95
es	7.58	4.42	8.20	2.98	-2.32	7.58	4.42	6.91	4.35	1.24
Puntaje D	-0.65	1.29	0.04	1.08	-7.62 *	-0.65	1.29	-0.70	1.09	0.33
D Adj	-0.44	1.18	0.20	0.87	-8.35 *	-0.44	1.18	-0.28	0.73	-1.21
a (activo)	4.07	2.82	6.48	2.14	-13.05 *	4.07	2.82	3.87	2.82	0.57
p (pasivo)	2.55	2.23	2.69	1.52	-1.03	2.55	2.23	2.67	2.26	-0.44
Ma	1.66	1.57	3.03	1.59	-10.77 *	1.66	1.57	1.25	1.27	2.28
Mp	0.97	1.15	1.31	0.94	-4.28 *	0.97	1.15	0.93	1.07	0.29
INTELEC.	0.68	1.45	1.56	1.29	-8.32 *	0.68	1.45	1.24	1.62	-3.08 *
Zf	10.13	5.02	11.81	2.59	-6.37 *	10.13	5.02	9.15	4.62	1.65
Zd	0.03	4.06	0.72	3.06	-2.61	0.03	4.06	-0.13	3.78	2.81 *
DM	2.61	2.29	5.16	1.93	-15.78 *	2.61	2.29	2.14	2.16	1.72
DM:R	0.13	0.12	0.23	0.09	-12.37 *	0.13	0.12	0.10	0.01	2.99 *
Afr	0.54	0.20	0.69	0.16	-10.78 *	0.54	0.20	0.49	0.16	2.38
P	5.19	1.81	6.89	1.39	-14.24 *	5.19	1.81	4.66	1.80	2.39
X+%	0.47	0.14	0.79	0.08	-42.40 *	0.47	0.14	0.52	0.18	-2.88 *
F+%	0.46	0.20	0.71	0.17	-17.87 *	0.46	0.20	0.51	0.23	-2.11
X-%	0.13	0.08	0.07	0.05	12.62 *	0.13	0.08	0.15	0.12	-1.81
Xu%	0.38	0.13	0.14	0.07	34.57 *	0.38	0.13	0.30	0.13	5.02 *
AISL.	0.18	0.14	0.20	0.09	-1.85	0.18	0.14	0.24	0.19	-2.84 *
H	1.96	1.64	3.40	1.80	-10.20 *	1.96	1.64	2.22	1.55	-1.35
(H)	1.02	1.06	1.20	0.98	-2.25	1.02	1.06	0.52	0.88	4.11 *
Hd	1.58	1.67	0.69	0.89	9.93 *	1.58	1.67	0.96	1.31	3.24 *
(Hd)	0.54	0.75	0.14	0.35	10.51 *	0.54	0.75	0.19	0.44	4.29 *
Total H	5.18	2.99	5.42	1.63	-1.49	5.18	2.99	3.77	2.77	3.97 *
A	7.47	3.25	8.18	2.04	-3.78 *	7.47	3.25	7.16	3.51	0.75
Art	0.25	0.68	0.91	0.83	-10.39 *	0.25	0.68	0.89	1.20	-5.97 *
Bt	1.12	1.39	2.48	1.29	-12.97 *	1.12	1.39	1.61	1.77	-2.66 *
Cg	1.00	1.43	1.29	0.93	-3.41 *	1.00	1.43	0.58	1.09	2.61
Hh	0.48	0.80	0.93	0.85	-6.77 *	0.48	0.80	0.81	1.09	-3.04 *
Ls	0.57	0.84	0.89	0.78	-5.10 *	0.57	0.84	1.09	1.63	-3.69 *
Id	1.89	1.79	1.85	1.29	0.31	1.89	1.79	1.45	1.56	2.08
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	---	0.00	0.00	0.01	0.10	-1.42
SumCodesp1	1.36	1.39	1.62	1.26	-2.56	1.36	1.39	1.15	1.40	1.21
Wsum6	5.21	5.76	3.28	2.89	6.46 *	5.21	5.76	3.20	4.50	3.08*
AG	0.31	0.61	1.18	1.18	-10.10 *	0.31	0.61	0.30	0.67	0.07
CFB	0.03	0.19	0.00	0.00	3.56 *	0.03	0.19	0.01	0.10	0.76
COP	0.51	0.87	2.07	1.52	-13.91 *	0.51	0.87	0.24	0.51	2.83 *
PER	0.27	0.62	1.05	1.00	-10.48 *	0.27	0.62	1.04	1.71	-5.69 *

* Diferencias estadísticamente significativas con un nivel de significación de 0.01.

REFERENCIAS

- Bercovich W. M. (1971). Respuestas M y su relación con la inteligencia. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile, TUC.1971.b486r. Santiago, Chile.
- Boetssc V. T. (1983). El test de Rorschach en Prepúberes y adolescentes. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile, TUC.1983.c673t. Santiago, Chile.
- Cantwell S. P. (1983). Aplicación colectiva del test de Rorschach según el sistema de John E. Exner. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile, TUC.1983.c234a. Santiago, Chile.
- Ephraim D. Culturally Relevant Research and Practice with The Comprehensive Rorschach System. Universidad Central de Venezuela. (Paper no publicado suministrado por el Autor).
- Exner J. E., Jr. (1993). The Rorschach: A comprehensive system. Volumen 1: Basic foundations. Third edition.. New York. John Wiley & Sons, INC.
- Exner J. E., Jr. (1991). The Rorschach: A comprehensive system. Volumen 2: Interpretations. Second edition. New York. John Wiley & Sons, INC.
- Exner J. E., Jr., & Weiner I. B. (1995). The Rorschach: A comprehensive system. Volumen 3: Assessment of children and adolescents. Second edition. New York. John Wiley & Sons, INC.
- Garrett H. E. (1979). Estadística en Psicología y Educación. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Instituto Nacional De Estadística (1993). Chile. Ciudades, Pueblos y Aldeas, Censo 1992. INE.
- Klopfer B., & Kelly D. (1991). La técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. Barcelona. Editorial Paidós.
- Mazzarelli Z. A. (1998). Estudio Exploratorio de las 'Respuestas Populares' en el Psicodiagnóstico de Rorschach, en una Muestra del Área Metropolitana. Santiago. Trabajo presentado en el X Congreso Latinoamericano de Rorschach y Otras Técnicas Projectivas.
- Pulido San Román A. (1987). Estadística y Técnicas de Investigación Social. Madrid. Ediciones Pirámide S.A.
- San Martín Castellanos R., & Pardo Merino A. (1988). Psicoestadística contrastes paramétricos y no paramétricos. Madrid. Ediciones Pirámide, S.A.
- Vinet E. (1998). Aportes de la Psicología Transcultural a la Interpretación del Test de Rorschach en Iberoamérica. Trabajo presentado en la Mesa Redonda "Teoría, Cultura y Estudios Normativos". Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
- Vinet E., Saiz J. L., & San Martín C. (1995). Necesidades de Normas Nacionales en el Sistema Comprehensive del Psicodiagnóstico de Rorschach: el Caso de Chile. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Año I, N°2, 189-201. Editorial Paidós.
- Zuwaylif Fadil H. (1974). Estadística general aplicada

CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD SUPRANACIONAL EN CHILE Y VENEZUELA

Julio Villegas¹
José Miguel Salazar

RESUMEN

La presente investigación pretende examinar el proceso de construcción de la identidad supranacional latinoamericana en Chile y Venezuela, intentando la identificación de los elementos que la constituyen, el grado de identificación que suscita, las comparaciones con grupos externos seleccionados y las relaciones posibles entre los aspectos señalados.

Una muestra de 247 estudiantes universitarios chilenos y venezolanos de ambos sexos, fue requerida para responder instrumentos diseñados en función de los objetivos definidos en una recolección de datos realizada en Venezuela y Chile, 1996 y 1997 respectivamente.

En general, los resultados indican que la identidad supranacional latinoamericana es una realidad psicosocial e implica elementos de un emergente supranacionalismo compartido, al menos por estudiantes universitarios de Chile y Venezuela, de signo positivo en la consideración de las características y rasgos de la personalidad utilizados para su construcción, sin alcanzar ribetes de un etnocentrismo generalizado.

ABSTRACT

This research examine the latinamerican supranational identity construction, in terms of categorization, identification and comparison social processes.

A sample of 247 universities students answered an specific instrument in both countries, during 1996 and 1997.

The results demonstrates an supranationalism emerging in the Ss of the sample, with positives evaluations for the personality traits used for their construction. This doesn't mean a generalized ethnocentrism

Las referencias a las identidades de origen, mantienen tanto su vigencia como su significación aún en estos tiempos de globalización. Constituyen estructuras esencialmente dinámicas sujetas a evolución y cambio, al nivel de los individuos y de las sociedades. El ejemplo paradigmático del cambio a nivel del individuo es el caso de personas migrantes que llegan a participar en una sociedad diferente, rechazando su vieja identidad y adquiriendo la nueva: "asimilación" en el esquema de Berry (1993). También pueden generarse cambios, cuando sociedades totales entran en contacto por procesos de colonización o inmigración masiva, como sucedió en el llamado "encuentro de dos mundos" con el arribo de Colón en 1492. La inserción de la sociedad ibérica en la región sur de las

Américas, se realizó de forma tal que aún cuando esta tenía el control político y militar para imponer su cultura, lenguaje y religión, no exterminó o aisló completamente a los miembros de la otra sociedad y consecuentemente, no pudo escapar a la penetración de elementos culturales indígenas. De esta manera y a través del mestizaje biológico y cultural, quinientos años dieron origen a culturas e identidades mixtas.

Comprensiblemente, esta nueva identidad ha resultado problemática. La fragmentación política del antiguo imperio español en América que ocurrió a raíz de las guerras de independencia condujo a la creación de "identidades nacionales" correspondientes a los estados que emergieron del proceso. Hay evidencia que en relación con dichas identidades de manifestaciones de "identidad social negativa" caracterizada por atribuciones desfavorables al grupo nacional. En Venezuela, hemos identificado una manifestación muy difundida de un fenómeno que describimos como "ideología de la dependencia" la que puede ser interpretada como una manifestación de una ideología neo-colonial donde lo europeo o norteamericano, es considerado como superior y por comparación, el propio país aparece como degradado o descalificado (Salazar, 1983a). Estudios posteriores permitieron observar resultados similares en otros países de la región (Salazar, 1983b).

En un estudio específico dentro de la misma línea de investigación, llamó poderosamente nuestra aten-

¹ E-mail: jfvillegas@yahoo.com

ción que la tendencia a subvalorar al propio país, no fue tan marcada cuando el referente fue Latinoamérica en general, entendida como una categoría - identidad supranacional (Salazar, 1983c). Pensamos que la idea de Latinoamérica que tiene una larga historia y estuvo presente en las guerras de independencia a principios del siglo XIX, pero que sufrió serios reveses en la segunda mitad del siglo XIX (i.e. guerras entre países) se esta revitalizando: el proceso de globalización difundido por el desarrollo tecnológico de los medios de comunicación social y los cambios económicos, han tenido un importante rol en su resurgimiento.

Con los antecedentes señalados, nuestro interés se centra en describir cómo se construye a finales del siglo XX, la identidad supra nacional latinoamericana y, al mismo tiempo, cómo se inter-relacionan los elementos de esta construcción.

El desarrollo y la configuración de la identidad social de acuerdo a las formulaciones de Tajfel (1981), involucra procesos de categorización, identificación y comparación en interacciones dinámicas. La categorización implica la existencia de una "etiqueta" que diferencia distintas agrupaciones dentro de la sociedad; la identificación implica la aceptación que hace un individuo de una categoría o etiqueta como propia; y todo esto conduce a establecer comparaciones con grupos o categorías externas. Cuando las comparaciones implican cierto grado de etnocentrismo (Sumner, 1906) se habla de una identidad social positiva; pero como hemos argumentado en otro contexto (Salazar, 1996) este planteamiento no es intrínseco a la teoría. La exploración de los tres elementos y sus relaciones, podría permitirnos profundizar acerca de una identidad supranacional compartida por personas que habitan veinte diferentes países agrupados en una categoría latinoamericana. Así, estaríamos en condiciones para explorar la estructura de esta identidad tomando en cuenta sus tres componentes: hasta que punto existe una definición compartida de la categoría; cual es el grado de identificación con la misma y que carácter tienen las comparaciones sociales con categorías externas.

Este estudio particular se inicia con dos países insertos en la entidad Latinoamérica: Chile y Venezuela. Geográficamente ubicados en los extremos sur y norte de Los Andes, poseen similitudes y diferencias que merecen la pena ser señaladas. Durante la vigencia del imperio español ambas sociedades se desarrollaron en áreas ocupadas por tribus indígenas que no habían alcanzado el alto desarrollo característico de Perú o México. Ambas, políticamente, no pasaron del nivel de Capitanías Generales y el grado de mestizaje con la población indígena fue bastante amplio, aun cuando en el caso venezolano también se sumó el elemento africano a dicho mestizaje. En los años más recientes las dos sociedades han

experimentado desarrollos contrapuestos. Por una parte, Chile luego de sufrir una larga y dolorosa dictadura, presenta hoy la economía más sólida del sub continente. Venezuela, con una experiencia democrática sostenida por más de cuarenta años y un bienestar económico importante en los años 70, experimenta una grave situación de crisis en lo económico y lo social.

Nuestro objetivo general es examinar el resultado del proceso de construcción de la identidad supranacional latinoamericana en Chile y Venezuela a finales del siglo XX. Específicamente, intentamos identificar los elementos utilizados para su construcción, los grados de identificación con la categoría, las comparaciones con grupos externos seleccionados y las relaciones posibles entre los aspectos señalados.

METODOLOGÍA

Sujetos

La muestra estuvo constituida por 247 estudiantes universitarios, 102 chilenos (76 mujeres, 26 hombres) y 145 venezolanos (88 mujeres, 57 hombres), todos voluntarios. La recolección de datos fue realizada en Chile en 1997 en tres universidades de Santiago, la capital del país. Para Venezuela, los datos fueron obtenidos en 1995 y 1996, en universidades localizadas en cuatro regiones diferentes de la nación.

Instrumentos

Los sujetos de la muestra respondieron cuestionarios con preguntas según formatos abiertos y cerrados referidos a:

Construcción de la categoría. ¿En qué nos diferenciamos los latinoamericanos de los habitantes de otras regiones del mundo?, ¿En que se diferencia América Latina de otros lugares del mundo?. Ambos ítems fueron de carácter abierto.

Identificación con la categoría. ¿Hasta que punto se siente Ud. latinoamericano?, ¿Se considera Ud. un latinoamericano típico?, ¿Cómo describiría Ud. el afecto que siente hacia Latinoamérica?, ¿Cómo se siente Ud. cuando lo identifican como latinoamericano?. Para los dos primeros ítems las respuestas requerían ubicarse en una de las cinco alternativas: totalmente-bastante-algo-no mucho-nada. Para los dos últimos ítems las respuestas esperadas se circunscribían a una de las cinco alternativas: me gusta muchísimo, me gusta bastante, me gusta algo, no me gusta mucho, no me gusta nada.

Comparación social. Escalas de cinco tramos del diferencial semántico para evaluar junto a los latinoamericanos; a los europeos, los norteamericanos y los japoneses en las dimensiones alegres-tristes; flojos-trabajadores; simpáticos-antipáticos; cultos-incultos;

derrochadores-ahorrativos; irresponsables-responsables.

RESULTADOS

La construcción de la categoría. Las respuestas a las preguntas que se referían a lo que diferencia a los

latinoamericanos de las personas de otras partes del mundo y lo que diferencia a Latinoamérica de otros lugares, fueron clasificadas en ocho dimensiones obtenidas a través de un cuidadoso proceso inferencial agrupando las respuestas en términos de similitud. Los resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla N°1

Uso de dimensiones en la construcción de la categoría supranacional (porcentajes de sujetos)

	CHILENOS CHn=102 %	VENEZOLANOS n=145 %	Chi2	p
Personalidad +	75.5	51.7	14.29	<.001
Personalidad -	19.6	15.2	0.83	n.s.
Geografía	38.2	43.4	0.67	n.s.
Costumbres	56.9	56.6	0.02	n.s.
Idioma	9.8	33.1	18.09	<.001
Raza	17.6	24.8	1.81	n.s.
Socio-Político+	19.6	8.3	6.82	<.01
Socio-Político -	45.1	29.0	6.20	<.01

Los tipos de respuestas o dimensiones más frecuentemente utilizadas en ambos países, se refirieron a características de personalidad consideradas positivas tales como: simpáticos, hospitalarios,... Se mencionan también frecuentemente elementos culturales respecto a las costumbres, maneras y hábitos.

En cuanto a diferencias cuando se compara el uso de las dimensiones en los dos países se observa que los sujetos chilenos, enfatizan más que los venezolanos, las menciones a los rasgos de la personalidad positivos. Se observan también diferencias en la mención acerca de condiciones políticas, tanto negativas: la falta de identidad, la desorganización, la corrupción; como positivas: paz, libertad, mayormente señaladas por los chilenos. Por otro lado el lenguaje, es indicado mas frecuentemente por los venezolanos como una de las características definitoria de la iden-

tidad latinoamericana. No hay diferencia en el uso de las otro cuatro dimensiones.

Grado de identificación. Como se observa en la tabla 2, los resultados obtenidos señalan un alto porcentaje de sujetos con altos grados de identificación con una tendencia mayor en la muestra venezolana. El cálculo de un índice único de identificación considerando los cuatro ítems arrojó un alpha de .81, lo cual indica una aceptable confiabilidad. Las respuestas fueron calificadas tomando el promedio de los cuatro ítems, de modo que un número mas alto indicará una mayor identificación: el puntaje máximo es 5. Una prueba de t, señala una diferencia significativa entre los dos grupos, con una mayor identificación latinoamericana de los sujetos venezolanos.

Tabla N°2

Participantes en cada grupo que indican alto grado de identificación¹ e índices de identificación

	CHILENOS n=102	VENEZOLANOS n=145
Se siente Latinoamericano	78.4%	91.0%
Se considera típico	55.9%	61.4%
Afecto que siente hacia LA	88.2%	91.0%
Gusta ser identificado como LA	82.4%	89.7%

INDICE GENERAL	M	σ	M	σ	t
α=0.81	4.02	0.57	4.30	0.60	3.69**

¹ totalmente/bastante o me gusta muchísimo/me gusta bastante.

* p < 0.05

** p < 0.01

Comparaciones Sociales. Para examinar los procesos de comparación social, los sujetos fueron requeridos en sus respuestas a escalas de diferencial semántico con relación a tres grupos externos: norteamericanos, europeos y japoneses, así como en relación con los latinoamericanos evaluados a través de idéntico procedimiento. El diferencial semántico de seis ítem arrojó un índice de confiabilidad alpha de .76 entre los sujetos de este estudio. Como se observa en la tabla 3, los resultados indican que los venezolanos tienden a evaluar mas positivamente en "general" (véanse las t's significativas de las comparaciones entre los países). Esto requiere que se trabaje con un índice que tome en cuenta esta tendencia de respues-

ta, para ello se calcularon índices de comparación social restando en cada caso de la actitud hacia el latinoamericano la actitud hacia el grupo externo. En estos índices no hay diferencias entre los dos países. Estos índices son negativos y significativamente diferentes de cero en relación con los japoneses. Son iguales a cero en relación con los Estados Unidos y en la comparación con los europeos, el índice es cero en el caso venezolano y negativo, y significativamente diferente de cero en el caso chileno. Es decir que de las seis comparaciones en ninguna hay evidencia de etnocentrismo, y solo en tres hay evidencia de altercentrismo (Montero, 1996).

Tabla N°3Actitudes hacia diferentes países y comparaciones sociales

	Act L	Act Eur	Act USA	Act Jap	CS Eur	CS USA	CS Jap
CHILE	3.44	3.63	3.36	4.00	-0.18 ^a	0.08	-0.55 ^a
VENEZ.	3.69	3.78	3.65	4.10	-0.09	0.05	-0.41 ^a
t	3.81**	2.21*	3.61**	1.72n.s.	1.07n.s.	0.34n.s.	1.93n.s.

^a Esta diferencia es significativamente diferente de 0.

Las relaciones entre las variables

Identificación y uso de las dimensiones. En la medida en que el uso de elementos para la construcción de la categoría Latinoamericano implica el nivel nominal, optamos por dos formas de análisis: calcular índices de correlación punto biserial, y en segundo lugar agrupar los sujetos en tres categorías de acuer-

do a su medida global de identificación. Como para cada sujeto es posible responder en más de una alternativa, el análisis se orienta a comparar los porcentajes dentro de cada grupo utilizando una dimensión particular. Los resultados se presentan en las tablas 4 a y 4b.

Tabla N°4aPorcentaje de uso de las dimensiones e identificación. Sujetos chilenos

	Grados de Identificación			Chi2	rp-bs
	Alto n=30	Intermedio n=51	Bajo n=21		
Personalidad +	83	78	57	5.06	0.16
Personalidad -	13	22	24	1.11	-0.14
Geografía	57	29	33	4.31	0.18
Costumbres	67	57	43	2.85	0.15
Idioma	10	8	14	-	-0.08
Raza	30	10	19	5.34	0.12
Socio-Político+	10	27	14	-	-0.02
Socio-Político -	17	49	57	10.95**	-0.30*

Tabla N°4bPorcentaje de uso de las dimensiones e identificación. Sujetos venezolanos

	Grados de identificación			Chi2	rp-bs
	Alto n=46	Intermedio n=69	Bajo n=30		
Personalidad +	61	36	50	2.37	0.10
Personalidad -	13	16	17	0.25	-0.04
Geografía	54	39	37	3.31	0.11
Costumbres	50	59	57	0.59	-0.03
Idioma	37	29	37	1.01	0.09
Raza	37	19	20	5.32	0.15
Socio-Político+	11	9	3	-	0.16
Socio-Político -	28	28	33	0.36	-0.03

Los datos indican que en ambos grupos de sujetos, hay pocas relaciones significativas entre el grado de identificación y el uso de las dimensiones. Resalta en el caso de Chile una relación entre menor grado de identificación y el mayor uso de características socio políticas negativas (desorden, atraso, etc.) en relación a Latinoamérica. Hay, sin embargo, ciertas tendencias observables en ambos países que no podemos dejar de señalar, como lo es mayor uso de características raciales diferenciadoras y características de personalidad positivas entre los que más se identifican.

Identificación y Comparación Social. En general existe una relación significativa y positiva entre comparación social más favorable (o menos desfavorable) e identificación, como puede verse en la Tabla 5. Solo

en el caso de la comparación de los sujetos chilenos en relación con USA el índice de correlación entre las dos variables no llega a un nivel de significación aceptable, aun cuando es evidente la tendencia. El signo de las comparaciones sociales, que en general tiende a ser negativo, cambia en el caso de los más identificados en ambos países en relación con USA y aún entre los intermedios en el caso de Chile. En el caso de Venezuela también se observa que los mas identificados expresan una comparación social con signo positivo en relación con Europa. Es decir que hay una relación bastante clara entre identificación y comparación social: los que más se identifican tienen una imagen comparativa de Latinoamérica en relación con otros regiones del mundo mas positiva.

Tabla N°5Promedios en comparaciones sociales y grado de identificación

	Grados de identificación			
	Alto	Intermedio	Bajo	r
	n=30	n=51	n=21	
CHILE				
CS Europa	-0.07	-0.20	-0.34	0.22*
CS Japón	-0.39	-0.54	-0.84	0.38**
CS USA	0.18	0.11	-0.17	0.17
VENEZUELA				
CS Europa	0.29	-0.26	-0.30	0.24**
CS Japón	-0.06	-0.49	-0.73	0.30**
CS USA	0.30	-0.03	-0.22	0.21*

Comparación social y uso de las dimensiones. Cuando se relaciona el uso de las dimensiones con las comparaciones sociales, es decir, cuando de trata de precisar cuales de las dimensiones que utilizan para construir el concepto de latinoamericano están relacionadas con su minusvaloración o valoración positiva, se obtienen resultados interesantes que se presen-

tan en la Tabla 6. En ambos países la minusvaloración en relación con Japón esta relacionada con la atribución de rasgos de personalidad negativos (flojos, irresponsables, etc.) a los latinoamericanos. En el caso venezolano estas atribuciones están también relacionadas con la minusvaloración en relación con los europeos. Además, en el caso chileno las menciones

relacionadas con raza son mas frecuentes con los que tienden a expresar una identidad social positiva en relación con los Estados Unidos. En el caso venezolano, se conceptúa Latinoamérica con rasgos socio po-

líticos positivos (sin guerras, etc.) entre aquellos que se valoran positivamente en relación con los Estados Unidos.

Tabla N°6

Uso de dimensiones y comparaciones sociales. Correlaciones punto biserial

	CHILE			VENEZUELA		
	LA-EUR	LA-JAP	LA-USA	LA-EUR	LA-JAP	LA-USA
Personalidad +	0,08	0,07	0,16	0,04	0,01	0,05
Personalidad -	-0,03	-0,27*	-0,03	-0,28*	-0,24*	-0,12
Geografía	0,11	0,15	0,06	0,13	0,04	0,07
Costumbres	0,03	0,07	-0,07	-0,08	-0,03	-0,06
Idioma	0,18	0,03	0,11	0,04	0,14	0,00
Raza	0,07	0,08	0,21*	0,12	0,02	0,11
Socio-Político+	-0,01	0,04	0,14	0,07	0,03	0,25*
Socio-Político -	-0,13	-0,10	-0,18	-0,16	-0,19	-0,01

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo indican que la identidad latinoamericana- la identificación con esta categoría supranacional- es ampliamente compartida por nuestros sujetos en la medida en que más del 80% manifiesta un gran acuerdo en tres de los ítems utilizados en la medición. Consideramos importante señalar aquí, las diferencias observadas en las respuestas al ítem sobre si cada uno de los sujetos se consideraba “un latinoamericano típico”, donde el acuerdo es mucho menor en ambos países y consideramos que las características de los sujetos de nuestra muestra, de por sí grupos elite dentro de sus respectivos países, hacen algo difícil que puedan representarse a sí mismos como igualados con el promedio de la población.

El proceso de construcción de la categoría se asienta en atribuir a los latinoamericanos una culturalidad compartida y con características de personalidad considerados positivamente. Más del 50% de los sujetos recurrieron a estos elementos en sus respuestas a las preguntas abiertas, las cuales como es sabido, producen mayor dispersión o menor acuerdo que otro tipo de procedimientos.

La utilización de las características de la personalidad positivamente valoradas, corresponde a las predicciones de la identidad social positiva y la mención a personas percibidas como culturalmente afines implica una categoría que supera los límites de una nacionalidad y por ende, la existencia de una identidad supranacional genuina que a la vez trasciende lo que para algunas personas, no pasa de ser un artificio

de carácter político. Es incluso posible aventurar que el grado de identificación para los chilenos y venezolanos de esta muestra tiende a vincularse con la percepción de similitudes étnico-raciales sugiriendo un etnonacionalismo subyacente. Smith (1981), ha desarrollado extensamente esta noción enfatizando la emergencia de un nacionalismo étnico ante situaciones o estados específicos. En este caso particular, se trataría de un fenómeno a nivel supranacional. Con respecto a este mismo fenómeno, puede también ser peculiar sus probables orígenes míticos asociados al surgimiento de una “raza mezclada” de acuerdo a lo señalado por Saiz, Rehbein y Pérez Luco (1993) para el caso chileno.

La percepción de aspectos socio-políticos negativos, tales como la pérdida de identidad y la corrupción parece asociada a un menor grado de identificación particularmente en el caso de los chilenos cuya identificación promedio es menor que la de los venezolanos.

En términos de los procesos de comparación social, los datos no indican evidencias para afirmar la existencia de comparaciones negativas generalizadas. En relación con Norteamérica, no se observan diferencias con los puntajes de evaluación referidos al propio país; y entre los sujetos con una mayor identificación latinoamericana de ambos países incluso se presenta una actitud más negativa hacia Norteamérica. De alguna manera, se evidencia el que la autovaloración negativa para el propio país en relación con EEUU (Salazar, 1983a) se reduce, o se reversa, si el referente es Latinoamérica y no el país particular y específico. Es decir que este tipo de minusvaloración desaparece cuando el referente es el latinoamericano.

En otro sentido, es destacable y notorio en estos procesos la presencia de autoevaluaciones negativas en relación a Japón tanto en Chile como en Venezuela, lo que no deja de estar en función del grado de identificación con la categoría latinoamericano, pues mientras mayor es esta menos profunda es la comparación social negativa. La imagen positiva para el país nipón parece estar ampliamente extendida por cuanto así lo demuestran investigaciones realizadas aún con sujetos universitarios de EE.UU.

Los resultados también nos permiten señalar como el uso de dimensiones está relacionado con la comparación social: las comparaciones sociales negativas en relación con los japoneses están relacionadas con la atribución de rasgos de personalidad negativos a los latinoamericanos (flojos, etc.); las comparaciones sociales positivas en relación con los Estados Unidos están relacionadas con la utilización de referencias raciales y aspectos socio-políticos positivos.

En términos generales y aunque no todos los hallazgos son totalmente consistentes, y algunos de ellos plantean interrogantes que sería necesario explorar con mayor profundidad, podemos concluir que la identidad supranacional latinoamericana es una realidad psico-social, que implica elementos de un emergente supranacionalismo compartido al menos por estudiantes universitarios de Chile y Venezuela, que tiende a ser positiva especialmente en la consideración de características y rasgos de la personalidad utilizados en su construcción y que evaluada diferencialmente con respecto a otros grupos externos, aparece sin un etnocentrismo evidente pero tampoco en el extremo opuesto, es decir una minusvaloración generalizada.

REFERENCIAS

- Berry, J. (1993). *Ethnic identities in plural societies*. En M. E. Bernal y G. P. Knight (Eds). Ethnic Identity. Albany, N. Y.: State University of New York.
- Montero, M. (1996). La identidad social negativa: Un concepto en busca de teoría. En J.F. Morales, J. F., Páez, D., Deschamps, J. C., & Worchel, S. Identidad Social. (pp. 395-415). Valencia: Promolibro.
- Salazar, J. M. (1983a). Bases psicológicas del nacionalismo. México: Trillas.
- Salazar, J. M. (1983b). Degree of development and distance as related to mutual perceptions and attitudes among students in seven American countries. In J. B. Derogowski, S. Dziurawied y R. C. Annis (Eds). Expiscations in Cross-Cultural Psychology. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Salazar, J. M. (1983c). On the psychological viability of Latin Americanism. International Social Science Journal, 35, 295-308.
- Salazar, J. M. (1996). Identidad social e identidad nacional. En J. F. Morales, D. Páez, J. C. Deschamps y S. Worchel, Identidad Social (pp. 495-515). Valencia: Promolibro.
- Saiz, J. L., Rehbein, L., & Pérez-Luco, R. (1993). Identidad nacional: Mito de origen del chileno y autoatribución de estereotipos adscritos al indígena mapuche y al español pretéritos (Informe final del proyecto No. 9221). Temuco, Chile: Universidad de la Frontera, Dirección de Investigación y Desarrollo.
- Smith, A. D.(1981). The Ethnic revival in the modern world. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sumner W.G. (1906). Folkways. New York: Ginn.
- Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories. Cambridge: Cambridge University Press.

FANTASÍAS SEXUALES*

Enrique Barra A.¹

RESUMEN

En este artículo se hace una revisión general del tema de las fantasías sexuales en que se involucran los individuos, tanto durante la actividad sexual como durante otras actividades. El conocimiento de los distintos aspectos referentes a las fantasías sexuales puede contribuir de manera significativa a una mejor comprensión de la naturaleza del comportamiento sexual humano, en especial de las importantes y variadas diferencias de género existentes en sexualidad, y además puede ser útil en el manejo de ciertos problemas sexuales. Teniendo como marco general el tema de las similitudes y diferencias de género en la conducta sexual, se examinan los principales aspectos referidos a incidencia, frecuencia, contenidos, origen y desarrollo de las fantasías sexuales.

ABSTRACT

This paper reviews the topic of sexual fantasizing during sexual and non sexual activities. The knowledge about the characteristics of sexual fantasies may improve our understanding of the nature of human sexual behavior, especially the varied and significant gender differences in sexuality. This knowledge may also be useful in the management of certain problems related to sexual behavior. With the general framework of gender similarities and differences in sexual behavior, several issues about sexual fantasies are examined, including the available evidence on incidence, frequency, contents, origins and development.

Debido al rol decisivo que desempeñan los factores cognitivos en la conducta sexual humana, ha llegado a ser casi un lugar común afirmar que el principal órgano sexual del ser humano es el cerebro. Con esto se quiere indicar que la forma en que las personas perciben y procesan los diversos estímulos sexuales determina en gran medida su responsividad sexual en una determinada situación, y además que aún en ausencia de cualquier estimulación externa, los pensamientos e imágenes sexuales generados por los individuos pueden ser en sí mismos poderosos estímulos sexuales.

Siendo el estudio científico de las fantasías sexuales algo relativamente reciente en la investigación psicológica, el mayor conocimiento que se tenía hasta hace poco del tema provenía fundamentalmente de las recolecciones de Nancy Friday acerca de las fanta-

sías eróticas más frecuentes de las mujeres (Friday, 1974, 1994) y de los hombres (Friday, 1980). En nuestro medio, y basados en su experiencia clínica, psicólogos como Sutil (1991) y Rosenzvaig (1997) destacan la importancia de las fantasías eróticas en su análisis de la sexualidad y las relaciones de pareja. Actualmente existe cada vez más conciencia que el conocimiento de los distintos aspectos referentes a las fantasías sexuales puede hacer una contribución central a nuestra mejor comprensión de la naturaleza de la sexualidad humana. Las siguientes serían algunas de las razones de la importancia que tendría el estudio de las fantasías sexuales.

En primer lugar, las fantasías sexuales de un individuo pueden tanto influenciar su conducta sexual como reflejar su experiencia pasada. Es decir, la forma en que las personas se comportan en situaciones sexuales puede a veces ser influida por sus fantasías previas, así como estas fantasías pueden estar determinadas por lo que ellas previamente han leído, observado o practicado.

En segundo lugar, ya que las fantasías son privadas y no dependen de la participación de otras personas o de aspectos situacionales, ellas pueden revelar las necesidades, inclinaciones y preferencias sexuales de un individuo en un grado mucho mayor que su conducta sexual real.

En tercer lugar, y muy relacionado con lo anterior, las fantasías eróticas pueden ser un elemento clave para la comprensión de las diferencias de género en la sexualidad, dada la libertad que conceden para la expresión imaginaria sin restricciones de las preferencias sexuales. Por esto el estudio de las fantasías

* El presente artículo es una versión resumida del capítulo del mismo nombre publicado por el autor en su libro de apoyo a la docencia titulado *La Sexualidad* (1999), de la Universidad de Concepción.

¹ Psicólogo. Docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: ebarra@udec.cl

sexuales de ambos sexos puede proporcionar una comprensión única de las diferentes guías internas que subyacerían el comportamiento sexual de hombres y mujeres.

Por último, el conocimiento de las fantasías sexuales también puede ser relevante para la comprensión y manejo de algunos problemas relacionados con la conducta sexual, tanto en lo referente a algunas formas de disfunción sexual como algunas de las llamadas desviaciones sexuales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Una fantasía puede ser considerada un acto imaginario o un pensamiento que no es una simple reacción a estímulos externos, ni está dirigido a resolver un problema. Una fantasía sexual sería cualquier imaginación deliberada que tiene un carácter excitante o erótico para el individuo.

Las fantasías sexuales pueden tener un carácter muy variado, lo que por una parte nos ilustra acerca de la complejidad y variedad de los factores individuales de la conducta humana en general y sexual en particular, pero por otro lado plantea desafíos y dificultades importantes para su evaluación adecuada. Así, una fantasía sexual puede ser una historia muy elaborada y llena de detalles de todo tipo, o puede ser un pensamiento más o menos difuso acerca de alguna actividad romántica o sexual. Puede ser completamente realista, o incluir todo tipo de elementos irreales y aún bizarros. Puede consistir enteramente en recuerdos de eventos pasados, o puede ser una experiencia completamente imaginaria acerca de hechos nunca vividos ni aún observados. Puede ocurrir de manera espontánea o ser imaginada intencionalmente, así como puede ser inducida por otros pensamientos, sentimientos o sensaciones.

Las fantasías sexuales pueden ocurrir durante la masturbación solitaria y/o durante la actividad sexual con otra persona, o bien ellas pueden tener lugar fuera de cualquier actividad sexual. Esto se debe a que las fantasías sexuales pueden cumplir diversas funciones o ser utilizadas para distintos propósitos, entre los cuales estarían servir como una especie de ensayo cubierto de una conducta futura, como una fuente complementaria de excitación durante la actividad sexual, o como un intento de escape de la monotonía en una actividad no sexual (Gagnon, 1980).

Existen tres métodos principales para conocer las fantasías sexuales. Un primer método es proporcionar a los sujetos **listas** de posibles fantasías y pedirles indicar anónimamente cuáles de ellas han experimentado, en qué contexto, y con qué frecuencia. Un

segundo método son los **cuestionarios abiertos**, donde se pide a los respondientes, también anónimamente, describir en forma narrativa sus fantasías favoritas o más frecuentes, las cuales pueden ser luego categorizadas y evaluadas en diversas dimensiones mediante análisis de contenido. El tercer método, llamado **auto-monitoreo**, consiste en pedirle a los sujetos que registren las fantasías que ellos experimentan en un determinado período de tiempo, usando ya sea listas predeterminadas o diarios abiertos.

La mayor parte de la evidencia derivada de la investigación acerca de fantasías sexuales puede ser clasificada en dos grandes categorías: incidencia y frecuencia de las fantasías sexuales (cuántas personas fantasean, y cuán a menudo), y contenido de las fantasías sexuales (qué fantasean las personas). En ambos temas uno de los aspectos que más interesa son las diferencias de género, ya que como se ha expresado anteriormente el análisis de las fantasías sexuales haría una contribución muy significativa a la comprensión de las diferentes guías sexuales internas del comportamiento sexual de hombres y mujeres. La incidencia y frecuencia de fantasías sexuales pueden ser medidas en relación con tres diferentes contextos: durante la masturbación, durante las relaciones sexuales, y durante la actividad no sexual.

Respecto a la **incidencia** de las fantasías sexuales durante la masturbación, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres informan haber tenido alguna vez fantasías sexuales durante tal actividad sexual. Basados en la revisión de varios estudios, Leitenberg y Henning (1995) estiman un promedio de 86% para los hombres y de 69% para las mujeres, lo cual concuerda en general con las cifras informadas en los estudios de Kinsey, de un 89% de hombres y de un 64% de mujeres (Kinsey et al. 1967a y 1967b). En relación con la incidencia de fantasías sexuales durante las relaciones sexuales y durante actividades no sexuales, temas en los que se cuenta con menos datos, no existirían evidencias de diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto a la **frecuencia** de fantasías sexuales, los estudios en general muestran que los hombres tienden a informar tener fantasías más a menudo que las mujeres durante la masturbación y durante la actividad no sexual. En cambio ningún estudio comparativo ha informado una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la frecuencia de fantasías sexuales durante las relaciones sexuales. La mayor diferencia de género parece darse en relación con la frecuencia de pensamientos sexuales en general, no asociados con una actividad sexual específica (Leitenberg & Henning, 1995).

CONTENIDOS DE LAS FANTASÍAS SEXUALES

Aunque las fantasías sexuales pueden ser categorizadas en dos grandes rubros -recuerdos de experiencias pasadas cuya evocación es excitante, y experiencias que no han ocurrido pero cuya imaginación es excitante- el contenido específico de tales fantasías puede variar en forma casi ilimitada. Dos formas utilizadas para estudiar el contenido de las fantasías sexuales son el análisis factorial de las respuestas a listas de fantasías, y el análisis de las fantasías más populares o frecuentes que informan las personas.

Respecto al análisis de las **categorías o factores**, en general se pueden apreciar cuatro principales categorías de contenido en las fantasías sexuales de hombres y mujeres:

a) Escenas de actividades heterosexuales convencionales con amantes pasados, actuales o imaginarios.

b) Escenas que indican poder sexual e irresistibilidad, como seducción y parejas múltiples.

c) Escenas que involucran elementos no convencionales, referentes a contextos, posiciones, prácticas y tipo de parejas.

d) Escenas de sumisión o dominación que involucran o implican algún grado de forzamiento.

La segunda y la tercera categorías algunas veces se superponen y aparecen como un factor único, aún cuando desde un punto de vista psicológico podrían cumplir diferentes funciones para el individuo. En cambio, la segunda y la cuarta categorías a menudo aparecen como factores distintos, aún cuando psicológicamente podrían cumplir la misma función. La categoría claramente más común es la primera, referente a imaginiería heterosexual convencional con un amante pasado, actual o imaginario (Leitenberg & Henning, 1995)

Eysenck y Wilson (1981) describen cuatro factores: *Exploratorio*, *Intimo*, *Impersonal* y *Sadomasoquista*. Como sería de esperar, se encuentran diferencias sexuales respecto a estas categorías de contenido, relacionándose más las fantasías femeninas con el factor de intimidad (contextos románticos, besos apasionados, sexo oral pasivo), y las fantasías masculinas más con el factor de exploración (promiscuidad, sexo grupal, sexo con personas de otras razas). Aunque no emergió un factor de actividad-pasividad, una mayor proporción de mujeres que de hombres se imaginaba en un rol pasivo.

En el estudio de Ruiz y Torres (1995) acerca de fantasías sexuales femeninas en estudiantes universitarias españolas, se derivaron tres factores que fueron designados como: *Normativo*, *Promiscuo* y *Homosexual*. Aunque predominaba ampliamente el primer

factor (fantasías tradicionales de tener relaciones sexuales con la persona amada) sobre los otros dos, es interesante que las fantasías homosexuales lleguen a constituir un factor o categoría en una muestra de mujeres, quienes en general presentan menos conductas homosexuales que los hombres (Hyde, 1994). Estos resultados concuerdan totalmente con la alta proporción de fantasías homosexuales femeninas en los informes de Friday (1974, 1994).

Respecto al análisis de las fantasías más **populares**, recolectadas ya sea mediante listas o cuestionarios abiertos, los tres tipos más comunes tanto en hombres como en mujeres parecen ser: (a) revivir una experiencia sexual excitante; (b) imaginar tener sexo con la pareja actual; y (c) imaginar tener sexo con otra pareja. Otras fantasías populares involucran sexo oral, sexo en un ambiente romántico, sexo con varias parejas al mismo tiempo, diferentes posiciones sexuales, y ser forzado(a) a tener sexo. Aunque el contenido de las fantasías sexuales que tienen las personas durante distintas actividades parece ser bastante consistente, existirían algunas diferencias interesantes. Así, imaginar tener sexo con la pareja actual parece ser una fantasía más popular durante las actividades no sexuales, mientras que el imaginar tener sexo con otra pareja sería una fantasía más popular durante las relaciones sexuales.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONTENIDO DE LAS FANTASÍAS SEXUALES

Existiría en general una similitud en las categorías amplias de contenido de las fantasías sexuales de hombres y mujeres, lo cual se podría relacionar con el hecho que presumiblemente las fantasías que más comúnmente tienen las personas reflejarían experiencias culturales compartidas y la imaginiería sexual dominante prevaleciente en la sociedad. Sin embargo, al igual que en los otros ámbitos del comportamiento sexual, existirían diferencias de género respecto al contenido de las fantasías sexuales. Una autora expresa que estas diferencias se pueden resumir de la siguiente manera "las fantasías de los hombres tienden a involucrar situaciones en las cuales ellos son poderosos, agresivos y están involucrados en sexo impersonal, mientras que es más probable que las fantasías de las mujeres involucren romance o el ser forzadas a tener sexo" (Hyde, 1994, p. 274).

Una diferencia interesante es la informada por McCauley y Swann (1978), en el sentido que tanto durante la masturbación como durante la actividad heterosexual, los hombres fantaseaban más acerca de experiencias sexuales reales pasadas y actuales, mientras que las mujeres fantaseaban más acerca de expe-

riencias sexuales imaginarias. En su análisis de las posibles funciones que desempeñarían las fantasías sexuales durante la actividad sexual, McCauley y Swann (1980) sugieren que esta diferencia se relacionaría con el hecho que las mujeres usan más las fantasías de experiencias imaginarias para aumentar la excitación, para disminuir la ansiedad respecto a la actividad sexual, como compensación para experiencias sexuales poco satisfactorias, y aún para incrementar una experiencia sexual satisfactoria. En cambio, los hombres tienden más a usar fantasías de experiencias reales para aumentar la excitación sexual y para controlar y dirigir la actividad sexual. Esta última tendencia, de centrarse más en experiencias reales, podría responder a la necesidad de los hombres de cumplir con la “guía sexual” (Gagnon, 1980) que asigna al hombre la responsabilidad primaria de dirigir la actividad sexual.

También se encuentran algunas diferencias significativas entre las fantasías sexuales de hombres y mujeres en aspectos más específicos, como los que se revisan a continuación.

Rol activo versus pasivo en la fantasía

Tal como se esperaría a partir de las prácticas de socialización diferencial de los roles sexuales, en que se asigna a los hombres un rol más activo y a las mujeres un rol más pasivo respecto a la iniciativa sexual, el análisis de las fantasías de ambos sexos revela que es más probable que los hombres se imaginen haciendo algo sexualmente excitante a la pareja, y que las mujeres se imaginen siendo las receptoras de actividades sexuales (Knafo & Jaffe, 1984). De acuerdo a Rosenzvaig (1997), debido a que los hombres han sido entrenados para la acción, el dominio y la autonomía, mientras en las mujeres se ha enfatizado la importancia del afecto y la relación, “los hombres tienden a ensayar y fantasear con lo que ellos harán que suceda, mientras que las mujeres especulan con aquello que habrá de sucederles a ellas” (p. 80). En relación con esto, se podría concluir que el hombre se focaliza en el cuerpo de la mujer, mientras que la mujer se focaliza en el interés del hombre por su cuerpo.

Imaginería visual-explicita versus imaginería emocional-romántica

El análisis cualitativo de las fantasías sexuales de hombres y mujeres muestra que las fantasías de los hombres contienen más imaginería visual y detalles anatómicos explícitos, mientras que las fantasías de las mujeres contienen más referencias al contexto emocional, afecto y romance. Un estudio particularmente revelador de estas diferencias de género es el informado en 1990 por Ellis y Symons, quienes utili-

zaron un cuestionario diseñado específicamente para evaluar este aspecto. En comparación con los hombres, una mayor proporción de mujeres informaron que tanto el contexto emocional y físico como el preludio que antecede a las relaciones sexuales eran una parte importante de sus fantasías sexuales. También un mayor porcentaje de mujeres que de hombres informaron que se focalizaban en las “características personales o emocionales de la pareja fantaseada”, y en “su propia respuesta física o emocional durante la fantasía”. A su vez, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres informaron que se focalizaban en las “características físicas de la pareja” y en “los actos sexuales” (Ellis & Symons, 1990).

Número de parejas sexuales en la fantasía

El imaginarse teniendo actividades heterosexuales con varias parejas al mismo tiempo puede ser excitante tanto para los hombres como para las mujeres, ya que implicaría percibirse a sí mismo con una alta deseabilidad y capacidad sexual. Sin embargo, este tipo de fantasía sería más concordante con los estereotipos y guías sexuales masculinas prevalecientes, que con el esquema de mayor intimidad y exclusividad que sería más característico del estereotipo femenino.

Esta diferencia se aprecia de manera muy clara en el estudio de Knafo y Jaffe (1984), quienes investigaron la frecuencia con que los hombres y mujeres de su muestra experimentaban 21 distintas fantasías durante tres diferentes situaciones: masturbación, relaciones sexuales, y actividades no sexuales. Se encontró que de los 21 ítems de fantasía de la escala, hombres y mujeres diferían significativamente en sus respuestas a sólo dos ítems en cada una de las tres situaciones, y en cada una de ellas (masturbación, coito y actividad no sexual) una de las dos diferencias significativas era que los hombres fantaseaban más que las mujeres acerca de tener sexo con más de una pareja a la vez. Y en un estudio con alrededor de 800 sujetos británicos de 17 a 57 años, Wilson (1997) encontró que la diferencia de género más notoria se observaba en el ítem “sexo grupal”, con una incidencia cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Fantasías de sumisión

Uno de los aspectos que más ha llamado la atención de los investigadores en el tema de las fantasías sexuales ha sido la proporción significativa de mujeres que experimentan fantasías en las cuales ellas son forzadas a someterse sexualmente. Diversos estudios han informado incidencias de fantasías de sumisión que varían entre un 20 y un 50% de las mujeres en las muestras utilizadas, y además se ha informado que

este tipo de fantasía se encuentra entre los más frecuentes de las mujeres (entre el primer y el séptimo lugar, en diferentes estudios), especialmente durante las relaciones sexuales. Una de las demostraciones más claras de lo anterior es lo informado en el estudio de Knafo y Jaffe (1984), quienes encontraron que en las mujeres la fantasía de ser forzada a someterse sexualmente era la más frecuente de todas durante las relaciones sexuales, la cuarta más frecuente durante la masturbación, y la quinta más frecuente durante las actividades no sexuales.

Aunque también algunos hombres tienen fantasías eróticas en las cuales ellos se someten a una mujer dominante, los diversos estudios comparativos revelan que las fantasías de sumisión son mucho más comunes en las mujeres. Así por ejemplo, en el estudio de Knafo y Jaffe recién mencionado, mientras la fantasía de sumisión ocupaba los rangos 1, 4 y 5 en los tres contextos para las mujeres, en los hombres los rangos correspondientes fueron 14, 16 y 16. Y en el estudio de Wilson citado anteriormente, al solicitárseles a los sujetos describir su fantasía favorita, un 13% de las mujeres y sólo un 4% de los hombres indicaron que su fantasía favorita era ser forzado(a) sexualmente.

El hecho que algunas mujeres parezcan excitarse y derivar placer de fantasías de sumisión sería un tema controvertido que pudiera dar lugar a interpretaciones erradas, y además alimentar los mitos referentes a que muchas mujeres desearían o disfrutarían ser violadas. El que muchas mujeres encuentren sexualmente excitantes las fantasías de sumisión no tendría absolutamente ninguna relación con un supuesto deseo de ser forzadas sexualmente en la realidad, ya que una fantasía erótica de ser sometida por un hombre es muy diferente a una violación real en todos los aspectos. Además, las fantasías eróticas femeninas de violación más típicas habitualmente involucran imaginar un hombre sexualmente atractivo que es irresistiblemente excitado por el gran atractivo sexual de la mujer, por lo cual estas fantasías "pueden implicar indirectamente que la mujer es tan sexualmente seductora y atractiva -otro atributo por cuya posesión las mujeres están condicionadas culturalmente a esforzarse- que ella provoca que el hombre pierda el control sobre sus acciones" (Knafo & Jaffe, 1984, p. 459).

Fantasías de dominación

Así como las fantasías de sumisión sexual presentaban una mayor incidencia y frecuencia en las mujeres que en los hombres, lo inverso se encuentra respecto a las fantasías de forzar a la pareja a realizar actividades sexuales. Haciendo una estimación promedio de diversos resultados citados por Leitenberg y Henning (1995), se concluiría que la incidencia de

este tipo de fantasía sería de alrededor de 30% en los hombres y 10% en las mujeres.

A manera de **síntesis**, se puede concluir que existirían varias diferencias importantes en el contenido de las fantasías sexuales de hombres y mujeres. Las fantasías de los hombres son más activas y se focalizan más en el cuerpo de la mujer y en las actividades sexuales que ellos desean hacer, mientras que las fantasías sexuales de las mujeres son más pasivas y se focalizan más en el interés de los hombres por su cuerpo y su atractivo. Las fantasías masculinas también se focalizan más en actividades sexuales explícitas, detalles anatómicos y gratificación física, mientras que las mujeres incorporan más un contexto emocional y el romance en sus fantasías sexuales. Es más probable que los hombres tengan fantasías de dominación sexual y fantaseen acerca de múltiples parejas y sexo grupal que las mujeres, mientras que es más probable que las mujeres tengan fantasías de sumisión sexual que los hombres.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LAS FANTASÍAS SEXUALES

No es una tarea fácil tratar de determinar por qué ciertos pensamientos o imágenes llegan a ser elementos sexualmente excitantes para algunas personas y no para otras. De acuerdo a los principios del aprendizaje y a los procesos de condicionamiento, potencialmente cualquier estímulo que haya estado presente en las situaciones en que un individuo ha experimentado excitación sexual y orgasmo podría llegar a adquirir propiedades eróticas. Al respecto podemos recordar que hace ya varias décadas Rachman (1966, citado en Storms, 1981) fue capaz de inducir en el laboratorio respuestas fetichistas en sujetos normales, apareando repetidamente fotos de mujeres atractivas desnudas con fotos de botas femeninas. Sin embargo, es aparente que existen muchos estímulos que habitualmente están presentes cuando se experimenta excitación sexual y orgasmo (por ejemplo, muebles del dormitorio) y que, sin embargo, no llegan a convertirse en elementos excitadores.

Por lo tanto, además de los procesos de asociación de estímulos y respuestas, podría pensarse que el hecho que un individuo preste más atención y conceda valor erótico a algunas señales y no a otras, dependería también de otros factores, entre los cuales podrían estar sus procesos cognitivos en el momento, algún grado de predisposición hacia ciertos estímulos en particular, y las diversas influencias del proceso de socialización, como por ejemplo las distintas "guías sexuales" aprendidas (Gagnon, 1980). Sin embargo, aún así se pensaría que en muchos casos algunas experiencias idiosincrásicas de condicionamiento ju-

garían un rol importante en el desarrollo de las fantasías sexuales predilectas.

Así, podría ocurrir que un individuo tenga su primera experiencia de excitación sexual intensa mientras observa una determinada escena en una película, o mientras lee una historia sobre sexo grupal, o bien mientras se está besando con alguien hacia quien experimenta un fuerte afecto. Desde el punto de vista del condicionamiento y también del llamado efecto de primacía, se podría esperar que estos estímulos que estuvieron presentes la primera ocasión en que se experimentó una fuerte excitación sexual puedan adquirir un valor erótico particular. Además, estos estímulos iniciales pueden llegar a adquirir propiedades excitantes más intensas aún, si luego son imaginados durante la masturbación o durante cualquiera otra actividad sexual que produzca excitación y lleve al orgasmo, ya que se produciría un importante proceso de reforzamiento con uno de los reforzadores más poderosos existentes como es el placer sexual.

Durante los episodios de masturbación o de excitación sexual en general, la fantasía puede ser elaborada y modificada de distintas formas, reteniéndose los elementos que producen mayor excitación y descartándose aquellos que ya no son tan excitantes. Nuevos elementos que sean excitantes para el individuo pueden incorporarse a la fantasía, y las nuevas experiencias que se tengan pueden generar nuevas fantasías o bien reforzar las ya existentes. De esta manera, determinadas fantasías pueden llegar a “instalarse” en el individuo como resultado de ser reforzadas repetidamente por las sensaciones placenteras de excitación sexual y orgasmo que acompañan la masturbación y la actividad sexual con otra persona.

El contenido de las fantasías estaría fuertemente determinado por lo que la persona ha experimentado directamente, o bien ha leído, visto o escuchado. Como se indicó al revisar el tema de los contenidos, una de las fantasías sexuales más comunes es recordar alguna experiencia sexual pasada particularmente excitante, pero además las personas incorporan en sus fantasías cosas que han leído o visto aunque nunca las hayan experimentado directamente. A medida que las personas tienen experiencias sexuales más variadas nuevas imágenes pueden irse incorporando en la fantasía, encontrándose en la investigación que los individuos con mayor cantidad y variedad de experiencias sexuales tienden a tener una mayor variedad de fantasías sexuales, y sus fantasías tienden a ser más sexualmente explícitas y más vividas.

Se observaría entonces que es más probable que las personas fantaseen acerca de contenidos que les son familiares, y que a medida que ellas tienen diferentes experiencias sexuales aparentemente aumentan la diversidad de sus fantasías eróticas. Esto con-

tradice la visión freudiana que plantea que la motivación usual para las fantasías sexuales serían los deseos insatisfechos, ya que no se podría considerar que las fantasías compensan la falta de experiencias si ellas parecen correlacionarse positivamente con el monto y variedad de experiencias sexuales que tienen los individuos (Arndt, Foehl & Good, 1985; Ruiz & Torres, 1995).

Es evidente que además de la experiencia sexual, y en interacción con ella, otros aspectos de la experiencia individual y del desarrollo de la personalidad determinarían el desarrollo de las fantasías sexuales preferidas, sin embargo este es un tema bastante desconocido. Algunos de los aspectos que no se conocen suficientemente y que deberían ser objeto de investigación son cómo las preferencias individuales por determinadas fantasías podrían estar influenciadas por dimensiones individuales como la orientación sociosexual (Jones, 1998; Simpson & Gangestad, 1991) o la erotofilia/erotofobia (Fisher, Byrne, White & Kelley, 1988), y si las fantasías preferidas van cambiando a medida que cambian algunas actitudes sociales hacia el sexo, o a medida que el individuo pasa por diversas etapas de desarrollo. Respecto a lo último, y al igual como sucede en una gran cantidad de aspectos psicológicos, se requieren estudios longitudinales que ilustren de manera adecuada sobre los cambios que podrían experimentar las fantasías sexuales preferidas a través del ciclo vital.

Como se expresaba al inicio de esta revisión, la importancia de los factores cognitivos en la conducta humana hace que hoy en día el conocimiento de las fantasías eróticas constituya un elemento imprescindible para una adecuada comprensión de la naturaleza, motivaciones, funciones y significados de la sexualidad, debido a la multideterminación causal, riqueza y complejidad de la conducta humana.

REFERENCIAS

- Arndt, W., Foehl, J., & Good, F. (1985). Specific sexual fantasy themes: A multidimensional study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 472-480.
- Eysenck, H., & Wilson, G. (1981). *Psicología del sexo*. Barcelona: Herder.
- Ellis, B., & Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy: An evolutionary psychological approach. *Journal of Sex Research*, 27, 527-555.
- Fisher, W., Byrne, D., White, L., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Friday, N. (1974). *My secret garden: Women's sexual fantasies*. New York: Pocket Books.

- Friday, N. (1980). Men in love. Men's sexual fantasies. New York: Dell Publishing.
- Friday, N. (1994). Mujeres arriba. Barcelona: Ediciones B, S.A..
- Gagnon, J. (1980). Sexualidad y cultura. México: Pax-México
- Hyde, J. (1994). Understanding human sexuality (5th Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jones, M. (1998). Sociosexuality and motivations for romantic involvement. Journal of Research in Personality, 32, 173-182.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., & Martin, C. (1967a). Conducta sexual del hombre. Buenos Aires: Ediciones Siglo 20.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., & Gebhard, P. (1967b). Conducta sexual de la mujer. Buenos Aires: Ediciones Siglo 20.
- Knafo, D., & Jaffe, Y. (1984). Sexual fantasizing in males and females. Journal of Research in Personality, 18, 451-462.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. Psychological Bulletin, 117, 469-496.
- McCauley, C., & Swann, C. (1978). Sex differences in sexual fantasy. Journal of Research in Personality, 12, 76-86.
- McCauley, C., & Swann, C. (1980). Sex differences in the frequency and functions of fantasies during sexual activity. Journal of Research in Personality, 14, 400-411.
- Rosenzvaig, R. (1997). La pareja al desnudo. Barcelona: Ediciones Apóstrofe.
- Ruiz, C., & Torres, E. (1995). Fantasía, deseo y comportamiento sexual femenino. Revista Interamericana de Psicología, 30, 223-244.
- Simpson, J., & Gangestad, S. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 870-883.
- Storms, M. (1981). A theory of erotic orientation development. Psychological Review, 88, 340-353.
- Sutil, M. (1991). Sexo y fantasía: La intimidad en la relación amorosa. Santiago: Editorial Afrodita.
- Wilson, G. (1997). Gender differences in sexual fantasy: An evolutionary analysis. Personality & Individual Differences, 22, 27-31.

PERCEPCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTALIDAD DE TRÁNSITO

Pablo C. Olivos Jara¹

RESUMEN

Los accidentes de tránsito se han constituido en problema de opinión y salud pública durante los últimos años, en el mundo y en nuestro país. Las alarmantes cifras hablan de más de 40 mil accidentes anuales (superando los 50 mil en 1996) y de una cantidad superior de accidentados, de los cuales más de 1.800 mueren (CONASET, 1997).

En la investigación realizada de Olivos y Martínez (1999), se realizó un análisis de la percepción que los usuarios de las vías tienen de los riesgos y amenazas a los que se ven expuestos cuando transitan por las calles de la ciudad, tanto al caminar como al conducir. En este estudio se analiza descriptivamente la respuesta de 120 personas, frente a una escala sobre la percepción de riesgos en el tránsito y su estimación de peligrosidad acerca de los mismos, respectivamente. El objetivo es ver como perciben los usuarios de las vías aquellas amenazas o riesgos que se han constituido como principal causa de los accidentes de tránsito con consecuencia de muerte y que lugar ocupan en su representación del riesgo de tránsito.

Entre los principales resultados se encuentran que las personas mencionan riesgos percibidos como muy peligrosos que involucran principalmente a conductores, en cambio, aquellos que involucran a peatones son percibidos sólo como peligrosos e incluso de riesgo moderado, siendo estos últimos los principales involucrados en accidentes con consecuencia de muerte en nuestro país.

ABSTRACT

The traffic accidents have been one of the most important public health problem in the last years, in the world and in our country. More than 40 thousand annual accidents (overcoming the 50 thousand in 1996) and a lot of accident victims, whit more than 1.800 deads (CONASET, 1997), was the dramatic accidental stadistic in Chile.

The Olivos and Martínez (1999) research, report the pedestrian and drivers perception of the risks that they are exposed when go over the streets in the city. The research analyzed the answer of 120 people descriptively, whit a scale about the risks perception in the traffic and the danger estimate about the same ones. The objective is to describe the users roads perceive those threats or risks that are one of the most important causes of the traffic accidents with consequence of death and know the representation of the traffic risk.

The people identifies "very dangerous risks" related whit drivers, but those that involve pedestrians only perceived like dangerous and even controled risk,

being pedestrians the main ones involved in accidents with consequence of death in our country.

INTRODUCCIÓN

Conducir es una actividad imprescindible para sostener el ritmo de vida de la humanidad. Basta remitirse al hecho de que en todo el mundo circulen en la actualidad más de 700 millones de automóviles y que en 1994 se fabricaran cerca de 50 millones de unidades (Mejías, Morales y Nájera, 1995). Fenómeno que comenzó su crecimiento exponencial en 1908, con el origen de la industria autmovilística Ford y su famoso modelo T, al amparo de la naciente administración científica, del cual se vendieron más de 16 millones en 17 años (la mitad de los autos que circulaban en el mundo eran Ford).

Si nos remontamos a los inicios del problema, podemos ver que las primeras muertes por accidentes de tráfico fueron denunciadas en Gran Bretaña y en Estados Unidos en los últimos años del siglo XIX. A lo largo de los 100 años que siguen, ha habido un creci-

¹ Psicólogo Universidad de Santiago de Chile. Profesor de las Escuelas de Psicología USACH y U. Miguel de Cervantes. Jefe del Area de Participación Ciudadana y Educación Ambiental de CONAMA RM. (56-02 6713052; polivos.rm@conama.cl)

miento continuo de las cifras de muertos y heridos por accidentes de tránsito, de modo que hoy en día se presenta como una de las mayores causales de muertes y heridos del siglo (Mejías, Morales y Nájera, 1995).

Los accidentes de tránsito se sitúan entre las primeras causas de muerte en muchos países, presentándose incluso como la más importante en aquellos países más industrializados. Así, por ejemplo, en los últimos 25 años en Estados Unidos han ocurrido más muertes en accidentes de tránsito que durante las dos guerras mundiales y las guerras de Corea y Vietnam juntas. Incluso, resulta impresionante descubrir como han muerto más cascos azules de la O.N.U. en la guerra de Bosnia por causa de los accidentes de tránsito que por las armas de fuego (Pollok, 1997).

La Accidentalidad de Tránsito en Chile

El aumento de la cantidad de "vehículos a motor" existente en nuestro país ha traído ventajas asociadas al desarrollo económico, pero también desventajas tales como: deterioro del medio ambiente en general y contaminación ambiental de diversos tipos (emisiones móviles de monóxido de carbono, hidrocarburos y óxidos de nitrógeno); al igual que los efectos que ha tenido en la seguridad de los seres humanos debido al aumento de los accidentes y sus consecuencias no sólo a nivel individual, sino que también en otros ámbitos tales como sociales y económicos. Esto ha creado la necesidad de destinar mayores recursos

para habilitar de mejor forma las vías de circulación y para incrementar las investigaciones en el tema.

En Chile los accidentes de tránsito se han ubicado, durante los años 1989, 1991, 1992 y 1993, entre las principales causas de muerte por traumatismo, las que constituyen la tercera causa de muerte en todo el país (INE, 1995) y el número de personas involucradas en accidentes de tránsito -lesionados en diversos grados y muertos- aumentó en un 47.5% desde 1988 a 1992 (Moyano Díaz, 1994), lo que da una referencia respecto de la magnitud del problema.

Los registros estadísticos sobre accidentes de tránsito son llevados por Carabineros de Chile, quienes han desarrollado un sistema de clasificación compuesta por las siguientes categorías: atropellos, caídas, choques, colisiones, volcaduras y otros tipos. Los atropellos corresponden a aquellos accidentes en los que participa un solo vehículo en movimiento; en las colisiones, participan como mínimo dos vehículos en movimiento y en los choques un vehículo impacta a un objeto fijo o a un vehículo estacionado o detenido (Carabineros de Chile, 1995). Las consecuencias de los accidentes son clasificadas según gravedad de la lesión, es decir: muertos, graves, menos graves y leves, condición que es evaluada al momento del accidente. Este registro se efectúa por medio de una constancia, hecha por carabineros.

Una comparación del total de accidentes, según gravedad, entre los años 1994 (N=43.908) y 1997 (N=50.711), se observa en la figura 1.

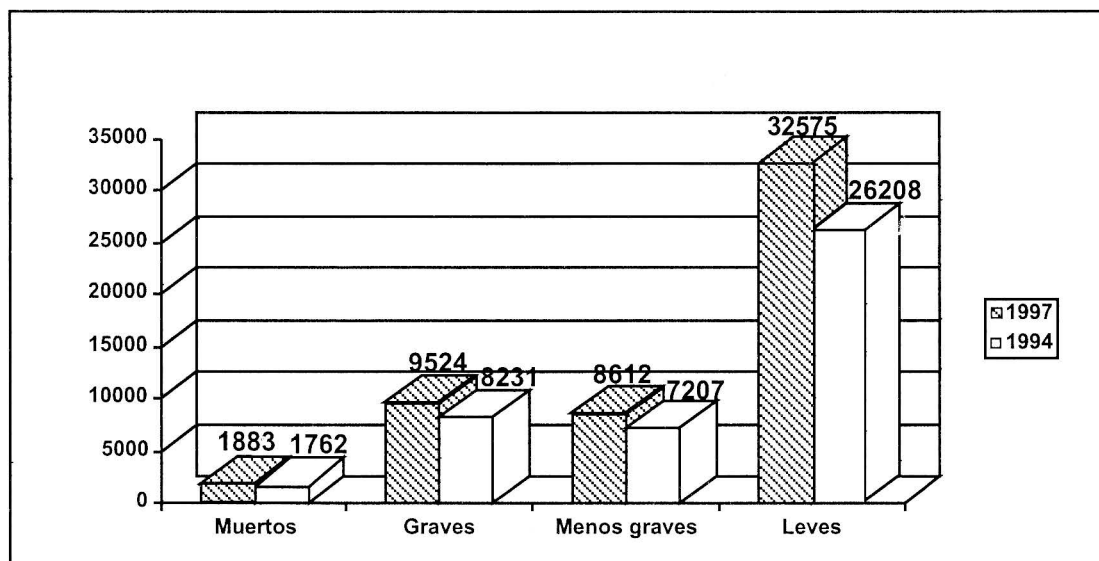


Figura Nº1

Comparación del número de accidentados, según gravedad, para los años 1994 y 1997 (CONASET, 1997; Carabineros de Chile, 1995)

Es posible ver en la gráfica que, en cuatro años, han aumentado los accidentes en todos sus tipos de consecuencias, siendo los lesionados leves el grupo con mayor incidencia. Además, el porcentaje de víctimas en estado grave o de muertos ocurre principalmente por atropellos, consecuencia que ocupa el segundo lugar en ocurrencia en la accidentalidad en Chile en los últimos cuatro años.

Dentro de los factores que se han destacado en el estudio de las causas de los accidentes de tránsito, se identifican tres grupos de factores: los ambientales, los humanos y los del vehículo. Cada uno de ellos ha sido bastante estudiado, sin que se llegue a un acuerdo general aceptado en relación a la contribución relativa de cada uno de ellos. A pesar de esto se considera que los factores humanos tienen más responsabilidad en la producción de accidentes. Las investigaciones en torno al tema estiman que los factores humanos, tienen una participación que oscila desde 33% hasta el 91% de responsabilidad (Carbonell, Bañuls, Cortés y Sáiz, 1995).

Considerando la importancia de los factores implicados en la producción de accidentes, resulta relevante enfrentar el tema desde enfoques atingentes, y revisar así las implicancias de los factores humanos en los accidentes de tránsito. Para ello, en la investigación de Olivos y Martínez (1999), se realizó un análisis de la percepción que los usuarios de las vías tienen de los riesgos y amenazas a los que se ven expuestos cuando transitan por las calles de la ciudad, tanto al caminar como al conducir. El objetivo de este estudio es identificar las amenazas a las que los usuarios de las vías creen estar expuestos al transitar y la posible diferencia que exista entre éstas y las consignadas por las estadísticas como las principales causas de los accidentes de tránsito.

METODOLOGÍA

La población corresponde a conductores y peatones de la ciudad de Santiago. El instrumento se aplicó a una muestra, no probabilística, compuesta de 120 sujetos, peatones y conductores, los que se distribuyeron equitativamente según sexo y edad. Los conductores y peatones son distinguidos según éstos tengan licencia para conducir o no, respectivamente. Los grupos etarios son diferenciados de acuerdo a dos intervalos: jóvenes, menores de 25 años; y adultos de 26 años o más.

Instrumento

En la ocasión se aplicaron dos cuestionarios, uno para peatones y otro para conductores, compuestos de tres escalas cada uno. Para el registro de las percepciones aquí reportadas, se ha profundizado en

el análisis de la primera de estas escalas, correspondiente a un instrumento de ítems abiertos cuyo objetivo es *“registrar los riesgos a los que la gente percibe que puedan estar expuestas al ejecutar una conducta vial, como peatón o como conductor y, además, su estimación de peligrosidad de estos riesgos”* en una escala likert de cinco puntos, donde 1 significa muy peligroso y 5 nada peligroso (ver escala en anexo).

Procedimiento de análisis

Los instrumentos fueron aplicados en el período comprendido entre Noviembre 1998 y Febrero de 1999, colectivamente, en la medida que los grupos fueron siendo contactados.

Primero se contabilizaron las respuestas más frecuentes, es decir, cuales eran las respuestas que más daban los sujetos de la muestra, sin agruparlas bajo ninguna categoría. Luego se identificó el nivel de peligrosidad asociado a dichas respuestas, obteniendo un promedio de peligrosidad según las respuestas que cada sujeto le había asignado (donde 1=muy peligroso y 5=nada peligroso). Se obtuvo así un listado de conductas, situaciones y elementos de tránsito, los cuales son percibidos por los sujetos de la muestra con ciertos rangos de peligrosidad.

Posteriormente y como un ejercicio de análisis independiente del anterior, las respuestas fueron procesadas de acuerdo a un análisis de contenido y categorial. De este modo, se elaboraron categorías de respuestas, las que fueron construidas según un patrón de asociación que consideraba, entre otros criterios: el tipo de conducta referida en el riesgo mencionado, es decir, si era una transgresión, un lapsus, un error y que tipo de transgresión era (por ejemplo, un choque, un atropello, etc.); si era un riesgo relativo a las personas o a elementos físicos, para los cuales además se distinguió entre tipos de elementos (por ejemplo, signos del tránsito, infraestructura vial, vehículos, etc.); se consideró también una distinción entre consecuencias y posibles causas (por ejemplo, lesiones, agresiones y estados de ánimo, irresponsabilidad, respectivamente).

RESULTADOS

Algunos antecedentes interesantes a describir del grupo de personas encuestadas es que el 25% ha tenido alguna experiencia de accidentalidad, es decir, ha participado en algún accidente de tránsito. De estos, 20 son hombres (16.7%) y 10 mujeres (8.3%); 15 jóvenes y 15 adultos (ambos con 12.5%); 23 conductores (19.2%) y 7 peatones (5.8%).

Es importante describir también, la autopercepción que estas personas tienen respecto de sus habilidades para conducirse en las calles, ya sea como conductor

o como peatón. Justamente, la mayoría de los peatones y de los conductores –con una leve tendencia superior en los primeros– dice tener habilidades iguales al promedio de la gente. Lo mismo ocurre según sexo y edad, aunque hay una tendencia a autoperibirse con habilidades superiores al promedio en hombres (17.5%), en jóvenes (17.5%) y en conductores (17.5%).

Aunque la mayoría (66.7%) manifiesta tener habilidades iguales al promedio, llama la atención que, de las personas con experiencia de accidentalidad, **nin-**

guna dice tener habilidades bajo el promedio, mostrando además mayor cantidad de respuestas relativas a poseer habilidades superiores al promedio que aquellas que no han tenido experiencia de accidentalidad (36,7% v/s 26,7%, respectivamente).

Análisis de respuestas más frecuentes

Las respuestas más mencionadas fueron:

Tabla Nº1

Respuestas más frecuentes a la escala de percepción de riesgos y nivel de peligrosidad atribuido (n = 540 nominaciones)

RESPUESTA	FRECUENCIA	PELIGROSIDAD*	ORDEN
Atropellos	20	1,3	4
Chocar con otro	13	1,5	5
Cruzar a mitad de cuadra	12	2,3	12
Señales mal mantenidas	11	2,0	10
Calles mal mantenidas o en mal estado	11	1,9	9
Ser atropellado	10	1,6	6
Caerse de la micro (por ejemplo, al bajar)	10	2,4	13
Peatones imprudentes	10	1,7	7
Conductor bajo la influencia del alcohol	10	1,3	4
Atropellar a alguien	8	1,0	1
Choques	8	1,7	7
Gran velocidad (exceso)	8	1,2	3
Cruzar con rojo	7	1,5	5
Caídas	7	2,1	11
Conductores o choferes imprudentes	7	1,1	2
Semáforos en mal estado	6	1,8	8
Pinchar una rueda	5	1,6	6
Pasar con luz amarilla	4	3,0	15
Choques de vehículos	4	1,3	4
No respeto de signos	4	1,5	5
Cambios de pista	4	2,4	13
Vehículos defectuosos	4	2,5	14

* donde 1=muy peligroso; 2=moderadamente peligroso; 3=de riesgo moderado; 4=poco peligroso; y 5=nada peligroso

De entre las respuestas más mencionadas, “atropellar a alguien” ocupa el primer lugar, es decir, la gente la percibe no sólo como un riesgo, sino además, como **muy peligroso**. El segundo lugar lo ocupa la respuesta “conductores o choferes imprudentes” y el tercero “gran velocidad (exceso)”. El cuarto lugar lo comparten “atropellos”, “conducir bajo la influencia del alcohol” y “choques de vehículos”. En el quinto lugar se encuentran respuestas percibidas **entre muy peligrosas y sólo peligrosas**, estas son “chocar con otro”, «cruzar con rojo» y «no respeto de signos».

En el sexto lugar se hayan las respuestas “ser atropellado” y “pinchar una rueda”. En el séptimo “peatones imprudentes” y “choques”. En el octavo,

noveno y décimo lugares se encuentran las respuestas “semáforos en mal estado”, “calles mal mantenidas o en mal estado” y “señales mal mantenidas”, respectivamente, siendo estas últimas percibidas como condiciones de riesgo **peligrosas**.

En el decimoprimer lugar se haya la respuesta “caídas”; “cruzar a mitad de cuadra” se encuentra en el decimosegundo lugar, seguida en el decimotercer lugar por “cambios de pista” y “caerse de la micro (por ejemplo, al bajar)”. En el decimocuarto y decimoquinto lugares se encuentran las respuestas “vehículo defectuosos” y “pasar con luz amarilla”. Todas ellas percibidas como situaciones **de riesgo moderadas**.

Es posible ver que en el primer grupo de respuestas se encuentran aquellas que involucran como agen-

te causal principalmente a conductores, por ejemplo, atropellar a alguien, conductores imprudentes, exceso de velocidad, conducir bajo la influencia del alcohol, etc., todas conductas de riesgo percibidas como muy peligrosas. En cambio, aquellas que involucran a peatones, como por ejemplo, ser atropellado, peatones imprudentes, caerse de la micro y cruzar a mitad de cuadra, son percibidas sólo como peligrosas e incluso de riesgo moderado, al igual que aquellas respuestas que identifican las fallas estructurales de vías y señales como condiciones de riesgo. Esto llama la atención ya que este tipo de conducta es la más frecuente como causa de muertos por atropellos en nuestro país, lo que apoyaría los reportes de Moyano Díaz (1997) en esta línea, quien ha evidenciado que la jerarquía de comportamientos transgresores a la ley de tránsito es diferente entre legos (el ciudadano común) y expertos (Carabineros).

Nótese que, en lo relativo la situación de atropello, aparecen declaraciones tanto desde el punto de vista de la víctima ("ser atropellado"), como desde el punto de vista del causante material de la situación ("atropellar a alguien"), sin que necesariamente éste último sea el responsable del atropello. Además, aparece mencionada la conducta de riesgo específica para la cual se ha señalado la principal responsabilidad como causa de accidentes con consecuencias fatales, aunque percibida con un nivel de peligrosidad moderado.

Otro par de respuestas indican el grado de responsabilidad que le podría caber al peatón, según lo perciben los sujetos de la muestra ("peatones imprudentes") y la inseguridad que provoca el medio de transporte público, en particular los microbuses ("caerse de la micro").

Análisis de categorías de respuesta

Del análisis y clasificación, se desprendieron 38 categorías -las que abarcan aproximadamente 540 respuestas- quedando aisladas 33 respuestas, las que no pudieron agruparse por no ser clasificables de acuerdo al criterio empleado (descrito en la metodología).

Como las categorías consisten en etiquetas generales de conductas, situaciones u otros elementos, algunas respuestas quedaron dentro de dos o tres categorías distintas (las que no se consideraron repetidamente en el conteo de las frecuencias de respuestas). Esta agrupación original se prefirió para el análisis de contenido, ya que permite agotar las asociaciones explicativas para cada categoría. Las categorías obtenidas, partiendo por aquellas que agrupan mayor cantidad de respuestas, son las que se reportan a continuación.

Tabla N°2

Deducción de categorías a partir de las respuestas y sus frecuencias*, (n = 540 nominaciones)

RESPUESTAS ASOCIADAS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA
Ser atropellado, atropellos , atropellos por conductores imprudentes, atropellos por conductores distraídos, atropellar a alguien , atropellar a un peatón, atropellos por conductores ebrios, atropellado por motorista, atropellar un perro.	Atropellos	48
Bajarse de la micro a mitad de cuadra, bajarse de una micro en movimiento, caerse de la micro (al bajar) , las micros al adelantar, las micros, chofer de bus cerca, chocar (roce) con una micro, locomoción colectiva, que se queme la micro, mucha locomoción colectiva, velocidad de las micros, subir (o bajar) a la micro, subir y bajar de buses en segunda pista, imprudencia de chofer de micro (y taxi), carreras de micros, que la micro no se detenga adecuadamente al bajar un pasajero, bajar por puerta trasera, como pasajero de microbus lesiones por frenado brusco o choque, cansancio de choferes de micro, micreros agresivos que hacen competencia, tomar micros, viajar en pisaderas de las micros, micreros y taxis cruzando de pistas para tomar pasajeros, prepotencia de los micreros.	Locomoción colectiva (Micreros)	46
Choques, choques de vehículos, chocar con otro , choque (o roce) con una micro, chocar por apuro de otros, que me choquen, peligro de choque, que choque el auto en que va uno, ser chocado por detrás, chocar al salir hacia carretera, choque por atrás, choque frontal, lesiones por choques, chocar por mi culpa, chocado por conductor ebrio, choque con ciclista, chocado en un estacionamiento.	Choques	41

Que conductores no cumplan con luz roja, ausencia de semáforo, no respetar luces de semáforo, cruzar con rojo, semáforos en mal estado , calles sin semáforos (cruces), pasar con luz amarilla , pasarse los semáforos, semáforos, peatón que no respeta el semáforo, autos que no respetan semáforos, cruzar con semáforo parpadeando, confiar en la luz verde de los otros, autos que parten antes de dar luz verde, cruzar cuando el semáforo está a punto de cambiar a rojo, no ver los semáforos, no respetar la luz roja, tiempo de semáforos deficiente, semáforo dura muy poco, cruzar sin semáforos, cruzar la calle con luz roja peatonal, los cortes de semáforos.	Semáforo	40
Resbalarse y caerse, caída en aceras, caída de vehículos (autos), caerse de la micro (al bajar), caída , caerse al cruzar la calle, caerse, caídas por imperfecciones de la acera, que se caiga el auto por un barranco, caerse en la calle, como pasajero de micro resbalarse de pisadera y caer, caer a un hoyo de la calle.	Caídas	31
Irresponsabilidad de conductores, conductores o choferes imprudentes, peatones imprudentes , imprudencia de otros conductores, imprudencia del otro, imprudencia de choferes de micro, imprudencia, imprudencia personal.	Irresponsabilidad e imprudencia	25
Cruzar calles con mucho tráfico, cruzar la calle en avenidas grandes, cruzar en paso no señalizado, cruzar en lugares prohibidos, cruzar a mitad de cuadra , cruzar corriendo, cruzar la calle por delante de (o entre) un vehículo, cruzar sin mirar, cruzar en forma diagonal, cruzar con vehículos moviéndose, cruzar la calle donde no corresponde, cruzar en rotondas, cruzar en pistas rápidas.	Cruzar	25
No respeto de signos , conductores no respetan signos de noche, caminos en reparación mal señalizados, señales mal mantenidas o en mal estado , no ver señalizaciones, señales poco visibles, señalización, falta de señalización peatonal.	Signos o señales	23
Gran velocidad de autos, exceso o gran velocidad , presionado a conducir más rápido por los vehículos, velocidad de las micros, manejar sobre 80 km. en carretera (o ciudad), manejar a velocidad fuera de reglamento, andar apurado, manejar a alta velocidad, alta velocidad de los conductores en cruces de calles, no respetar velocidad urbana, manejar a muy baja velocidad en vías rápidas, exceso de velocidad en calles pequeñas o poco importantes.	Velocidad	22
Encuentro con peatones, peatón que no respeta el semáforo, peatones imprudentes, peatones, peatones (niños) que aparecen delante de vehículos estacionados, no cruzar en paso peatonal, peatones descuidados (distráidos), peatones ebrios, peatón que cruza a mitad de la calle, cruce indebido de peatones, que un peatón cruce en forma imprevista, como peatón ir bajo la influencia del alcohol, peatones en la calzada, los peatones que cruzan mal, accidentes por peatones que cruzan donde no deben.	Peatones	20
Quedarse en pana, vehículos defectuosos , conducir sin luces, andar sin espejo lateral derecho, no tener tercera luz de freno, que se corten los frenos, que se acabe la bencina, pinchar una rueda , falla mecánica en dirección.	Fallas mecánicas	20
Conductor bajo la influencia del alcohol , posible ebriedad de otros, borrachos al volante, peatones ebrios, los fines de semana muchos conductores manejan ebrios, andar ebrio, chocado por conductor ebrio, ingerir alcohol.	Alcohol	19

Calles (vías) mal mantenidas o en mal estado , estado de calzadas, hoyos en las calles, rutas cortadas, irregularidades de las calles, calidad del pavimento, esquivar pavimento malo.	Calles	19
Conductores o choferes imprudentes , conductores de motos, conductor bajo la influencia del alcohol, conductor que no respeta los signos de noche, malos conductores, conductores eufóricos, mala conducción de los demás conductores, conductores inexpertos, conductores que cambian de pista sin señalizar, conductores irrespetuosos.	Conductores	18
Conductores no respetan cruce de peatones, no respetar pasos de cebra por automovilistas, paso de cebra no visible, pocos pasos de cebra, cruzar en paso de cebra, no ceder el paso en pasos de cebra, no demarcación en las esquinas en pasos peatonales, pasos de cebra, no respetar pasos de cebra, falta de cruces peatonales, cruce de peatones.	Pasos de Cebra	16
Que me asalten, robos, ser asaltado, sufrir un robo, que me roben el auto, que me asalten mientras manejo, asaltos.	Delincuencia	12
Desconcentrarme al manejar, manejo descuidado, pasar sin mirar, cruzar sin mirar, caminar mirando el suelo, andar distraído, caminar distraído, andar distraído caminando, andar desprevenido por la acera, distraerse, no mirar a ambos lados al cruzar la calle.	Descuidos	11
Cruce con viraje a la derecha, cruces de calles, cruces peligrosos, cruces no señalizados (no regulados), cruces no permitidos, mala visibilidad en cruces, cruces de cuatro esquinas.	Cruces	10
Mucha locomoción colectiva, exceso de tráfico, medio de transporte saturado, tacos, circulan en las mismas carreteras camiones micros autos etc.	Congestión	8
Cambios de pista , no respetar pista de circulación, no señalizar, cambio de pista sin señal.	Cambios de pista y señalización	8
Fracturas, como pasajero de micro lesión por frenada brusca o choque, lesiones de cualquier tipo, lesiones al frenar fuerte, lesiones por choques, TEC.	Lesiones	8
Que vehículos se detengan de improviso delante, autos que no alcanzan a frenar, corte de frenos, frenar brusco, que se mojen los frenos cuando llueve.	Frenar	8
Conductores de motos, esquivar moto o bicicleta, que ciclistas atropellen en los pasajes, atropellado por motorista, conductores de bicicletas, choque con ciclistas.	Motos y bicicletas	6
Adelantamiento en zona prohibida, adelantar sin señalizar, adelantamientos, adelantamiento y posterior cruce de vehículo sin tener espacio suficiente, adelantar.	Adelantamiento	5
Contaminación ambiental, contaminación acústica.	Contaminación	4
No respetar disco pare, discos pare.	Disco Pare	4
Caminar por calles sin veredas, trabajos en veredas, que un vehículo se suba a la vereda.	Veredas	4
Calles oscuras, cortes de luz, iluminación de calles, cuando hay corte de luz.	Iluminación	4
Alteraciones nerviosas, alteraciones anímicas, estado de ánimo, dolor de cabeza, conductores eufóricos.	Nervios y Ánimo	4

Bancos de agua (en carretera), ser mojado por vehículo que pasa por posa, pasar por inundaciones, que se mojen los frenos cuando llueve, resbalar en la lluvia.	Agua	4
Empujones de la gente en el metro, asfixia en el metro.	Metro	3
Agresiones físicas o verbales, insultos.	Agresión y Prepotencia	3
Estreches de estacionamientos, chocado en un estacionamiento, vehículos mal estacionados.	Estacionamientos	3
Sueño o cansancio, quedarse dormido.	Sueño	3
Ceda el paso, no respetar ceda el paso.	Ceda el Paso	3
No respetar pasarelas, falta de pasarelas.	Pasarela	2
Pisar la cola del otro vehículo, vehículo pegado atrás.	Distancia	2
Autos que viran, autos que doblan en segunda fila.	Virajes	2

* Algunas respuestas poseen más de una nominación. Las que poseen más de cuatro son las reportadas en la tabla anterior y aquí aparecen destacadas con negrilla.

Las categorías pueden agruparse en dimensiones explicativas, las que permiten el análisis del contenido de las respuestas. Estas dimensiones y las categorías que agrupan, se observan en la siguiente tabla.

Tabla N°3

Deducción de dimensiones a partir de las categorías de respuesta

DIMENSIONES	CATEGORÍAS DEL CONTENIDO DE LAS RESPUESTAS
Accidente	Atropellos, Choques, Caídas, Delincuencia
Señales de tránsito	Semáforos, Pasos de cebra, Disco pare, Ceda el paso, Señales en general
Infraestructura vial	Calles, Cruces, Veredas, Iluminación, Estacionamientos, Pasarelas
Medios de transporte	Locomoción colectiva (micros), Fallas mecánicas, Motos y Bicicletas, Metro
Personas	Irresponsabilidad e imprudencia, Peatones, Conductores, Alteraciones psíquicas, Sueño
Conductas	Cruzar, Velocidad, Consumo de alcohol, Frenar, Distancia y Virajes, Descuidos, Cambios de pista, Adelantamientos

Existe un grupo de categorías que hace referencia a **accidentes** que pueden ocurrir durante nuestro transitar como peatones o como conductores. Entre ellas, se mencionan *los atropellos, los choques, las caídas y la delincuencia*. La mayoría de las respuestas relativas a atropellos culpa a los conductores por imprudentes, distraídos y borrachos. En los choques se aprecian respuestas que culpan principalmente a los otros de este tipo de accidentes ("chocado por..."), incluso, hay respuestas en las que a pesar de reconocer la posibilidad de cometer ellos mismos los choques, atribuyen la responsabilidad a los demás ("chocar por apuro de otros"). En las caídas, las personas aluden a riesgos que le pueden afectar personalmente, en particular se mencionan relativos a bajar de la micro y cruzar la calle, riesgos que afectan principal-

mente a peatones. Respecto de la delincuencia, todas las respuestas reflejan el temor de verse expuesto personalmente al riesgo ("ser asaltado", "que me asalten", etc.) y sólo un par de respuestas se refieren a la exposición a este tipo de riesgo mientras se conduce, las demás aluden a un riesgo del que es más fácil presa el peatón.

Otro grupo de respuestas hace alusión a elementos **materiales, físicos o estructurales** que pueden transformarse en riesgosos en las situaciones de tránsito. Se pueden distinguir aquí las respuestas referidas a las **señales de tránsito**, como *semáforos, pasos de cebra, disco pare, ceda el paso y respuestas que se refieren a signos o señales de tránsito en general*. Respecto de los semáforos, la mayoría de las respuestas se refiere a la falta de respeto de esta

señal de tránsito por parte de peatones y fundamentalmente conductores, sólo algunas respuestas hacen alusión a problemas del aparato, tales como su mal estado, el tiempo de duración, los cortes o simplemente la ausencia de semáforos. Respecto de los pasos de cebra, se alude al no respeto de esta señal de tránsito por parte de automovilistas principalmente, al igual que con los discos pare y los ceda el paso. No obstante, también se mencionan riesgos relativos a problemas de visibilidad y escasez de pasos de cebra. En general, cuando los sujetos de la muestra se refieren a los signos o señales de tránsito como elemento de riesgo, aluden a problemas que tienen que ver con su mal estado o la ausencia de ellas y a la falta de respeto que peatones y principalmente conductores manifiestan al enfrentarles.

Un segundo grupo de respuestas referidas a riesgos físicos o materiales se refiere a **infraestructura vial**. Aquí se mencionan *las calles, los cruces, las veredas, la iluminación, los estacionamientos y las pasarelas*. Respecto de las calles, las respuestas aluden a su mal estado, principalmente por la presencia de hoyos, debido a la mala calidad del pavimento o la manutención deficiente o inexistente, lo que induciría a ejecutar conductas arriesgadas ("esquivar pavimento en mal estado"). Respecto de los cruces, se mencionan situaciones de riesgo generadas a partir del grado de dificultad que estos presentan, mencionándose también problemas relativos a falta de señalización y la escasa visibilidad. Sobre las veredas, se mencionan condiciones de riesgo relacionadas con la posibilidad de ser atropellado al entrar en contacto con los vehículos (por ejemplo, "que un vehículo se suba a la vereda") y los obstáculos presentes en ellas producto de la realización de algún trabajo. Respecto de la iluminación, lo que más preocupa son los cortes y sobre las pasarelas la ausencia de estas y la falta de respeto cuando existen. Sobre los estacionamientos se menciona su estrechez, la posibilidad de ser chocado y los vehículos mal estacionados, todos riesgos que atribuyen responsabilidades externas.

Del grupo de las respuestas referidas a los riesgos materiales, se pueden encontrar también respuestas relativas a los **medios de transporte**. Entre ellos se mencionan *la locomoción colectiva (principalmente las micros), fallas mecánicas, motos y bicicletas y el metro*. Respecto de la locomoción colectiva, la mayoría de las respuestas habla de las micros, destacándose la agresividad y prepotencia de los choferes y su comportamiento competitivo e imprudente. También aparecen gran cantidad de repuestas relativas a los pasajeros y el riesgo que significa subir y bajar de una micro. Las fallas mecánicas se refieren principalmente a riesgos que son responsabilidad del conductor (conducir sin luces, sin espejo, sin luz de freno, sin bencina suficiente, etc.), aunque se mencionan algu-

nos problemas que pueden surgir repentinamente y que escapan a su control. Respecto de las motos y las bicicletas, se las identifica como riesgos tanto para conductores, por choques o maniobras evasivas, como para peatones, por atropellos. Entre los medios de transporte también se menciona el metro, en el cual se perciben riesgos por problemas de saturación (empujones, asfixia).

Un factor de riesgo físico, a parte de los anteriores corresponde al *agua*, en el cual manifiestan su exposición principalmente los conductores, aunque hay una respuesta que indica la posibilidad de ser mojado por un auto como riesgo para los peatones.

Existe un grupo de categorías que hace alusión a riesgos relativos a las **personas**, es decir, se identifican personajes a los que se les atribuyen ciertas características o defectos que se constituirían en riesgo para los demás. Aquí se mencionan *la irresponsabilidad e imprudencia, los peatones, los conductores, los nervios y el ánimo, la agresión y la prepotencia, el sueño*. En la primera categoría se alude a la imprudencia de choferes de micro, peatones y conductores, además de la irresponsabilidad de estos últimos. En general corresponde a defectos vistos en los demás que se transforman en condiciones de riesgo. Respecto de los peatones, se los califica de imprudentes, descuidados e irrespetuosos (sobretudo de señales como el semáforo), la mayoría de los riesgos que se le asocian se refieren a la conducta de cruzar una calle, la que se hace en forma indebida o arriesgada, aunque también se menciona el caminar bajo los efectos del alcohol. Respecto de los conductores, se los califica de imprudentes, irrespetuosos, inexpertos, malos conductores y eufóricos. También se les asocian conductas arriesgadas, pero siempre atribuidas a los demás, es decir, adelantan imprudentemente por culpa de los conductores lentos. Respecto de algunas alteraciones psíquicas, se mencionan respuestas relativas a alteraciones nerviosas o del ánimo (de los demás), que podrían impulsar conductas de riesgo. También se mencionan respuestas relativas a conductas agresivas o prepotentes que pueden manifestarse como agresiones físicas o verbales. Por último, de entre las categorías asociadas directamente a las personas, también se mencionan respuestas relativas al sueño como elemento de riesgo, identificando al cansancio y el quedarse dormido como una amenaza.

Hay otro grupo importante de categorías, referidas a cierto tipo de **conductas** que pueden realizar peatones y conductores al transitar y que son percibidas como riesgosas. Se pueden encontrar aquí las categorías *cruzar, velocidad, alcohol, descuido, cambios de pista y señalización, frenar, adelantamiento, distancia y virajes*. En la categoría cruzar, se mencionan conductas -principalmente de peatones- que son transgresiones a la ley de tránsito y otras que,

a pesar de no ser normadas, constituyen comportamientos arriesgados. Respecto a la velocidad, un riesgo propio de los conductores, las respuestas se refieren al exceso de velocidad en ciudad y carretera, sin embargo, aparecen respuestas que atribuyen a causas externas la conducta de conducir a exceso de velocidad (presión y apuro de los demás). Respecto del consumo de alcohol, la mayoría de las respuestas culpan a otros de la conducta de conducir ebrio, sólo un par de repuestas se refieren al riesgo de beber y desplazarse como un riesgo al que pueden verse expuestos personalmente. La categoría descuidos se refiere a la falta de atención, al caminar por la calle o al conducir y es un riesgo en el que la mayoría de las respuestas manifiestan exposición personal. Respecto de los cambios de pista, se identifica a esta conducta un comportamiento arriesgado en sí mismo, sumándose además el no respeto de la pista de circulación y la no señalización de la maniobra. En la categoría frenar, la mayoría de las respuestas atribuyen la responsabilidad de la conducta riesgosa a los demás ("vehículos que se detienen de improviso delante") o a condiciones externas ("corte de frenos"). Respecto de los adelantamientos, se los percibe como un comportamiento arriesgado en sí mismo, pero se incluyen también condiciones de riesgo que los vuelve amenazantes (adelantar sin tener espacio suficiente) y que además son transgresiones a la ley de tránsito (adelantar en una zona prohibida). Respecto de las categorías distancia y virajes, las categorías con la más baja frecuencia de respuestas, se mencionan principalmente conductas que atribuyen la responsabilidad a los demás, salvo una respuesta relativa no mantener la distancia del vehículo que va adelante.

Hay un grupo de categorías referidas al **medio ambiente**, en la que se encuentran *la congestión y la contaminación*. La primera incluye respuestas que hacen referencia al exceso de vehículos, principalmente de la locomoción colectiva y sólo una respuesta relativa al uso de las vías. Respecto de la contaminación se mencionan la de tipo ambiental (probablemente aire) y acústica.

Existe una categoría que se refiere a las posibles **consecuencias** de la conducta vial, esta es lesiones. En esta categoría se expresa el temor a sufrir algún tipo de lesión –como fracturas– debido a choques o frenadas bruscas.

En síntesis, es posible decir que la muestra atribuye responsabilidad sobre la comisión de conductas riesgosas principalmente a los conductores, percibiéndolos como una amenaza o riesgo más que al peatón. Además, la mayoría de las atribuciones causales que se pueden deducir de las respuestas son de carácter externo, lo que tiene implicancias no solo en las actitudes desarrolladas hacia determinados grupos de tránsito sino que también sobre las conduc-

tas de aquellos que se sienten perjudicados en estas situaciones.

Se puede observar cierto nivel de exposición personal a las amenazas que se perciben, siendo las relativas al comportamiento peatonal las más recurrentes (caerse, delincuencia, distracciones, etc.). Por último, también se desprenden de la respuestas una serie de críticas al sistema vial, en cuanto al deterioro, mantenimiento y ausencia de su infraestructura.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La jerarquización de percepciones de peligrosidad permite destacar que aquellas conductas, cuyo principal agente causal son los conductores, son percibidas como más peligrosas que aquellas que involucran a peatones, las que incluso son percibidas como condiciones de riesgo moderado al igual que aquellas respuestas que identifican las fallas estructurales de vías y señales como condiciones de riesgo. Esto es complementado por el análisis de las categorías, ya que al conductor no sólo se le ve como participante sino que además con cierta responsabilidad o protagonismo, ya que se le atribuyen calificativos disposicionales internos a su conducta (imprudentes, irrespetuosos, inexpertos, etc.) y se le asocia con cierta responsabilidad a la comisión de transgresiones como no respetar las señales de tránsito (semáforos, pasos de cebra, disco pare, ceda el paso) o conducir a exceso de velocidad y a la participación en accidentes como atropellos (por imprudentes, distraídos y borrachos), e incluso aparecen como responsables de las fallas mecánicas que se mencionan (conducir sin luces, sin espejo, sin luz de freno, sin bencina suficiente, etc.). Sin embargo, es precisamente la conducta imprudente de los peatones la más frecuente como causa de muertos por atropellos en nuestro país.

Esta contradicción o paradoja queda más clara cuando analizamos la percepción que se construye a partir del análisis de contenido de las dimensiones, ya que a los conductores se los califica de imprudentes, irrespetuosos, inexpertos, malos conductores y eufóricos, además de asociarseles a la comisión de conductas arriesgadas, siempre justificadas por la conducta de los demás (los conductores santiaguinos adelantan imprudentemente por culpa de otros conductores lentos). De esta forma, es posible decir que la mayoría de las atribuciones causales que se pueden deducir de las respuestas son de carácter externo, lo que tiene implicancias no solo en las actitudes desarrolladas hacia determinados grupos de tránsito sino que también sobre las conductas de aquellos que se sienten perjudicados en estas situaciones. Esto permitiría especular además respecto del nivel de res-

ponsabilidad que se está dispuesto a asumir como consecuencia de estos actos.

Ahora bien, profundizando en la comparación entre la información de los expertos y la percepción de este grupo de personas, en las descripciones no se menciona a los jóvenes como participantes de los riesgos que se listan, ni tampoco los sujetos hacen distinción según género. Esto es interesante ya que la población de riesgo, es decir, con mayor incidencia en la comisión de transgresiones y en la participación en accidentes de tránsito son los jóvenes varones (Moyano, 1999). Además. Si hubiésemos esperado que las percepciones se ajustasen a la representación de sentido común del santiaguino respecto del comportamiento de tránsito según género, nos habríamos encontrado con una calificación más negativa respecto de la conducta de las mujeres tras el volante. No obstante, esto no sucede así, lo que complementa investigaciones anteriores que han reportado una mayor actitud anti-transgresión a las normas de tránsito en mujeres versus hombres (Olivos, 1998).

Este tipo de resultados podría ser útil en la formulación de campañas de seguridad de tránsito, facilitando el ajuste de las percepciones de la gente a las actuales causas de accidentes de tránsito. Sin embargo, trabajar con los ajustes perceptuales en torno a esta problemática no es suficiente, ya que en general estos fenómenos se deben menos a errores de percepción que ha dimensiones culturales acerca del desplazamiento urbano. Por ello, sería interesante profundizar en estos estudios de modo tal que se incorporen en los programas de capacitación de conductores profesionales y los programas de estudio de enseñanza básica unidades tendientes a reforzar el sentido de responsabilidad que significa sentarse tras toneladas de fierros desplazándose a más de diez veces la velocidad que logramos caminando, y que este hecho afecta inevitablemente nuestra convivencia cotidiana.

REFERENCIAS

- Carabineros de Chile (1995). Anuario de estadísticas policiales 1994. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Carbonell, E., Bañuls, R., Cortés, M. T., & y Sáiz, E. (1995). El comportamiento humano en la conducción: modelos explicativos. En L. Montoro, E. Carbonell, J. Sanmartín y F. Tortosa (Eds.). Seguridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías, (Cap. 8, pp. 163-201). Madrid, España: Síntesis Psicológica.
- Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito, CONASET (1997). Comunicación Interna: registro estadístico. Santiago, Chile: CONASET.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, INE (1995). Compendio estadístico 1995. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Mejías, M. J., Morales, M., & Nájera, E. (1995). Epidemiología de los accidentes de tráfico en España. En L. Montoro, E. Carbonell, J. Sanmartín, y E. Tortosa (Eds.). Seguridad Vial: Del factor humano a las nuevas tecnologías, (Cap. 1, pp. 30-49), Madrid, España: Síntesis Psicológica.
- Moyano Díaz, E. (1994). Psicología y seguridad vial: accidentes de tránsito en Chile. Revista de la Facultad de Humanidades, 1(1), 63-75. Universidad de Santiago de Chile.
- Moyano Díaz, E. (1997). Teoría del comportamiento Planificado e intención de infringir normas de tránsito en Peatones. Estudios de Psicología, 2(2), 335-348, Santiago, Chile.
- Moyano Díaz, E. (1999). Construcción de un Modelo de Comportamiento de Riesgo Vial. Revista Chilena de Psicología, 20(1), 126-135.
- Olivos, P. (1998, Julio). Atribución causal y control percibido de accidentes de tránsito, según tipo de usuario, experiencia de accidentalidad, edad y sexo. Ponencia presentada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, España.
- Olivos, P., & Martínez, M. J. (1999). Actitud, riesgo y teoría del comportamiento planeado: una aplicación a la conducta transgresora en tránsito. Tesis para optar al título profesional de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
- Pollok, D. (1997). Análisis de la investigación en tráfico y seguridad vial a partir de la revista Accident Analysis & Prevention. Tesis para optar a la licenciatura en Psicología, Universidad de Valencia, España.

ANEXO

Percepción de riesgos en el tránsito, para peatones (o conductores según corresponda).

A continuación le pedimos que por favor mencione, en el espacio dispuesto más abajo, aquellos **riesgos de tránsito** a los usted cree que está más expuesto(a) cuando se encuentra circulando por la calle. Mencione **a lo menos cinco** riesgos e intente contestar escribiendo no más de tres palabras por cada riesgo mencionado. Por ejemplo, si estuviéramos hablando de riesgos en la cocina podríamos contestar: Quemarse con agua; Cortarse con cuchillo; Escapes de gas; etc. Luego, para cada uno de ellos indique si se trata de un riesgo que considera:

1 muy peligroso; 2 peligroso; 3 de riesgo moderado; 4 poco peligroso; 5 nada peligroso.

RIESGOS	Muy Peligroso					Nada Peligroso				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

LA TEORÍA DEL GESTALTKREIS (CÍRCULO GESTÁLTICO) DE V. V. WEIZSÄCKER DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LOS AFECTOS Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

Stefan Brunnhuber¹
Niklas Bornhauser²

RESUMEN

El Gestaltkreis representa un aporte histórico relevante, pero escasamente recepcionado en la formación teórica psicósomática contemporánea, y que puede ser leído como una contribución incompleta hacia una clínica psicósomática centrada en la psicología de los afectos. Para su comprensión y discusión, la estrecha relación entre afecto y formación sintomática juega un rol decisivo. Entre los aspectos metódicos destacados se puede distinguir sobre todo la estrecha relación entre percepción y movimiento. En lugar de atribuciones psicogenéticas causales habituales, se consideran relaciones complementarias ciclomorfas. Por lo demás, se resalta el carácter interactivo a la hora de aproximarse a la comprensión de aspectos psicopatológicos.

ABSTRACT

The *Gestaltkreis* represents an important part in the psychosomatic theory-discussion, which can be understood as a incomplete contribution towards a general theory of emotions. Especially the relationship between perception and motion requires further considerations. Instead of a causal attribution, cyclic complementarities are important. Furthermore different degrees of organisation within the body-scheme and the affect-apparatus are mentioned.

El texto presente en un primer momento (a) alude a algunos aspectos metódicos y teóricos que se desprenden del *Gestaltkreis*. En una segunda parte (b) se discuten determinados complementos y aportes desde una mirada contemporánea basada en la psicología de los afectos.

A. Aspectos metódicos y teóricos del *Gestaltkreis* de V. v. Weizsäcker

Apenas algún otro ámbito de la medicina humana, como destaca Uexküll (1996), es tan intensiva en lo que a teorización se refiere como el campo de la psicósomática. Desde las condiciones epistemológicas previas más generales, pasando por la recompreensión

sociológica y psicológica, hasta la comprensión concreta de la génesis sintomática psicósomática específica, los resultados de la psicósomática están al menos codeterminados por reflexiones teóricas. La teorización en medicina psicósomática, más que especulación estéril e infructuosa, es un complemento necesario de la actividad clínica, que desempeña funciones sistematizadoras, directivas y correctivas. De la discusión de algunos aspectos fundamentales del *Gestaltkreis* se espera un impulso decisivo en cuanto a la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades psicósomáticas. Entre las distinciones establecidas por V. v. Weizsäcker dos nos parecen ser de especial importancia para la teoría y práctica clínica. Primero, la relación entre percepción y movimiento; segundo, el carácter bipersonal en la comprensión de enfermedad y salud. A raíz de la discusión actual en psicósomática llama poderosamente la atención que numerosas teorías psicósomáticas de extensa difusión, dado su desconocimiento de ciertos postulados elementales de la teoría del *Gestaltkreis*, «regresan» a un nivel epistemológico previo o más arcaico en comparación con éste. Si bien sobre la teoría del *Gestaltkreis*, sobre todo en el ámbito de habla germana, han sido publicados varios trabajos y ensayos, hasta la fecha no ha acontecido una recepción

¹ Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

² Licenciado en Biología.

clínica y conceptual relevante. A nuestro parecer esta lamentable omisión puede ser corregida a posteriori recogiendo y continuando desde la psicología de los afectos, tanto a nivel de contenido como en cuanto a sus implicaciones metodológicas, ciertos supuestos y resultados del *Gestaltkreis*. Mediante esta tardía recuperación de un aporte científico destacado y escasamente valorado se espera contribuir a la recepción teórica y la integración clínica prácticamente ausentes de la psicología de V. v. Weizsäcker y posibilitar su incorporación a la investigación científica contemporánea.

V. v. Weizsäcker, fue uno de los primeros investigadores en el vasto y problemático campo de la psicología, que convirtieron la ausencia o la falta de una biología histórico-ideográfica en uno de los temas de discusión centrales de la psicología (Weizsäcker, 1940). El énfasis específico que aporta su pensamiento consiste menos en el análisis mecánico de relaciones psicofisiológicas como en Vaitl (1985) y Schonecke et al. (1996), ni en la evaluación estadística de esquemas del tipo estímulo-respuesta al estilo de Traue y Pennebaker (1993) o Schandry (1981), sino en la comprobación y documentación de relaciones recíprocas entre procesos biológicos específicos y unidades psicológicas específicas. En otras palabras, la pregunta formulada por V. v. Weizsäcker puede parafrasearse de la siguiente manera: ¿cómo se encuentran representadas psíquicamente determinadas funciones órgano específicas o ciertos procesos fisiológicos en la biografía individual del paciente? Un punto decisivo en la concepción del *Gestaltkreis* – a diferencia de la mayoría de las teorías psicodinámicas, empeñadas en establecer relaciones lineales basadas en la aplicación de modelos conceptuales secuenciales y seriales – consiste en su carácter cíclico. Es decir, mientras que para un gran número de teorías psicodinámicas sigue mandando un modelo explicativo unilineal y genealógico, centrado en condicionamientos históricos, formas sociales de intercambio o procesos de socialización tempranos, el *Gestaltkreis* en cambio describe la formación sintomática psicodinámica en primer lugar como un acontecer recursivo, no-lineal y cíclico. La mayoría de las teorías psicodinámicas (Alexander, 1951; Mitscherlich, 1969; Rad, 1974; Schur, 1950; Zepf, 1976), a diferencia del modelo de V. v. Weizsäcker, en este sentido son más bien modelos vectoriales psicogenéticos, en los cuales se describe primordialmente una relación unidimensional entre síntoma y historia. El esquema explicativo habitual, extremadamente popular no solamente entre los teóricos de la psicología, se deja resumir aproximadamente de la siguiente manera: Procesos secundarios resultan insuficientes en lo que a la superación y el sometimiento de la enfermedad respecta y, bajo la presión de formas de interacción sociales, son reemplazados o sustituidos por procesos corporales de

orden primario. El paso siguiente para cerrar el circuito temporal, seguido al pie de la letra por la mayoría de las teorías psicodinámicas, sería postular un nexo de contenido explícito y concreto entre formas adultas de comportamiento o del vivir, por un lado, y estados evolutivos tempranos, por el otro.

Este, desde luego, no es el punto de vista del *Gestaltkreis*. Las dos características centrales, que a su vez se representan mutuamente, la percepción y el movimiento, son indispensables para la comprensión de la formación sintomática en especial y la doctrina de la enfermedad en general, como desarrolla V. v. Weizsäcker (1940). Ambas con respecto a la otra no se comportan de manera excluyente, causal atributiva o aditiva, sino de modo complementario. V. v. Weizsäcker denomina esta relación complementaria, que él distingue expresamente de los tipos de relación señalados, como el principio de la puerta giratoria. Uno, siguiendo a Bohr (1931), denomina dos aspectos como complementarios cuando no son del todo intercambiables el uno por el otro, sino cuando se completan mutuamente, comportándose como suplementos o complementos imprescindibles del otro hasta el punto que devienen constitutivos para la unidad de la experiencia sensitiva. Por consiguiente, a continuación no se trata de oponer de manera excluyente regularidades psicológicas y físicas, sino de dejar que ambas en un proceso dinámico y fluido se sustituyan mutuamente. V. v. Weizsäcker (1940) parte de la observación que un proceso que retrata o representa un objeto, es decir, que lo representa ante la conciencia, no puede ser al mismo tiempo objeto del conocimiento. Por consiguiente, debido a esta restricción cognoscitiva fundamental, resulta imposible determinar un antes y un después cuando de los complejos procesos del conocer se trata. Dicho brevemente, ambos procesos no se desarrollan en paralelo, en dos secuencias o tramas separadas pero coordinadas, sino siguiendo la «representabilidad o sustituibilidad parcial» (principio de equivalencia). V. v. Weizsäcker, por ende, comprende la relación entre individuo y mundo circundante no de manera lineal, causal-nomológica, sino de modo circular, antilógico y complementario (Weizsäcker, 1940). En el modelo propuesto por el *Gestaltkreis* importa más la consideración de sofisticados vínculos recíprocos de intercambio que su reducción simplificadora a relaciones causales unilaterales. Para V. v. Weizsäcker toda forma de sensación y percepción, lejos de constituirse como entidades autónomas y aisladas, es a la vez praxis, motricidad, movimiento y viceversa: de esta manera, la percepción acústica, por ejemplo, está atada al estado de tensión del tímpano y el enfocamiento óptico a su vez depende del grado de elasticidad del lente óptico. Pero también la motricidad fina y gruesa como regulación de la percepción a corta y larga distancia pueden ser empleados como ejemplos

para documentar la relación interna postulada entre percepción y movimiento. De acuerdo a la lógica complementaria propuesta, una percepción específica siempre es producida por un movimiento determinado, está condicionada por él, es «despedida», puesta en libertad por él y viceversa. Punto de partida de la sutil conceptualización teórica de V. v. Weizsäcker son determinados experimentos, pertenecientes a la fisiología de la percepción, relativos al umbral de excitación. Este, como develan los experimentos en cuestión, no es una constante natural, un valor fijo y determinado, que se limita a gatillar mecánicamente secuencias de reacciones motrices preestablecidas, sino que más bien, como ha enfatizado C. F. v. Weizsäcker (1977), depende de la historia y del procesamiento de determinadas experiencias por parte del órgano respectivo. Como puede ser mostrado a partir del ejemplo del nistagmo, el componente motriz no transcurre continuamente, sino de manera discontinua, en escalones (Weizsäcker, 1940). No representa un mero reflejo condicionado y no depende exclusivamente de la magnitud de la inervación respectiva, sino más bien del *feedback* y, por consiguiente, del éxito contextual. Movimientos reales y aparentes observados en este contexto sirven en primer lugar al mantenimiento de la constancia o a la percepción del mundo circundante. Mientras que los contenidos de la percepción, por ejemplo, la imagen de una mariposa o del juego de un niño, tienen un carácter momentáneo, instantáneo, el *momentum* del movimiento está inscrito en un lapso de tiempo y, por ende, está historizado. Por lo tanto, trasladando las observaciones experimentales al campo de la psicología, si se quiere comprender la dimensión histórica del devenir de una enfermedad, se trata ante todo de reconstruir la cronología individual de las secuencias de movimientos motrices. Percepción y movimiento describen un «acto biológico» que restablece, una y otra vez, “la coherencia entre individuo y mundo circundante”. Ambos, individuo y mundo circundante, están “unidos el uno al otro por relaciones específicas, prácticamente pegados, aglutinados.” (Weizsäcker, 1940). Las relaciones biológicas documentadas, en contra del supuesto (newtoniano) de un continuo espacio-tiempo articulado que impone inequívocamente las categorías de antes y después, representan formas expresivas simultáneas de movimiento y percepción. Esta conexión es de particular importancia, dado que la alusión y consideración de unidades específicamente biológicas, junto con la distinción de formas de interacción social, es un elemento imprescindible en todo intento de comprensión multifactorial e integrado de fenómenos psicopatológicos. En otras palabras, mediante el *Gestaltkreis* fenómenos de movimiento y de percepción como formas expresivas de la biología se encuentran puestas en relación con formas sociales interactivas específicas, en cuyo inter-

juego dinámico se inscribe la práctica social. Justamente en este sentido ciertos cuadros psicopatológicos, resistentes a la comprensión clínica, pueden ser comprendidos como alteraciones de la coherencia recíproca entre individuo y mundo circundante. Una interpretación unilateral, exclusivamente social como la de Zepf (1976) o únicamente biológica, tal como la propone la fisiología del reflejo basada en los experimentos de Pavlov (1998), además de pecar de un reduccionismo imperdonable, no retrata satisfactoriamente la complejidad de las relaciones entre ambos. Consiguientemente, la descripción de cuadros sintomáticos y desarrollos patológicos ha de aspirar a retratar la alteración de la coherencia, es decir, la anomalía o perturbación entre elementos pertenecientes a la percepción y el movimiento, respectivamente. Es decir, en la enfermedad no tiene lugar un movimiento o una secuencia motriz adecuada, ocurre una malinterpretación por parte de la conciencia, una engaño o una ilusión de los sentidos. La realidad efectual {*Wirklichkeit*} es percibida por el individuo de manera distorsionada, alterada. Esto, traducido a conceptos provenientes de la psicología clásica, equivale a la estimación errónea de la realidad, el error en el juicio por parte del neurótico. De manera ideal percepción y movimiento se comportan de manera convergente y retratan siempre lo mismo, a pesar de que se condicionen respectivamente al modo de una puerta giratoria, dado que “la actividad, a través de la cual algo se me aparece, no aparece ella misma y que, en la medida en que algo se me aparece, yo mismo me implico en esta actividad” (Weizsäcker, 1940). En la socialización neurótica o psicosomatógena ambas partes componentes pueden alejarse progresivamente hasta el punto de separar y escindirse. En esta divergencia, producto de la alteración de la coherencia y sincronización, parece residir una parte nada desdeñable de la especificidad de enfermedades psicosomáticas.

Aparte de la complementariedad de percepción y movimiento, seguramente la parte nuclear del *Gestaltkreis*, es sobre todo su articulación con aspectos metodológicos lo que lo vuelve tan atractivo para la discusión contemporánea en psicosomática, enfrascada en discusiones bizantinas acerca de la aplicabilidad y pertinencia de lo que se conoce por método científico. Lo que en ocasiones parece haberse convertido en un diálogo entre sordos, llevado por partidos divididos y enfrentados en posiciones contrarias sobreideologizadas y petrificadas, puede ser reanimado por la recepción de la insistencia de V. v. Weizsäcker (1949) en la necesaria consideración de la bipersonalidad a la hora de trabajar científicamente. Esto quiere decir que parte considerable de la psicopatología en cuestión no se retrata únicamente en el paciente, acaso mediante cuestionarios, análisis de textos, condiciones experimentales libres de facto-

res intervinientes o diagnósticos clínicos objetivos, verificables y contrastables, sino que para la adecuada estimación, el diagnóstico y pronóstico defendible de aquellos cuadros el “aspecto interactivo” (Krause, 1997 y Merten, 1997) es de especial importancia. En este sentido, la patología, como dice V. v. Weizsäcker (1940) permanece subjetivamente indecisa {*unentschieden*}, oculta ante sí misma {*selbstverborgen*}, inscrita en el contexto interactivo, la relación médico-paciente, a partir del cual puede ser descifrada mediante un acto de habla ilocutivo (Wittgenstein, 1960) aplicando una determinada técnica de entrevista (Brunnhuber, en prensa). Concretamente esto significa que una parte relevante del cuadro y de la patología acompañante sólo puede ser reconstruida a partir de la consideración del contexto de la relación interpersonal al interior de la cual se manifiesta y es recogida. Como dice V. v. Weizsäcker (1940): “Para investigar lo viviente, uno mismo [primero] tiene que participar de la vida”. Es decir, la participación adecuada de la vida, la implicación en la situación, en el diálogo, sin que por ello se pierda la objetividad y la visión de conjunto, se requieren otros conceptos, tales como la empatía, el contagio afectivo del *empathic wall* (Nathanson, 1986), el aparato afectivo o el *affect-attunement* (Dornes, 1993). Así como a partir de la relación recíproca entre movimiento y percepción se genera el *Gestaltkreis*, del mismo modo en la constelación del de-a-dos no se trata de complementar la formación sintomática psicósomática, sino que más bien se intenta representar como una «relación de coherencia» se transforma, se convierte en otra. El cambio en tanto apariencia constituye la psicopatología, por lo que V. v. Weizsäcker postula que únicamente la degradación, lo patológico y las variaciones son susceptibles de ser explicadas científicamente. Lo sano y normal en cambio, como afirma V. v. Weizsäcker (1955), permanece siendo únicamente una ficción ideal. Esto significa a propósito de la comprensión de

enfermedades psicósomáticas que no se trata en primer lugar de la oposición entre defecto o debilidad y/o conflicto, ni de la identificación topográfica del sustrato biológico del sistema nervioso central, ni de una forma específica de socialización o educación patógena, sino de un cambio de función, una transformación del funcionamiento. Una determinada forma de movimiento y percepción se transforma en otra y en esta diferencia, este cambio precisable y captable, reside un aspecto central en lo concerniente a la comprensión de los síndromes psicopatológicos. No es primordialmente la reconstrucción minuciosa de la génesis de ciertos cuadros sintomatológicos, sino la descripción de los cambios acontecidos lo que deviene decisivo para su comprensión. A nivel de la relación médico-paciente se muestra aquel cambio de funciones, especialmente en lo referente a los cambios del estilo comunicacional, ciertos parámetros no-verbales y en la «interferencia interaccional» o el «trastorno interactivo».

Por lo tanto, guiándose por Stachowiak (1969) y Wiener (1968), podría hablarse perfectamente del *Gestaltkreis* como de un círculo regulador cibernético. Los cuatro aspectos aquí comentados (contexto, bipersonalidad, percepción y movimiento) pueden ser identificados a su vez en una lectura clínica centrada en la psicología de los aspectos, aunque ahí son pensados más allá de sus consecuencias e implicaciones más inmediatas, desarrollados conceptual y clínicamente y diferenciados progresivamente entre sí. En este contexto diádico, sin embargo, no se abarca todo el hombre, sino que sólo se revelan determinadas facetas parciales y ciertos recortes acotados del mismo. Ya en 1925 V. v. Weizsäcker decía: “La frase de la consideración y el tratamiento del hombre en su totalidad, por lo tanto requiere de una determinación más precisa y por el momento ha de ser sometida a una serie de restricciones y puestas-entre-paréntesis.” (Figura 1).

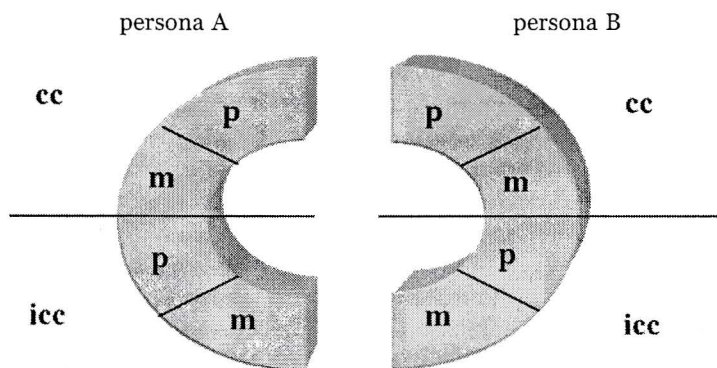


Figura N°1

El modelo del *Gestaltkreis* con momentos de percepción (p) y movimiento (m) al interior de un modo bipersonal de observación conciente (cc) e inconsciente (icc).

B. Complementos y Observaciones desde la psicología de los afectos

Si se consideran simultáneamente ambos aspectos – el aspecto teórico aportado por el carácter ciclomorfo y el aspecto metodológico derivado del supuesto de la bipersonalidad –, entonces los dos pueden ser precisados y diferenciados aún si se examinan ante el fondo del modelo de los componentes múltiples de la psicología de los afectos, discutido por Krause (1997 y 1998), Scherer (1988), Tomkins (1995). Una breve revisión de la historia efectual de la psicología (Bringmann, 1977) devela que los aspectos teóricos y metodológicos del *Gestaltkreis* no han tenido una repercusión duradera ni en las discusiones teóricas de la psicología ni en la comprensión de cuadros sintomáticos determinados ni en la práctica de la investigación empírica. A nuestro parecer, esta ausencia, parcialmente condicionada por la densidad y complejidad del pensamiento de V. v. Weizsäcker, al igual que por su extrema adhesión a la lengua alemana, representa una desventaja y una lamentable omisión sobre todo en el ámbito de la medicina psicopatológica. Mientras que Zacher (1979) constata que en la teoría de V. v. Weizsäcker se retrata exhaustivamente el estado de las discusiones en los años 20 y 30, se echa de menos una recepción de los resultados más significativos de las ciencias particulares de la segunda mitad de este siglo, en especial de la psicología evolutiva de Dornes (1993 y 1997), la neurobiología de Ledoux (1997), las ciencias cognitivas (Eibl-Eibesfeld, 1994 y Bucci, 1997) y la psicología de los afectos, sobre todo lo desarrollado por Plutchik (1980). Si bien según Ciompi (1997) todavía no se puede hablar de una teoría de los afectos acabada y concluyente, que permitiera la articulación inmediata con la teoría del *Gestaltkreis*, sí se pueden identificar algunos temas o aspectos de la misma que permiten pensar en una vecindad intelectual próxima o cercana y sugieren su articulación teórico-práctica. Al aplicar al *Gestaltkreis* una lectura apoyada en la psicología de los afectos, se siguen por lo menos cuatro complementos o precisiones posibles:

1. La relación complementaria entre movimiento y percepción en su forma más general puede ser recogida, desarrollada y diferenciada por la psicología de los afectos, ya que por un lado se trata de acontecimientos corporales, arraigados en el organismo, y por el otro de eventos psíquicos, percibidos conscientemente. Los modelos de los componentes múltiples del sistema afectivo (Krause, 1989) juegan un rol protagónico al describir aspectos aislados del sistema afectivo, que – en oposición al rígido esquema estímulo-reacción – están vinculados entre sí de manera relativamente flexible y al mismo tiempo poseen la autonomía suficiente para ser distinguibles como fac-

tores independientes. En este concepto proveniente de la psicología de los afectos se distinguen varios componentes del aparato afectivo que a su vez se encuentran en el contexto interactivo entre dos personas (figura 2): Los aspectos fisiológicos, la disposición actitudinal motivacional-motriz al igual que exteriorización, la manifestación de expresión y mímica representan los primeros tres componentes y suelen designarse conjuntamente como afecto. El cuarto componente describe la percepción conciente de las tres características anteriores, donde no se trata necesariamente de elementos representados cognitivamente, sino de una estructura preverbal, analógica, protocognitiva o morfológica. Al alcanzar este grado de organización se puede hablar de sentimiento. El grado siguiente sería el nombramiento semántico, la designación lingüística del vivenciar de los cuatro componentes – la sensación. Y por último, en sexto lugar estaría la asignación contextual con respecto al vivenciar propio y ajeno. A este nivel de la representación de los afectos se habla de empatía. Consiguientemente, considerando las relaciones entre los componentes aludidos, se puede hablar de una jerarquización facultativa a nivel del aparato afectivo del hombre.

Esta visión acerca de la representación de los afectos desde luego tiene sendas consecuencias para la actitud metodológica: Como ya ha sido enfatizado anteriormente, extrapolando las implicaciones prácticas más inmediatas a partir de los desarrollos teóricos de V. v. Weizsäcker (1948), la consideración de la constelación dual, al igual que la captación selectiva de una parte específicamente perceptiva, un movimiento corporal y un contexto específico, devienen factores absolutamente imprescindibles para la labor clínica. Al igual que sucede en la relación entre percepción y movimiento, los diferentes componentes de la psicología de los afectos sólo pueden ser observados en un cierto desfase temporal, un desplazamiento relativo que excluye la observación simultánea u holística; en ambos casos, *Gestaltkreis* y psicología de los afectos, se trata de una forma de representación recíproca que condiciona la descoordinación temporal. Es posible hipotetizar con Ekman (1966 y 1992) que en las *action-units* de las investigaciones de las FACS (*facial action coding systems*) a propósito del comportamiento no-verbal pueden distinguirse unidades discretas y delimitables, cuya captación puede arrojar nuevas luces sobre la comprensión de fenómenos funcionales. Todas ellas asimismo se encuentran presentes en una psicopatología de los afectos. Es decir, gestualidad, mímica, comportamiento expresivo, vocalización, disposición a la reacción como elementos «cuasi-motrices», por un lado, y sentimiento, vivencia y empatía como elementos perceptivos, por

el otro, están puestos en una relación complementaria al interior de la relación médico-paciente o recién pueden ser reconstruidos satisfactoriamente a partir de una situación contextual que implica por lo menos a dos personas. La consideración exclusiva de un sólo individuo, el enfoque unilateral privilegiado por la mayoría de las investigaciones en psicósomática, no

permite la captación teórica o clínica ni de los síndromes psicopatológicos, ni de los procesos intrapsíquicos correlativos y siempre requiere el análisis y la interpretación de la situación relacional, para cuya lectura el *Gestaltkreis* ofrece un modelo atractivo y practicable.

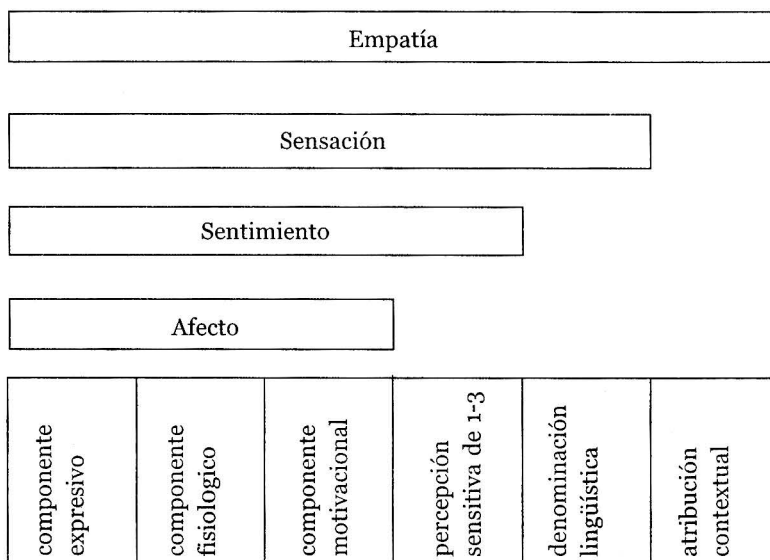


Figura N°2

Los 6 componentes del aparato afectivo (según Krause, 1998).

2. Una vez resaltada la importancia de un modo de proceder interactivo, basado en la captación y comprensión científica de la relación diádica, solamente al interior de la cual, como subraya V. v. Weizsäcker (1948) y resaltan Christian y Haas (1949), el objeto de la psicósomática puede ser retratado satisfactoriamente, entonces la relación entre movimiento y percepción ha de ser entendida como un vínculo que no solamente acontece desde el sujeto, sino que al mismo tiempo se despliega desde el polo del alter ego. En este delicado punto de intersección la teoría del *Gestaltkreis* parte del supuesto de que ocurre un proceso de adaptación meramente pasivo a leyes, normas y valores sociales, y por lo tanto degrada al factor social a un parámetro inespecífico, cuasi-normal y homogéneo de la patoetiología de enfermedades psicósomáticas (Weizsäcker, 1935). Si, en cambio, se aplica una visión cíclica a la comprensión de síndromes psicósomáticos, entonces ello implica que el contexto de la relación médico-paciente mismo deviene un elemento constitutivo de todo conocimiento. Por lo tanto, han de ser identificados por igual elementos perceptivos y motrices desde ambos lados. Podría decirse que el *Gestaltkreis* es cíclico, pero no interactivo; no-lineal, pero no lo suficientemente diádico; comple-

mentario, pero no lo bastante específico con respecto a la relación entre los complejos procesos de socialización y el equipamiento biológico. Las observaciones complementarias con respecto a áreas escasamente o débilmente teorizadas pueden seguir concretizándose. Primero, en lo que respecta la parte motriz: Las observaciones a propósito del movimiento afectan no solamente la motricidad voluntaria, sino que también implican la parte motriz activada en el comportamiento interactivo no-verbal, que participa de modo subliminal en la gestación del proceso interactivo. Ello compromete a todo el aparato afectivo y concierne sobre todo la disposición a la reacción, el comportamiento expresivo y el contenido proposicional de los afectos básicos. Los patrones de reacción idiográficos, las pantallas o paneles afectivos y los efectos no-verbales de sincronización entre médico y paciente son de particular importancia clínica y conceptual. Segundo, la parte perceptiva: Esta se extiende desde el simple contagio afectivo hasta a las formas más diferenciadas de la empatía. Se aplica que también el proceso perceptivo se constituye esencialmente, no exclusivamente, por procesos conscientes e intencionales, sino también por procesos inconscientes.

3. La aplicación de un punto de vista ciclomorfo a los modelos explicativos acerca de la causación psicógena o psicosomática y el desarrollo subsecuente de enfermedades «del alma» conduce necesariamente a una relativización del concepto tradicional de causalidad. Si bien, desde la psicología del desarrollo indudablemente resulta relevante identificar aquellas formas de interacción específicas con el *care-taker* que devienen relevantes en un sentido causal para la vivencia del sufrimiento, para el devenir de la enfermedad, y del tratamiento, la reducción sintomática y el cambio de variables de la personalidad las atribuciones causales genealógicas sólo son una de varias variables psicológicas pensables. Los sistemas vivientes se encuentran inscritos en un medio simbólico y sus determinaciones y reacciones poseen ese mismo carácter simbólico, a saber, se encuentran ubicadas en una dimensión que comprende signos (significantes) y designados (significados), articulados mediante un proceso interpretativo que se ubica más allá de todo principio causal. La sujeción del organismo al lenguaje, debido a la arbitrariedad del signo y la polisemia significativa postuladas por F. de Saussure (1964), es irreducible a relaciones de tipo causa-efecto.

Atribuciones causales de este tipo abundan en todo el edificio teórico que compone la psicología. La distinción de J. Piaget (1954) entre acomodación y asimilación o la adaptación autoplástica y aloplástica de S. Ferenczi (1913) son solamente dos ejemplos entre numerosos intentos de localizar procesos psíquicos o del lado del objeto o del sujeto. Si bien no es posible desecharlos por completo, constituyen procesos selectivos de abstracción que atribuyen determinadas características o cualidades a uno de dos bandos excluyentes. Siguiendo la teoría de la valorización de K. Scherer (1997 y 1984), atribuciones causales son solamente uno de los múltiples aspectos implicados en un proceso atributivo emocional. Juegan un rol relevante sobre todo en el caso de procesos empáticos exitosos – es decir, a un nivel de organización alto del sistema afectivo – cuando se logra una adscripción causal inequívoca del afecto. Otras estrategias de valorización, que son empleadas secuencialmente por un acontecer comandado por los afectos, son el grado de familiaridad o predictibilidad, la estructura evolutiva del acontecimiento, una calidad hedonística general, la urgencia subjetiva, el potencial estimado de *coping* o también la valorización de las metas y las intenciones de la persona. Sólo al final de aquel dilatado proceso, compuesto por diversas estrategias de valorización, surgen las emociones subjetivas.

El modelo cíclico de V. v. Weizsäcker desde luego

no es un modelo ahistórico, interesado en perpetuar el *status quo* de la relación médico-paciente en una relación de complementariedad recíproca. Sólo una mirada superficial puede sugerir que su carácter histórico-idiográfico en la comprensión de procesos corporales sea abandonado, mientras que un examen más detenido revela que acontece en otro lugar y en otro momento. En primer lugar se trata de la identificación de las relaciones complementarias de oposición y recién en un segundo momento entra en juego su historización, que puede ser descifrada de manera individual-biográfica. Por lo mismo V. v. Weizsäcker llega a exigir «la introducción del sujeto a la biología», es decir, enfatiza que la reconstrucción de disfunciones fisiológicas, defectos de órganos y síntomas corporales en general no puede efectuarse de manera genérica, estadísticamente aprehensible y supraindividual, sino únicamente como «estilo ideográfico» (Gitelson, 1959), o sea, como la expresión de un todo articulado individual y biográficamente determinado, compuesto por vivencias particulares. En el fondo, una biología o fisiología subjetiva describen en primera línea valencias afectivas, procesos de valoración y perfiles afectivos individuales. E incluso si V. v. Weizsäcker se ha referido explícitamente a ellos, aún entonces pueden volverse el objeto de una lectura clínico-teórica interesada en reconceptualizarlos como aspectos diferenciados de una teoría general de las emociones.

Aparte de eso los modelos cíclicos idealmente están compuestos por varios elementos participantes. Los modelos vectoriales unilineales anteriormente citados pecan de cierta precipitación y de un cierto apresuramiento perjudicial al iniciar la historización antes de identificar plenamente las relaciones oposicionales. Contra los modelos vectoriales, debido a la omisión de este paso metodológicamente relevante, generalmente puede esbozarse la siguiente objeción: ¿Qué aspectos, qué equivalente somáticos son los que exactamente historizan? ¿Qué nos pueden decir acerca de la complejidad o consistencia de dichos elementos? En los modelos vectoriales frecuentemente se constata una regresión, retroacción o una interpretación biográfica antes de tiempo, sin previamente aclarar qué procesos corporales específicos entran en relación con qué procesos de socialización.

Resumiendo, la relación de complementariedad posee una fuerza explicativa epistemológica más elevada, más consistente y más completa que las meras atribuciones causales. En una lógica ciclomorfa no interesan tanto explicaciones genealógicas causales del tipo “A ocasiona B” y “C es causado por B”, sino más bien relaciones oposicionales complementarias que excluyen toda posibilidad de “un prius y posterus localizable” (Weizsäcker, 1940). Como ha argumentado Albert (1991), los modos explicativos causales sue-

len conducir a un dilema, del cual es difícil sino imposible escapar: El intento de reconstruir una cadena causal más o menos cerrada para un síndrome psicopatológico específico epistemológicamente o conduce a un *circulus vitiosus* lógico, en el cual tarde o temprano las condiciones antecedentes, transgrediendo el mismo principio ordenador, aparecen como conclusiones; o lleva al abandono dogmático de la reconstrucción secuencial, motivado por la decisión más o menos arbitraria de detener las observaciones histórico-genealógicas en un punto cualquiera, donde cesa toda posibilidad de mediación; o induce a un regreso infinito, consistente en que uno, mediante un retroceso imparale, se entierra cada vez más en la historia a ser reconstruida y las explicaciones adquieren un carácter progresivamente hipotético y borroso. La discusión en torno al carácter adultomorfo o patomorfo en la atribución valórica de formas comportamentales tempranas de la escuela kleiniana (Klein, 1972) y la búsqueda de formas del vivenciar prenatales por parte de Janus (1991) pertenecen temáticamente a este problema.

4. Para la psicología de los afectos es imprescindible detenerse a analizar más detenidamente la relación entre afecto y formación sintomática. El supuesto implícito es que idealmente procesos corporales y afectivos siempre aparecen simultáneamente, co-existen de manera coordinada. Un estado afectivo sin su correlato corporal es inimaginable como forma expresiva fisiológica sana y natural, y viceversa. El grado de somatización de acuerdo a V. v. Weizsäcker (1947) es un principio productivo, y no, como teorizan M. Schur (1950) o A. Mitscherlich (1969), una categoría deficitaria, precaria. Por la estrecha relación entre afecto y soma también se consideran todos aquellos aspectos generales descritos por la «alternancia» y la «representabilidad recíproca» de cuadros particulares. V. v. Weizsäcker (1947) sugiere, consecuentemente, que en todo momento se ha de considerar «la representabilidad e intercambiabilidad de lo corporal y de lo psíquico». «El cuerpo», prosigue en 1951, «es una instancia en la cual lo humano está íntima y constantemente implicado; participa, toma parte y colabora en el hablar, jugar, mentir, mostrar y sentir - coactúa.» El modelo de los componentes de la psicología de los afectos no únicamente por ello puede ser entendido como una continuación inmediata de la tradición descrita por V. v. Weizsäcker.

Resulta decisivo en este contexto recordar el argumento de Küchenhoff (1992) que el cuerpo, en un sentido psíquico, posee una doble función. Por un

lado es parte de las representaciones sobre sí mismo, es decir, parte de la representación y percepción de sí mismo. Esta parte, en contraposición a los conceptos empleados más adelante, puede ser llamada «sí mismo corporal» {*Körperselbst*}. Desde la psicología del desarrollo es importante considerar que la construcción del sí mismo corporal precede temporal y lógicamente a la construcción de la autorepresentación organizada total y completa, sobre todo en lo que respecta sus aspectos simbólico-semánticos. J. Piaget (1973) a propósito de los esquemas senso-motrices, R. Lichtenberg (1988) para la percepción sensitiva y S. Tomkins (1992) al igual que C. E. Izard (1978) en el caso del aparato afectivo han descrito esta antelación. Procesos corporales, partes de órganos y funciones somáticas pertenecen a la psique del hombre y una parte decisiva del bienestar, del estado afectivo y de las disonancias es regulado mediante percepciones corporales internas inespecíficas. Seguramente puede argumentarse desde la psicología del yo que la multiplicidad de estratos y sedimentos de la conciencia humana recién a través de la mediación por procesos corporales es vivenciada como perteneciente al yo (Roth, 1997).

No obstante, el cuerpo no es solamente parte de la psiquis y por ende parte del mundo representacional subjetivo, sino que al mismo tiempo objeto del mundo material, lo que lo convierte en plataforma de proyección objetivable de procesos intrapsíquicos tales como la motricidad, el sistema vegetativo, el sistema sensitivo o determinados sistemas de órganos. En este proceso proyectivo han de considerarse sobre todo la incidencia de afectos básicos (BA), tales como duelo, angustia, alegría o asco, y afectos autoevaluativos (SEA). El rol fundamental otorgado a los afectos reside en que son los afectos y no los pensamientos, los sentimientos y las cogniciones, los responsables del acoplamiento decisivo de los procesos psíquicos con procesos corporales. Esta estrecha relación entre afecto y sustrato somático convierte en tarea primordial e imprescindible la distinción entre grados particulares de organización somática que, en un segundo momento, han de ser remitidos al aparato afectivo. Se trata sobre todo de discutir la representación ideográfica o el contenido representacional de lo corporal en lo psíquico. En todo esto puede ser distinguida un ordenamiento jerárquico compuesto por imagen corporal (IC), esquema corporal (EC), representante corporal (RC) y vivencia corporal (VC), que puede ser puesto en correlación con el esquema de los seis componentes de la Psicología de los afectos (Figura 3).

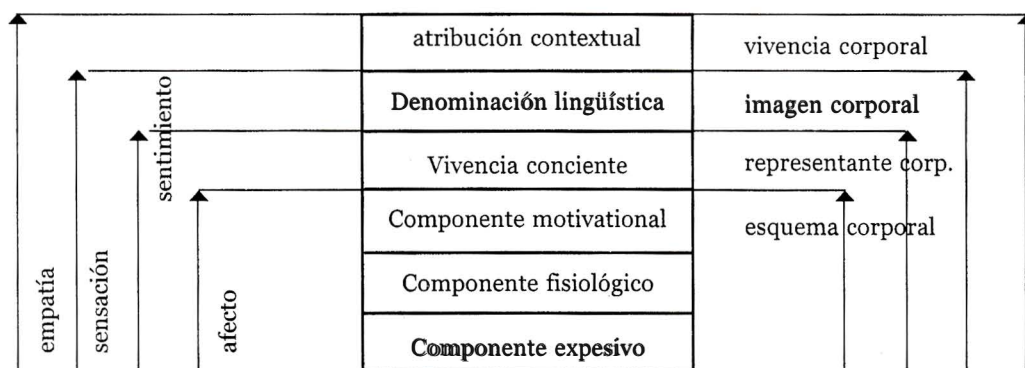


Figura N°3

El sistema afectivo y el sí mismo corporal (modificado y ampliado por grados de organización del sí mismo corporal).

Según Küchenhoff (1992) y Lemche (1993) es posible la siguiente subdivisión: El *esquema corporal* (EC) se co-responde, es decir, se encuentra en estrecha interacción y coordinación con el componente motivacional, fisiológico o expresivo, es decir, el afecto. Representa la parte subumbral o inconsciente – sin que por ello se pretenda que ambas expresiones sean tratadas como sinónimos – del sistema afectivo y comprende la disposición reactiva psicovegetativa y sensomotriz, al igual que el contenido expresivo no verbal del rostro. En el esquema corporal destacan los aspectos básicos en su relación con los procesos corporales. Para los afectos básicos resulta de primordial importancia la parte expresiva y comunicativa, mientras que para los afectos autoevaluativos en cambio interesa sobre todo la parte que contribuye a la consolidación del yo.

Mediante la reflexión y aprehensión conciente los procesos corporales adquieren una estructura semántica progresivamente aprehensible de manera conceptual. En la *representante del cuerpo* (RC) ya acotece una percepción conciente que a su vez se corresponde con el sentimiento. Ella señala la representación interna del paciente con respecto de sus órganos y los procesos funcionales implicados. Aspectos autoevaluativos (SEA) como vergüenza, orgullo o el sentirse ofendido – en alemán *Kränkung* posee la misma raíz etimológica que *Krankheit*, enfermedad – ganan progresivamente en presencia e importancia. Los SEA demuestran e indican en que medida el cuadro sintomático que aqueja al paciente está prendido de estructuras valóricas y del sí mismo internalizadas. Por otro lado, la experiencia clínica corrobora que mientras mayor la participación de afectos de SEA en la expresión del cuadro sintomático, peor suele ser el pronóstico.

La *imagen del cuerpo* (IC), en cambio, coincide con el nombramiento o la denominación corporal del respectivo proceso corporal vivenciado. Las atribuciones cognitivas se tornan cada vez más diferidas. En

contraposición al sentimiento del representante corporal también sería posible hablar de una sensación corporal. Destaca la expresión de un mayor grado de organización intrapsíquica de los procesos corporales que, por ejemplo, en el caso del esquema corporal. A pesar de que a ratos las distinciones entre un grado de organización representacional del cuerpo y otro son conceptualizaciones ideales y en la práctica se constatan frecuentes transiciones y desplazamientos, la imagen del cuerpo contiene atribuciones cognitivas y emocionales adicionales, que van más allá de la mera representación del cuerpo.

Finalmente, el *vivenciar del cuerpo* (VC) es congruente con aquella parte del sistema afectivo en el cual se trata del registro de procesos corporales mediante imágenes interiores y de su correspondencia contextual específica. Del lado del sistema afectivo en este caso se habla de empatía. La percepción del cuerpo en este grado organizacional es capaz de establecer una distinción entre representaciones propias y ajenas. Por lo demás se logra una distribución atributiva de tipo genealógica y causal y la identificación de acontecimientos tempranos y su relación hacia un contexto específico.

Ilustremos lo anterior mediante algunos ejemplos clínicos tomados del tratamiento de pacientes psicósomáticos. La representación psíquica de lo somático como esquema corporal se puede leer (o escuchar) en expresiones como: “Odio mi cuerpo”, “Mi cuerpo me da náuseas” o “básicamente estoy bien”. Predominan afectos básicos, se echa de menos una mayor elaboración o diferenciación cognitiva o contextual con tal de significar el cuerpo de manera menos impulsiva y rudimentaria, más desarrollada y madura. En el caso de la representación corporal ya se suelen utilizar atribuciones cognitivo-emocionales adicionales, tales como: “Mi cuerpo es una máquina”, “lo necesito para garantizar mi movilidad”, “quiero llamar la atención, por lo que necesito mi cuerpo.” La imagen del cuerpo, el escalón siguiente, implica el

descentramiento de la representación autorreferente, ya que en su evaluación incluye tanto el alter ego como el contexto. Además, aparte de los afectos básicos ya nombrados emergen afectos autoevaluativos en un grado creciente: "Necesito mi cuerpo para poder cumplir con mi obligación como madre y esposa", "la incapacidad (funcional) de caminar me resulta extremadamente hiriente [*kränkend*]". El vivenciar del cuerpo, en cambio, refiere en un sentido global al contexto, dado que de manera integrativa incluye en sus consideraciones la dimensión histórica, al igual que las atribuciones propias y ajenas: "Estoy contenta de tener un cuerpo fuerte y sano, de manera que pueda cumplir con mis obligaciones de madre de cuatro hijos, tal como lo hizo mi madre." Una aforma más bien patológica, pero altamente organizada de una vivencia corporal se encuentra en el caso siguiente: "A veces experimento mi cuerpo como más grande, más torpe y más deforme de lo que realmente es. Mi madre frecuentemente me ha dicho que siempre he sido torpe y poco ... Ello se manifiesta sobre todo cuando me cito con mujeres."

Esta subdivisión, aplicable en la práctica clínica, posee la ventaja de poder indicar de qué manera los procesos corporales se encuentran representados en la psique del hombre, respectivamente, cómo se compone el grado de organización intrapsíquico del paciente. Así como en el diagnóstico de un cuadro límite o *borderline* mediante la estimación de la identidad yoica, el juicio de realidad, la calidad de las relaciones objetales y los mecanismos de defensa empleados se determina el nivel estructural (Kernberg, 1981), de la misma manera la representación del cuerpo retrata de manera directa e inmediata, es decir, sin el excursus biográfico en la historia relacional detallada y conciente del paciente, el grado de organización intrapsíquica. Puede objetarse que al interior de las psicopatías se encuentran una serie de enfermedades y alteraciones que, vistas desde un punto de vista histológico, no son exclusivamente alteraciones funcionales, sino que, de manera inequívoca, implican destrucciones morfológicas determinadas y daños estructurales a nivel anatómico. Sin embargo, como muestra a experiencia, también en estos casos no se tratará de efectuar "el salto de lo orgánico hacia lo psíquico", sino de reconstruir los sedimentos individuales intrapsíquicos sobre el fundamento de las diferentes representaciones corporales – EC, RC, IC y VC. La subdivisión aquí propuesta no es de naturaleza evolutiva sino clínica y conceptual. Es decir, no se trata de reconstruir las formas tempranas de vivenciar el cuerpo y de adaptarlas a formas comportamentales y comunicacionales adultas como lo haría una psicología centrada en el desarrollo lineal de la psique; partiendo de una lectura de la psicología de los afectos se trata más bien de retratar el grado

representacional interno de procesos corporales y, apuntalándose en aquellos grados organizacionales, de clarificar la relación entre perfiles afectivos por un lado y formaciones sintomáticas somáticas funcionales por el otro. De esta manera la articulación teórico-práctica entre el *Gestaltkreis* y la psicología de los afectos abre una perspectiva clínica novedosa e integrativa, que constituye un enriquecimiento y un aporte a la comprensión y el tratamiento sobre todo de enfermedades psicopatológicas.

C. Discusión

La comprensión de la formación sintomática psicopatológica exige un tratamiento o manejo sensible y crítico de la propia teoría, que, al modo de un instrumento u *organón*, condiciona en sumo grado la expresión, aprehensión y comprensión de los fenómenos clínicos en cuestión. La teoría del *Gestaltkreis* de V. v. Weizsäcker se ofrece como una teoría plástica, abierta y desprejuiciada, que puede ser retomada, actualizada y desarrollada por la teoría de los afectos. En ella, como se ha querido señalar, juega un rol fundamental la consideración de relaciones de complementariedad en vez de atribuciones causales. Debido al carácter ciclomorfo se pueden evitar algunas de las dificultades teóricas que conllevan los modos de comprensión unilíneares o vectoriales característicos de la gran mayoría de las teorizaciones en psicopatología. Solamente parte de las teorías modernas del afecto, debido a sus modelos epistemológicos subyacentes, son compatibles con el modelo de V. v. Weizsäcker sin aplicar una reducción o sobresimplificación de la misma. Mediante el modelo de componentes múltiples se dejan nombrar diferentes grados de organización del sí mismo corporal, que son puestos en correlación con la edificación jerárquica, el montaje del aparato afectivo. Una lectura desde la psicología de los afectos ofrece ciertas características que permiten no sólo recuperar la recepción clínica y conceptual prácticamente ausente de la teoría del *Gestaltkreis*, sino desarrollar y conceptualizar ciertas intuiciones e inquietudes de ésta convirtiéndolas en un aporte constructivo y de interés para la discusión científica contemporánea.

REFERENCIAS

- Albert, H. (1991). *Traktat der kritischen Vernunft*. Tübingen: Mohr.
- Alexander, F. (1951). *Psychosomatische Medizin*. Berlin: De Gruyter.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye contact, distance and affiliation. *Sociometry*, 15, 289-304.
- Bohr, N. (1931). *Atomtheorie und Naturbeschreibung*. Berlin: Springer.

- Bringmann, A. (1977). Grundfragen der medizinischen Anthropologie bei V. v. Weizsäcker. Disertación Universidad de Heidelberg.
- Brunnhuber, St. (en prensa). Einige Aspekte in der Anwendung des "strukturellen Interviews" (O.F. Kernbergs) auf somatoforme Störungen. Fundamenta Psychiatrica.
- Bucci, W. S. (1997). Cognitive science and Psychoanalysis. New York: Plenum Press.
- Christian P., & Haas, R. (1949). Wesen und Formen der Bipersonalität. Stuttgart: Enke.
- Ciampi, L. (1997). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen: Vandenhoeck.
- Dornes, M. (1997). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt/Main: Fischer.
- Dornes, M. (1993). Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer.
- Eibl-Eibesfeld, I. (1984). Die Biologie des menschlichen Verhaltens. München: Piper.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1986). FACS. Facial action coding system. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Ekmans, P. (1992). An argument for basic emotions. Cognition and emotion, 6, 169-200.
- Ferenczi, S. (1913). Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, 1, 13-22.
- Gitelson, M. (1959). A critic of current concepts in psychosomatic medicine. Bull Menninger Clin, 23, 1965-1978.
- Izard C. E. (1978). On the ontogenesis of emotion-cognition relationship in infancy. M. Lewis & L. Rosenblum (ed.). The development of affect. New York: Plenum Press.
- Janus, L. (1991). Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Kernberg, O. F. (1981). Strucutral interviewing. Psychiat Clin. North Am., 4, 169-195.
- Klein, M. (1972). Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek Hamburg: Rowohlt.
- Krause, R. (1997). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Küchenhoff, J. (1992). Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik. Heidelberg: Asanger.
- Ledoux, J. (1997). Netzwerk der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München, Wien: Hanser.
- Lemche, E. (1993). Das Körperbild in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Frankfurt/Main: Klotz.
- Lichtenberg, J. D. (1988). A theory of motivation and funktional systems: a psychic structure. Journal of American Psychoanalytical Association, 36, 58-72.
- Merten, J. (1996). Affekte und die Regulation nonverbalen interaktionellen Verhaltens. Bern: Peter Lang.
- Mitscherlich, A. (1969). Studien zur psychosomatischen Medizin. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nathanson, D. L. (1986). The empathic wall and the ecology of affect. Psychoanalytical study of the child, 41, 171-186.
- Pavlov, J. P. (1998). Gesammelte Werke über die Physiologie und Pathologie der höheren Nerventätigkeit. Würzburg: Ergon-Verlag.
- Piaget, J. (1954). Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Piaget, J. (1973). Das moralische Urteil beim Kinde. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Plutchik, R. (1980). Emotion, a psychoevolutionary theory. New York: Harper and Row.
- Rad, M. v. (1974). Anthropologie als Thema von psychosomatischer Medizin und Theologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roth, G. (1997). Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Saussure, F. de (1964). Cours de linguistique générale. Paris: Payot.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychological Review, 69, 379-399.
- Schandry, P. (1981). Psychophysiologie. Körperliche Indikatoren menschlichen Verhaltens. München: Urban Schwarzenberg.
- Scherer K. R. (1984). On the nature and fuction of emotion and psychopathology. K. Scherer & P. Ekman (ed.). Approaches to Emotion. New York, Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Scherer, K. R. (1988). Criteria for emotion-antecedent appraisal: a review. V. Hamilton & G. H. Bower & N. H. Fridja (ed.). Cognitive perspectives on motivation and emotion. Dordrecht: Kluwer.
- Scherer, K. R. (1997). Conferencia en el Graduerten-Kolleg "Klinische Emotionsforschung" der Universität Heidelberg und des Saarlandes in Stuttgart.
- Schonecke, O. W. et al. (1996). Psychophysiologie. T. Uexküll, v. (ed.). Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Schur, M. (1950). Basic problems of psychosomatic medicine. H. Herma et al. (ed.). Elements of psychoanalysis. New York: World Pub.
- Stachowiak, H. (1969). Denken und Erkennen im

- kybernetischen Modell. Wien, New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1992). Affect, imagery and conciousness, Vol. 4., Cognition: Duplication and Transformation of Information. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1995). Exploring affect. The selected writings of S. S. Tomkins. Cambridge: Univ. Press.
- Traue, C. U., & Pennebaker, J. W. (1993). Inhibition and arousal. C. U. Traue, J. W. Pennebaker (ed.): Emotion, Inhibition and Health. Toronto: Hofgreffe.10-13.
- Uexküll, v. T. (1996). Lehrbuch der Psychomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Vaitl, D. (1985). Psychophysiologische Merkmale klinischer Symptome. (1) Psychophysiologische Dysfunktionen. Einheim, Basel: Beltz.
- Weizsäcker, C. F. v. (1977). Zur Biologie des Subjekts. München: Hanser.
- Weizsäcker, v. V. (1940). Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1947). Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildung. Stuttgart: Klett.
- Weizsäcker, V. v. (1949). Arzt und Kranker. Band 1+2. Stuttgart: Köhler.
- Weizsäcker, V. v. (1951). Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie. Stuttgart: Köhler.
- Weizsäcker, V.v. (1935). Studien zur Pathogenese. Leipzig: Thieme.
- Weizsäcker, V.v. (1948). Grundfragen medizinischer Anthropologie. Tübingen: Furcht.
- Weizsäcker, V.v. (1952). Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde. Der Nervenarzt, 3, 301-323.
- Weizsäcker, V.v. (1955). Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiener, N. (1968). Kybernetik. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1960.
- Wittgenstein, L. (1960). Schriften. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Zacher, A. (1979). Der Krankheitsbegriff Viktor v. Weizsäckers. Disertación Universidad de Würzburg.
- Zajonc, R. B. (1984). The integration of affect and cognition. K. R. Scherer. & P. Ekman (ed.). Approaches to emotion (239-246). New York: Hillsdale.
- Zepf, S. (1976). Grundlinien einer Theorie psychosomatischer Erkrankungen. Frankfurt/Main: Campus.

ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA¹

Pía Santelices*

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados de un estudio descriptivo-exploratorio acerca de la demanda de atención psicológica en personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA), a través de una muestra de 100 PVVIH/SIDA, adultos de la Región Metropolitana. La demanda de atención psicológica se analizará a la luz del resto de los datos recogidos en la investigación, estableciendo diferencias por sexo, orientación sexual, situación laboral actual y seguimiento de tratamiento antiretroviral. Se compara la demanda antes y después del diagnóstico VIH(+) y se indica que tipo de atención psicológica prefieren estas personas. Los resultados obtenidos muestran una demanda creciente de atención psicológica, de preferencia de psicoterapia individual, luego psicoterapia grupal, de pareja y familiar.

ABSTRACT

This paper presents the results of a descriptive-exploratory study about the demand of psychological therapy in people living with HIV (PVVIH/SIDA), through a sample of 100 PVVIH/SIDA, adults of the Metropolitan Region. The demand of psychological therapy will be analyzed by the rest of the data picked up in the investigation, establishing differences for sex, sexual orientation, current labor situation and pursuit of antiretroviral treatment. The demand is compared before and after the diagnosis VIH(+) and it is indicated that type of psychological therapy prefer these people. The obtained results show a growing demand of psychological therapy, mainly for individual psychotherapy, then psychotherapy grupal, and finally for couple and family.

INTRODUCCION

En nuestro contexto nacional, desde el primer caso de SIDA detectado en Chile en 1984, esta enfermedad se ha transformado en un problema de salud y en un desafío para la psicología, en relación a elaborar un enfoque teórico práctico para enfrentar esta nueva pandemia. Desde el inicio de esta enferme-

dad, en Chile se han ido creando estructuras de atención integral a las PVVIH/SIDA en los Servicios de Salud Pública de nuestro país, en los cuales se han implementado una serie de dispositivos de atención psicológica individual, de pareja, familiar y grupal. Sin embargo, estas iniciativas son insuficientes frente al aumento creciente de personas que viven con esta enfermedad. De esta manera, podemos constatar que en nuestro país la psicología aún no responde eficazmente al desafío de esta nueva enfermedad, otorgando una atención especializada a las PVVIH/SIDA y respaldando sus acciones en investigaciones respecto de : la demanda existente de atención psicológica en las PVVIH/SIDA, el diseño e implementación de estrategias de intervención y la posterior evaluación de las mismas.

Si bien, la realidad actual del VIH/SIDA en Chile muestra cifras bastante bajas en comparación con otros países de latinoamérica, el tema es de gran relevancia, debido al impacto de esta enfermedad en la población en general desde los aspectos biológico, psicológico y social (Bartlett & Finkbeiner, 1996). Haciendo una breve reseña de la epidemiología en Chile, podemos señalar que según las cifras otorgadas por la CONASIDA (Comisión Nacional del Sida, Ministerio de Salud), se han notificado 4.085 enfermos y 4.640 personas VIH (+) asintomáticas. Se ha informado el fallecimiento de 2.705 personas. La tasa de

¹ Trabajo derivado de Proyecto Fundación Andes C_13600/4 realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, bajo la dirección del autor. Profesora Universidad de Santiago de Chile, Escuela de Psicología.

* psanteli@ns.hospital.uchile.cl

incidencia acumulada de SIDA es de 27.6 por 100.000 habitantes, mostrando una tendencia sistemática al aumento a través de los años. La distribución por sexo en el país es de 89,7% hombres y 10,3% mujeres. La distribución por edad, muestra que el 85,1% de los casos se concentra entre los 20 y 49 años. En resumen, la infección por VIH se define en Chile como: Tipología incipiente, localización urbana, no hay marginalización, tendencia en feminización, pauperización en mujeres y predominio en hombres homobisexuales (CONASIDA, 2000).

Estas cifras nos indican que la enfermedad del SIDA es un hecho creciente en nuestro país y nos alerta frente al hecho de entregar las condiciones necesarias para que estas personas reciban la atención necesaria, no sólo en los sistemas de salud, sino también en el ámbito psicosocial.

Es necesario señalar que el tratamiento del VIH/SIDA ha experimentado cambios notables que han modificado sustancialmente la mortalidad, morbilidad y por ende, la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Este progreso en los tratamientos ha hecho posible pasar de hablar de enfermedad mortal a enfermedad crónica al referirse a la infección por VIH. Sin embargo, a pesar de la eficacia de los nuevos tratamientos, éstos pueden traer como consecuencia nuevos inconvenientes que afectan la calidad de vida, como las implicancias de seguir un tratamiento en forma permanente y enfrentar los efectos adversos de dicho tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es describir la demanda de atención psicológica en las PVVIH/SIDA, y se fundamenta en la vasta literatura existente respecto a la situación psicosocial de estas personas, enfatizando la presencia de síntomas psicológicos, tales como los sentimientos de depresión, ansiedad, angustia, temor a la muerte, irritabilidad, sentimientos de culpa, vacío interior, confusión, insomnio, soledad, negativismo, ideación suicida, estrés emocional, crisis de pánico, preocupación psicosomática, aislamiento social, miedo al rechazo y conflictos en sus relaciones (Coates, Temoshock & Mandel, 1984; Tross & Hirsh, 1988; McKusick, 1988). A estos síntomas psicológicos se le agrega el significado social atribuido al VIH/SIDA. La asociación de esta enfermedad a ciertos grupos de riesgo y el miedo irracional a contagiarse genera la discriminación, el rechazo, la marginación y el aislamiento social de las PVVIH/SIDA (Paez, 1996). Es por esto, que la labor del psicólogo es indispensable en el abordaje multidisciplinario de esta enfermedad, ofreciendo dispositivos de atención especializada a las PVVIH/SIDA.

En el Programa mundial sobre SIDA de 1988, se destacó que uno de sus objetivos es «asistir a las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVIH/SIDA), brindándoles el apoyo médico y psicológico necesario y buscando no tan sólo incrementar al máximo posi-

ble su sobrevida, sino sobretodo, mejorar su calidad de vida» (OMS, 1988). Es en este marco que se inserta el trabajo del psicólogo frente a la problemática de las personas que viven con VIH/SIDA, ofreciendo sus competencias para otorgar apoyo psicológico en los distintos niveles de esta problemática.

MÉTODO

Muestra

Se seleccionó a 100 participantes, PVVIH/SIDA adultos entre 20 y 59 años, que acuden al Hospital Clínico Universidad de Chile, con el objetivo de realizarse exámenes de laboratorio específicos del VIH/SIDA.

Las características de la muestra son representativas de la población general de personas con VIH/SIDA en Chile. En la muestra se observó un 88% hombres y 12% mujeres. Respecto de la distribución por edad, observó el 86% de personas entre 20 y 49 años. En relación a la orientación sexual, se observó un 65% de hombres homo y bisexuales, un 23% de hombres heterosexuales, el resto está constituido por el 12% de mujeres, todas heterosexuales.

Respecto al estado civil, el 64% son solteros(as), el 15% casados(as), el 12% separados(as), el 5% convivientes y el 4% viudos(as). Su situación laboral actual se caracteriza de la siguiente forma: 60% trabajando, 27% sin empleo y 12% en otra situación. La mayoría de los encuestados pertenecen a Fonasa (58%), un 29% tiene tarjeta de indigente, un 4% está en Isapre y un 9% presenta otro financiamiento en salud. Por último, en relación al tiempo que llevan diagnosticados VIH(+), el 6% fue diagnosticado este año, el 60% fue diagnosticado hace 1 a 5 años; el 25% hace 6 a 10 años y el 9% hace más de 10 años.

Instrumento

Se construyó el «Cuestionario para personas que viven con VIH/SIDA», que consta de 40 preguntas de alternativas (a,b,c,d y e). Este cuestionario recoge información sobre variables psicosociales asociadas al VIH/SIDA, tales como: sexo, orientación sexual, etapa de la enfermedad, situación socioeconómica, seguimiento de tratamiento antiretroviral, apoyo familiar, síntomas psicológicos desde la notificación, hasta etapa SIDA, deseo sexual, conductas de riesgo y demanda de atención psicológica. En el presente artículo sólo se analiza la variable «demanda de atención psicológica», relacionándola con las variables de sexo, orientación sexual, situación laboral actual y tratamiento antiretroviral. Se compara la demanda antes y después del diagnóstico VIH(+) y se indica que tipo de atención psicológica prefieren estas personas.

El proceso de construcción de dicho cuestionario siguió las siguientes etapas:

- Entrevistas con profesionales de la salud y de la salud mental que trabajan con personas que viven con VIH/SIDA.
- Revisión del material clínico (registro de entrevistas, evaluaciones psicológicas, notas de psicoterapias ... etc.) recopilado por la autora de esta investigación a lo largo de su experiencia en atención psicológica de pacientes con VIH/SIDA.
- Definición de los posibles temas relevantes a investigar.
- Elaboración de 60 preguntas para un cuestionario, relacionadas a las variables mencionadas.
- Revisión del cuestionario por 5 «Jueces expertos» (1 médico inmunólogo, 1 sociólogo, 1 metodólogo, 2 psicólogos) y posterior corrección.
- Elaboración del formato informático del Cuestionario a través del Programa SPSS, de esta manera se preparan las próximas etapas de la investigación de recolección y análisis de datos, incluyendo una primera aplicación piloto.

Procedimiento

El cuestionario fue aplicado a la muestra entre los meses de Enero a Marzo en el Hospital Clínico Universidad de Chile, en una oficina habilitada para este fin, ubicada a un costado del laboratorio de

inmunología, lugar donde acuden diariamente un número importante de PVVIH/SIDA.

RESULTADOS

Tal como puede verse en la figura 1, un alto porcentaje de las personas (44%) expresa desear atención psicológica en el momento de ser encuestadas, lo que nos muestra la magnitud de la demanda explícita existente respecto del rol del psicólogo frente a la problemática del VIH/SIDA. El 56% restante responde ante la pregunta abierta de los motivos de no desear atención psicológica, con variadas respuestas que han sido agrupadas en 8 categorías (ver tabla 1). Las respuestas más frecuentes se refieren a no necesitar atención psicológica, debido al bienestar expresado a través de frases como: «estoy tranquilo aceptando mi realidad», «vivo feliz», «estoy emocionalmente preparado». Luego manifiestan una crítica a la labor psicológica con respuestas de tipo: «no me sirve de nada», «no me ayuda, me deprime más», «quedo peor». Estas últimas aseveraciones nos llevan a interrogarnos acerca de la eficacia de la atención psicológica orientada a las PVVIH/SIDA y si se está respondiendo adecuadamente a la demanda de estas personas.

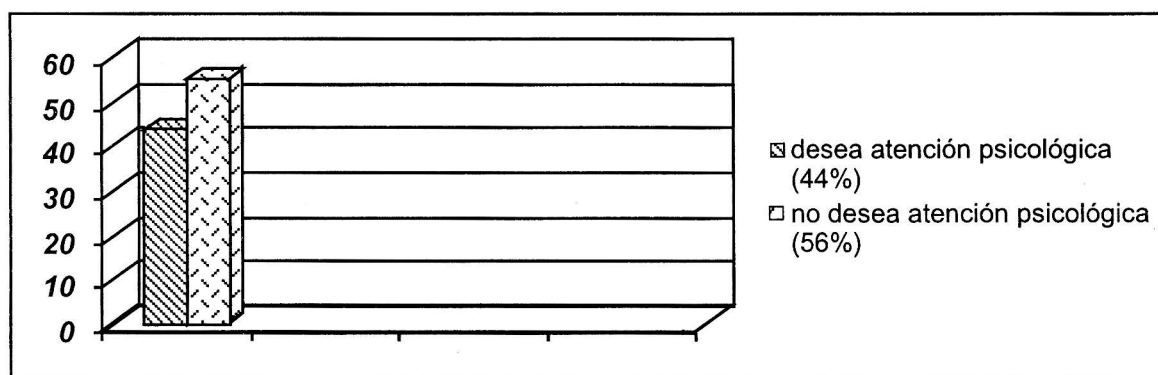


Figura N°1
Demanda de Atención Psicológica

Tabla N°1

Motivos expresados por los sujetos respecto de no desear atención psicológica

Respuestas a pregunta abierta ¿Por qué motivo no desea apoyo psicológico?	Número de personas	Porcentaje
«No necesito, estoy bien»	14	35%
«No me sirve, no me ayuda»	8	20%
«No lo deseo»	7	17,5%
«No necesito, tengo apoyo de mi pareja, familia y amigos»	4	10%
«Estoy en tratamiento psicológico»	2	5%
«Mejor ayudarse uno mismo»	2	5%
«Me falta tiempo»	2	5%
«Me apoyo en Dios»	1	2,5%
Total	40	100%

Se consultó a los encuestados si habían tenido algún tipo de apoyo psicológico o psiquiátrico antes y después de ser diagnosticados VIH(+). Antes del diagnóstico, un 21% de las personas había seguido un

tratamiento en salud mental (ver figura 2). Dentro de este 21% de la muestra, se destacó mayoritariamente un tratamiento psicológico: 66%, luego psiquiátrico, 17% y ambos tipos de tratamiento: 17% (ver figura 3).

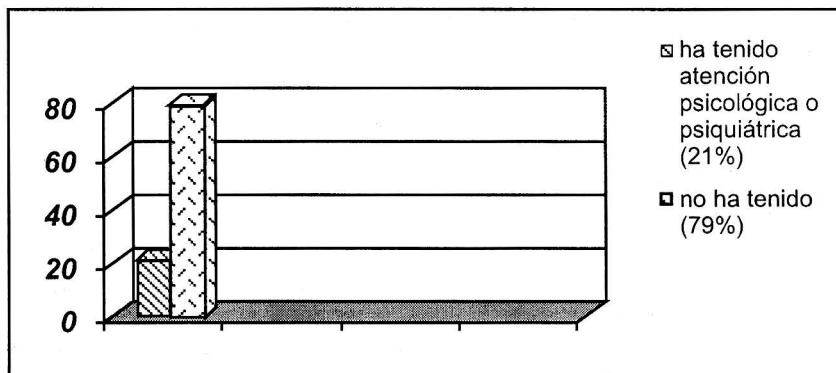


Figura Nº2

Porcentajes de atención psicológica o psiquiátrica previa al diagnóstico VIH(+)

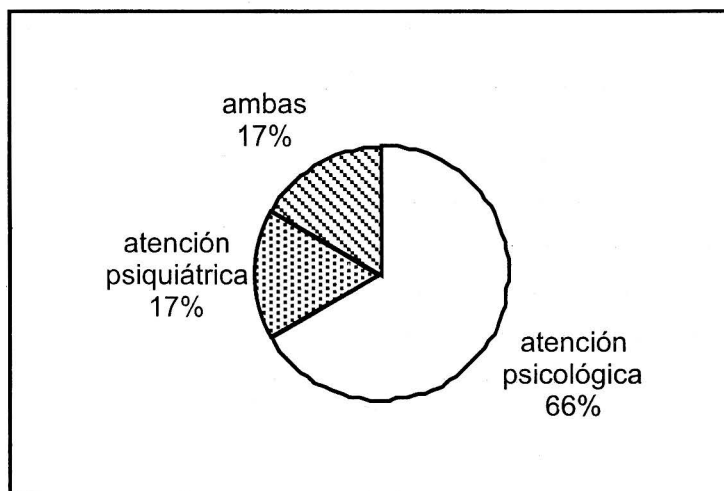


Figura Nº3

Porcentajes de atención psicológica y psiquiátrica previa al diagnóstico VIH(+) (n=21)

Posteriormente a la notificación VIH(+) se observa un alto porcentaje de personas que han estado o están en psicoterapia (28%) (ver figura 4). Sin embargo, el porcentaje de atención psicológica en el momento de la notificación de VIH(+) aparece disminuido (14%), considerando la importancia de brindar un

apoyo psicológico en este momento de gran vulnerabilidad psíquica. Es importante destacar que no se consultó respecto de la realización de «consejería en VIH/SIDA», actividad que legalmente debe efectuarse en todos los centros de salud del país.

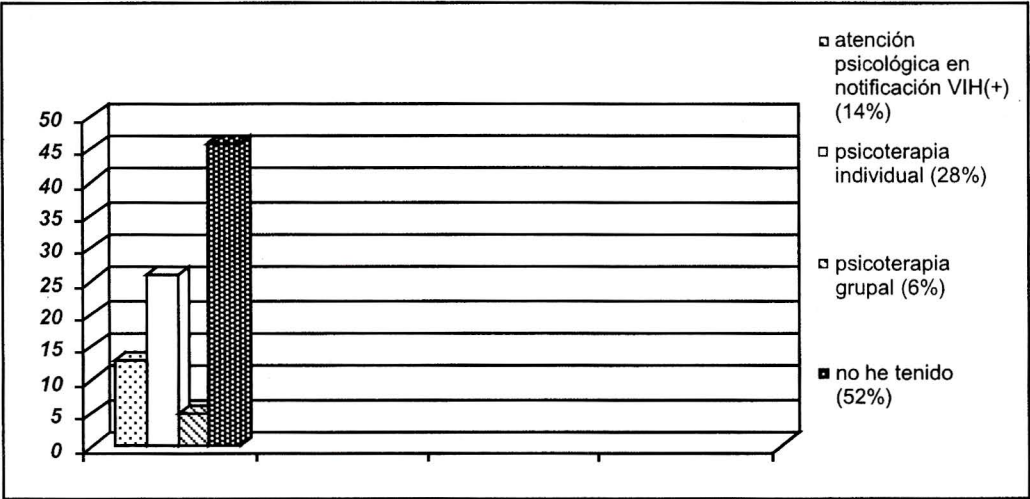


Figura N°4
Porcentajes de atención psicológica después del diagnóstico VIH(+)

Al relacionar la demanda de atención psicológica con variables como sexo, orientación sexual, situación laboral y seguimiento de tratamiento antiretroviral, se obtuvieron los siguientes resultados: el 43% de los encuestados hombres, desea atención psicológica y el 44% no lo desea. En las mujeres, sólo una desea apoyo psicológico y las 11 restantes no

lo desean (ver figura 5). Respecto a la orientación sexual, los **homosexuales** desean mayoritariamente atención psicológica, 30 personas desean y 27 no lo desean. Sólo 11 **heterosexuales** desean atención psicológica, comparados con 24 que no lo desean. Los **bisexuales** se distribuyen **homogéneamente**, 4 desean atención psicológica y 4 no lo desean (ver figura 6).

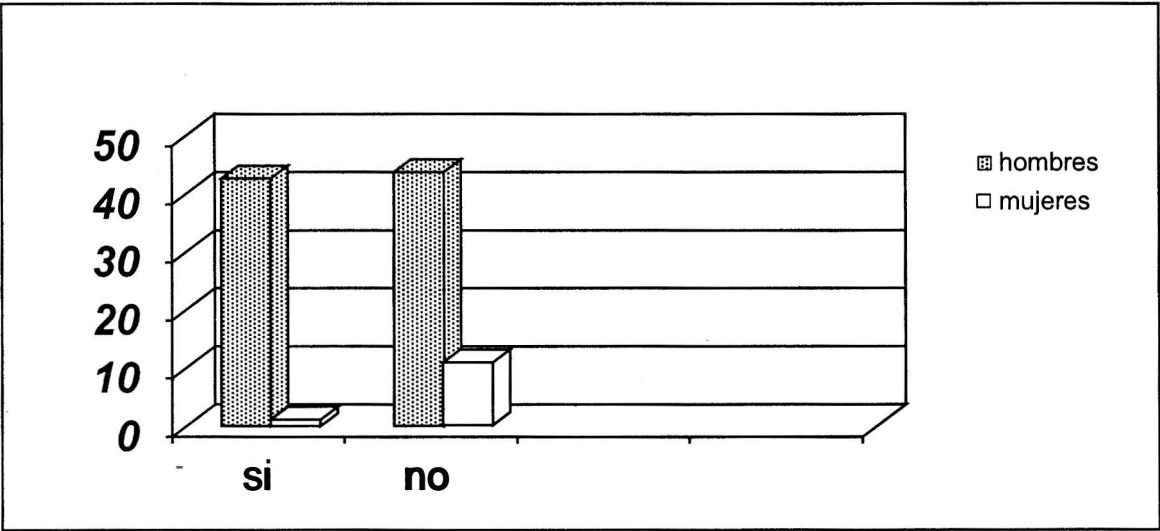


Figura N°5
Demanda de atención psicológica según sexo

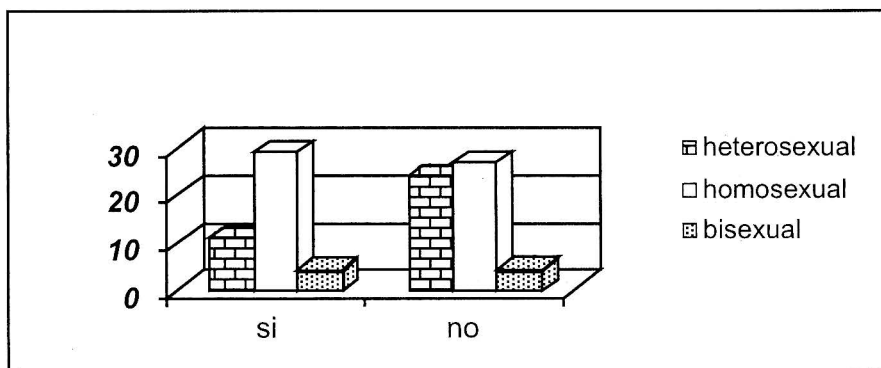


Figura Nº6

Demanda de atención psicológica según orientación sexual

Respecto a la situación laboral actual, se observa que una leve mayoría de los desempleados desean apoyo psicológico, 14 personas lo desean y 12 no lo

desean. De las personas activas laboralmente, 27 manifiestan desear atención psicológica y 33 no lo desea (ver figura 7).

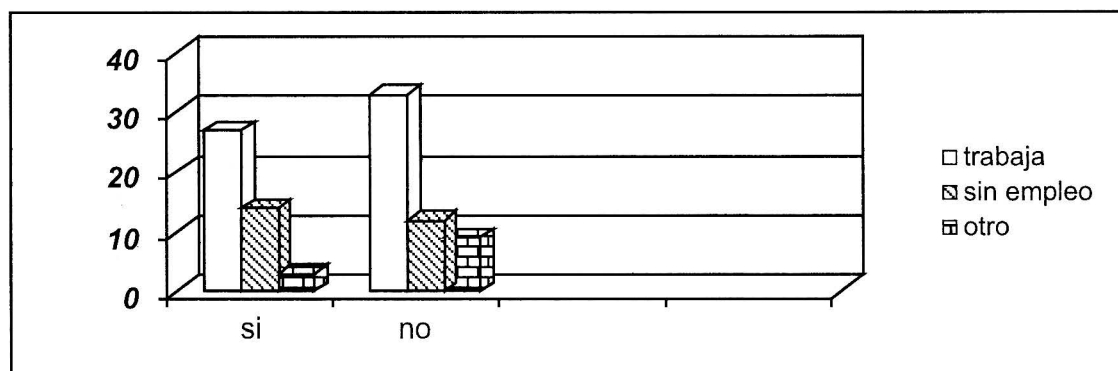


Figura Nº7

Demanda de atención psicológica según situación laboral actual

Comparando a las personas con o sin tratamiento antiretroviral, se observa que aquellos sin tratamiento manifiestan mayores deseos de atención psicológica, 20 personas lo desean y 15 no lo desean. En aquellos con tratamiento, se observa que un menor

número de personas desea atención psicológica, 17 personas lo desean y 36 no lo desean. De las personas que no están informadas del tratamiento (no lo conocen), 7 personas desean apoyo psicológico y 3 no lo desean (ver figura 8).

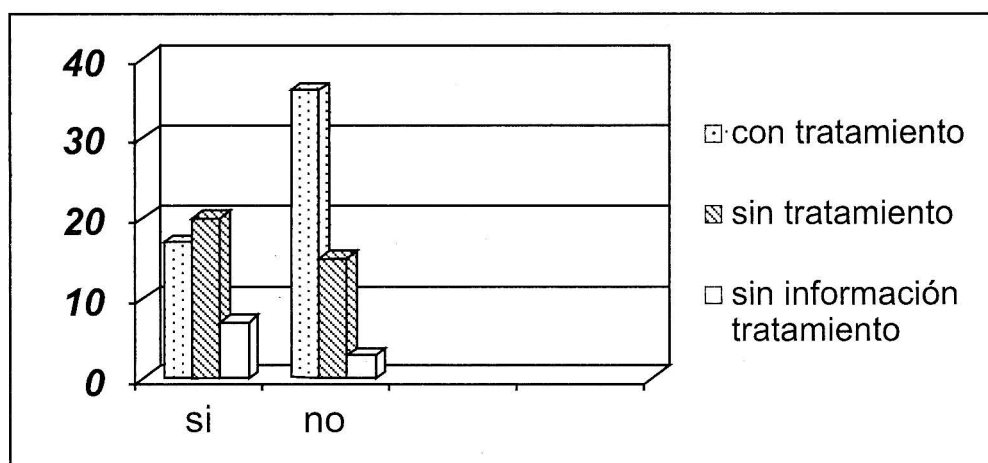


Figura Nº8

Demanda de atención psicológica según tratamiento antirretroviral

Por último, de aquellos que manifiestan desear atención psicológica (44 personas), las siguientes frecuencias indican el tipo de atención preferida por los encuestados (ver figura 9): la mayoría de las personas

prefiere psicoterapia individual (37%), luego psicoterapia grupal (26%). La terapia de pareja es preferida por el 17% de personas y por último, la terapia familiar por el 7%. El 13% marcó más de una opción.

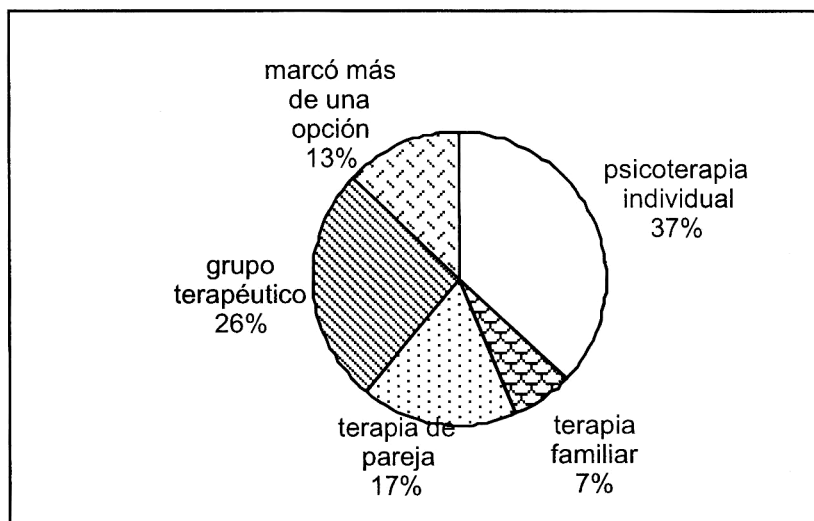


Figura N°9

Porcentajes de tipos de atención psicológica preferidas por las personas (n=44)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo era conocer la percepción de las PVVIH/SIDA respecto a su demanda de apoyo psicológico, e intentar describir el perfil de las personas que expresan necesidad de atención psicológica. Es por esto que esta demanda se relacionó con las otras variables mencionadas. Igualmente, se pretendía conocer las preferencias de las PVVIH/SIDA en relación a los tipos de atención requerida, con el fin de aportar datos que puedan respaldar iniciativas de programas de atención psicológica a estas personas.

El resultado más significativo se relaciona con la existencia de una importante demanda de psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA, casi la mitad de los encuestados declara desear algún tipo de apoyo psicológico, lo que debe sumarse a las personas que han tenido o tienen apoyo psicológico después de haber sido diagnosticadas VIH(+). Estos datos corroboran las investigaciones realizadas respecto a la importancia del apoyo psicológico hacia las PVVIH/SIDA, que enfrentan una situación tan compleja y difícil. Así mismo, los resultados nos muestran que existe una demanda que no está siendo satisfecha en nuestro sistema de salud.

Existe un número importante de casos que declaran no desear atención psicológica y entre las razones que esgrimen, se encuentran aquellas relacionadas a críticas a la labor psicológica, lo que debe

cuestionarnos respecto de ofrecer una atención especializada para estas personas, que cuente con sistemas de evaluación adecuados.

Los resultados arrojaron información relevante respecto de las personas más demandantes de atención psicológica. Los hombres homosexuales aparecen como las personas que expresan más necesidad de atención psicológica. Las mujeres manifiestan mayoritariamente no desear apoyo psicológico y entre sus razones está principalmente la idea de bienestar, de sentirse apoyada por los demás, de ser optimista, tener fe y ayudarse ellas mismas. En relación a la situación laboral, existiría una leve tendencia a necesitar apoyo psicológico en las PVVIH/SIDA que se encuentran sin empleo. Igualmente, las personas que no siguen el tratamiento antirretroviral manifiestan una mayor demanda de atención psicológica.

Estos resultados nos indican que las personas que más expresan una demanda de apoyo psicológico son aquellas que presentan mayores índices de vulnerabilidad respecto de su orientación sexual y situación socio-económica. Esto aporta información relevante para orientar la ayuda necesaria hacia las personas que más lo necesitan. Por lo tanto, frente a esta importante demanda de apoyo psicológico de las PVVIH/SIDA, la psicología debe enfrentar el gran desafío de responder adecuadamente a la necesidad de estas personas.

Esta demanda se enmarca dentro del contexto de la necesidad de apoyo biopsicosocial hacia las PVVIH/

SIDA, abarcando a los profesionales de la salud, al apoyo familiar, y las redes de apoyo psicosocial. De esta manera, el rol del psicólogo se hace indispensable en el abordaje integral de la problemática de las PVVIH/SIDA, orientando su labor hacia el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

REFERENCIAS

- Bayés, R. (1995). Sida y psicología, España: Martínez Roca.
- Bartlett, M. D. & Finkbeiner, A.K., (1996). Guía para vivir con VIH y SIDA. Desarrollada en la Clínica de SIDA de Johns Hopkins (3ª ed.). México: Diana.
- Coates, T., Temoshock, L. & Mandel, J. (1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS, American Psychologist, 39, 1309-1314.
- CONASIDA (2000). Boletín epidemiológico semestral VIH/SIDA N° 13, Ministerio de Salud, Santiago, Chile (en prensa).
- CONASIDA (1998). Estrategia global para la prevención de la Transmisión del VIH/SIDA. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
- Hefez, S., (1996) SIDA et vie psychique. Paris, Francia, Editions La Découverte.
- McKusick, L, (1988). The impact of AIDS on practitioner and client, notes for the therapeutic relationship. American Psychologist, 43, 935-940.
- Organización Mundial de la Salud (Marzo, 1988). Estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA; Informe del Director General, Documento A41/S. Ginebra, Suiza.
- Páez, D. (1996). El desafío social del SIDA. España:s Fundamentos.
- Ruffiot, A., (1990). Psychologie du SIDA, Bruxelles, Bélgica, Pierre Mardaga Editeur.
- Tross, S. & Hirsch, D. (1988). Psychological distress and neuro-psychological complications of HIV infection ans AIDS. American Psychologist, 43, 929-934.

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA



**COLEGIO
DE PSICÓLOGOS
DE CHILE**

**Volumen 21 Nº 1 - Año 2000
ISSN 0716 - 3630**

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

ISSN 0716 - 3630

Fundador

Ps. Alex Kalawski Boza

Comité Editorial

Director de la Revista: Prof. Dr. Emilio Moyano Díaz.
Editoria Invitado: Dr. Ps. Pablo Vera-Villarroel
Comité Editorial: Prof. Dr. Alejandro Díaz (U. de Concepción)
Prof. Dr. Sergio Espinoza (U. de Santiago de Chile)
Prof. Dr. Emilio Moyano Díaz (U. de Santiago de Chile)
Prof. Dra. María Victoria Pérez (U. de Concepción)
Prof. Mag. José Luis Saíz (U. de La Frontera)
Prof. Mag. María Eugenia Vinet (U. de La Frontera)

Consultores para este volumen

Ps. Ramón Castillo G.; Dr. Ps. Pablo Vera-Villarroel; Dr. Ps. Emilio Moyano D.

Secretaria de Redacción: Lic. Nadia Ramos Alvarado
Secretaria de la Revista: Claudia Santibáñez Herrera

Representante Legal: Ps. Carlos Urrutia Schwartz E-mail: curruti@tnet.cl
Editor: Dr. Emilio Moyano Díaz E-mail: emoyano@lauca.usach.cl

Directorio del Colegio de Psicólogos de Chile

Presidente: Ps. Carlos Urrutia Sch.
Vicepresidente: Ps. Margarita Loubat O.
Tesorera: Ps. Sonia Salas B.
Secretaria General: Ps. Patricia Condemarín B.
Directoras: Ps. Isabel Corbera M.
Ps. M. Cecilia Jiménez C.
Ps. Adriana Massardo B.
Ps. Alicia Sepúlveda T.
Dirección: Av. Gral. Bustamante 250, Dpto. H Piso 3 - Providencia - Santiago
Fono Fax: (56 2) 635 32 69 - 635 34 64
E-mail: colpsico@terra.cl
Website: <http://www.colegiopsicologos.cl>

Indice

Volumen 21 N°1 – Año 2000

EDITORIAL	67
PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: UNA ALIANZA EMERGENTE <i>Francisco Ugalde B.</i>	69
CONSTRUCCIÓN DE UN TEST PARA MEDIR ESTRÉS GENERAL UNIVERSITARIO: T.E.G.U. <i>Víctor Huaquín, Emilio Moyano Díaz, Renato Loaiza</i>	78
INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA PREPARACIÓN A LA SITUACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS <i>Mónica Alvarado, Pamela Cabrera, Beatriz Urrutia, Verónica Vera, Pablo Vera-Villarroel</i>	97
LA HERENCIA DE SERGIO YULIS: UNA PERSPECTIVA PERSONAL <i>Luis Montesinos</i>	105
DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DE LA SALUD: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL <i>Juan Preciado</i>	111
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MÉDICO – PSICOLÓGICA DIRIGIDO A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA <i>Julio Piña López, Carlos Togawa, Margarita Coronado Monroy, Luis Fierros Dávila</i>	119

SEGUNDO NÚMERO ESPECIAL DE PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COGNITIVA

El presente número especial corresponde a la continuación del número publicado en 1999 en esta misma revista. En ese número se presentaron diversos trabajos que abordaban distintas áreas de especialización de la Psicología, especialmente, área clínica, psicología del aprendizaje, psicología de la salud y aportes teóricos. Otra característica importante es que además de contar con la colaboración de autores nacionales, publicaron importantes autores de Colombia y España.

Creemos que la Psicología Conductual o Conductual Cognitiva cuenta cada vez más con mayores apoyos y preferencias. De hecho contamos recientemente con una serie de datos concluyentes. A modo de ejemplo podemos mencionar que en los últimos cuatro años desde la perspectiva de la psicología clínica se ha desarrollado en EEUU y Canadá un intento muy riguroso que tiene por objetivo determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y establecer una guía sobre las terapias de eficacia probada. Los datos obtenidos están sirviendo en la actualidad para las compañías de seguros y también para orientar a los usuarios y entregar criterios a los responsables de tomar decisiones en los Servicios de Salud Mental. De esta forma, en estos países se está promoviendo sólo aquellas terapias que estén validadas empíricamente (Chambless, 1996). La elaboración de este informe, fue auspiciado por la División 12 (Psicología Clínica, de la Asociación Psicológica Americana APA) y revisado hasta la fecha en dos ocasiones (Chambles, Sanderson, Shoham, 1996; Chambles, Baker y Baucom, 1998). Los resultados de estos grupos de expertos han llevado a plantear algunos conceptos y criterios para analizar los resultados obtenidos.

Así, se establecen a lo menos dos categorías, los tratamientos eficaces y los tratamientos posiblemente eficaces. En la primera se considera aquellos tratamientos cuya eficacia es mejor que la ausencia de terapia en al menos dos estudios independientes, mientras que en la segunda (probablemente eficaces) se considera cuando se cuenta con un sólo estudio que demuestre eficacia o ha sido desarrollado por sólo un equipo de investigación.

Los resultados obtenidos por Chambless et al. (1996 y 1998) muestran la superioridad de las terapias cognitivo conductuales. A modo de resumen se encuentra que, de las cuatro terapias efectivas para los trastornos de ansiedad todas corresponden a esta modalidad de terapia, con respecto a la depresión de las cuatro terapias efectivas dos corresponden a la terapia cognitivo conductual. En los trastornos sexuales y de pareja (de tres efectivas) y en los trastornos infantiles (de cuatro efectivas) todas son de orientación conductual y cognitivo conductual. Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria se encontraron dos terapias efectivas correspondiendo una de ellas a este modelo. En los trastornos adictivos se encontraron cuatro terapias efectivas de las cuales tres corresponden a las terapias cognitivo conductuales. Por último en relación a los trastornos psicóticos las dos terapias efectivas corresponden a cognitivo conductuales.

En el presente número contamos con artículos de diferentes áreas de la psicología. Así el Dr. Ugalde presenta una investigación desarrollada en nuestro país acerca de la efectividad de una intervención conductual para reducir los accidentes en las industrias. Los datos reportados son tremendamente reveladores acerca de la efectividad de su intervención. El Dr. Piña junto a Togawa, Coronado y Fierros presentan una evaluación de un programa de intervención a pacientes que viven con VIH/SIDA en México. Además de sus datos nos presenta como las intervenciones médicas y psicológicas pueden potenciarse si se utilizan en forma coordinada. Los Doctores Húaquín, Moyano y Loaíza nos entregan un reporte de un instrumento creado por ellos para evaluar el estrés universitario. Esto es muy relevante ya que respecto al estrés académico y muy especialmente el de los estudiantes universitarios se cuenta con muy escasa información de cómo evaluar específicamente y, menos aún, con instrumentos especialmente diseñados para ese contexto. El Dr. Preciado, desde los EEUU, nos ofrece una interesante reflexión acerca de los desafíos de la psicología y especialmente la psicología conductual en problemas macrosociales, como es la globalización. Nos parece necesario resaltar que los aportes que los psicólogos podemos hacer en áreas y temas dominados principalmente por otras disciplinas y que, sin embargo, tanto en su origen como en su mantenimiento pasan por los comportamientos de las personas ya sea tanto a

nivel individual como social y de esta forma el psicólogo debería ser un actor destacado en los equipos interdisciplinarios que aborden las temáticas. Alvarado, Cabrera, Urrutia, Vera y Vera-Villarroel presentan un artículo de revisión sobre la preparación de niños para las hospitalizaciones, cuyos resultados indican que realizar estas intervenciones reduce diversos síntomas de estrés psicológico y que también de esta manera se reduce el tiempo de rehabilitación. De esta forma, muchos costos tanto sociales como económicos podrían ser disminuidos si se aplicaran estas técnicas y procedimientos. Por último, el Dr. Montesinos, nos presenta un artículo de reflexión en el cual se describe diversas intervenciones realizadas por él tanto en Chile como en EEUU y algunas evocaciones relativas a quien fuera su mentor, el Dr. Sergio Yulis, uno de los psicólogos chilenos más importantes y que para muchos es considerado la persona que introdujo y desarrolló la psicología conductual en Chile.

Queremos agradecer a todos los autores que aceptaron la invitación para participar en este número, al Comité Editorial de la Revista Chilena de Psicología y muy especialmente a su Director, tanto, por su aceptación de la propuesta que constituye este volumen, como por su colaboración en el trabajo de edición, todo lo cual contribuye a la difusión de los aportes de Psicología Conductual y Conductual Cognitiva. Nos parece grato considerar al término de estos dos números, tres hechos. El primero son los resultados acerca de psicoterapia basada en la evidencia, el segundo es el comienzo de la Década de la Conducta (definida y asumida por los organismos científicos internacionales) y por último el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en el marco del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile que se aplicará en nuestro país y que incorpora una intervención psicológica grupal de orientación cognitiva-conductual. Este plan cuenta con un manual de aplicación que contempla los procedimientos y técnicas básicas para su aplicación. Estos tres hechos tanto internacionales como nacionales nos permiten mirar con optimismo la reconsolidación de este modelo en Chile.

Dr. Pablo E. Vera Villarroel
Editor Invitado

PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: UNA ALIANZA EMERGENTE

Francisco Ugalde Bilbao, Rh.D.¹

RESUMEN

La seguridad conductual tiene sus raíces en la ciencia del comportamiento, aborda una problemática caracterizada por la preponderancia de actos inseguros como causa directa de los accidentes en el trabajo y ha desarrollado estrategias de intervención de demostrada efectividad destinadas a promover el comportamiento preventivo y desalentar los actos inseguros. El presente trabajo discute los fundamentos del enfoque conductual en la seguridad industrial, a la vez que describe un proceso de mejoramiento de conductas seguras de trabajo en una empresa chilena del sector minero. Se presentan resultados que sustentan la efectividad de la intervención realizada y se comentan algunos desafíos que enfrentan los profesionales de la seguridad para abordar con éxito los factores humanos en el problema de la accidentabilidad en la empresa.

ABSTRACT

In dealing with unsafe acts as the primary direct cause of industrial accidents, behavioral safety is well founded in scientific psychology and has developed effective interventions to promote safe behaviors in the worksite. This paper discusses some characteristics of the behavioral approach to safety and describes the application of a behavioral safety process in a Chilean mining company. Data supporting the effectiveness of the intervention is presented. Recommendations are made to safety professionals in order to consider behavioral science principles and procedures when dealing with human factors as important components of occupational accidents.

Durante la década recién pasada ha despertado especial interés en Norteamérica y Europa la llamada seguridad basada en la conducta o seguridad conductual, como una herramienta novedosa para avanzar la gestión de seguridad en el trabajo (Daniels, 1993, 1994; McSween, 1995; Geller, 1996; Petersen, 1998; Saari, 1988). Estos términos son expresiones populares que, en esos países, describen el rol que juega la ciencia del comportamiento en la seguridad industrial². En nuestro país también se han llevado a cabo aplicaciones de este enfoque (López Mena &

Ortega, 1996; Raña, 1996; Ugalde, 1997), las que recientemente han alcanzado alguna notoriedad en la escena industrial a partir de la experiencia de una empresa de la gran minería del cobre (Ugalde y Dasencich, 2000).

El propósito de este trabajo es describir los elementos básicos involucrados en la implantación efectiva de un proceso de análisis y modificación conductual en la gestión de seguridad de una empresa del sector minero.

¿Qué es la seguridad conductual?

Si bien en los países de habla inglesa existe consenso para referirse al enfoque de modificación de conductas seguras en el trabajo como seguridad conductual o seguridad basada en la conducta, no es del caso en nuestro país. En las aplicaciones reportadas a la fecha se han usado distintas denominaciones, como mejoramiento de conductas, enfoque de mejoramiento conductual, etc., sin que exista acuerdo respecto de ellas. En el presente trabajo se usará el término seguridad conductual para referirse a aquellas iniciativas en el campo de la seguridad industrial que tienen como elemento distintivo la modificación directa de conductas seguras e inseguras de trabajo y el uso de medidas conductuales de desempeño.

¹ Psicólogo, PCI Recursos Humanos Ltda.

² Podríamos decir, también, que ese rol se extiende a las acciones destinadas al cuidado de la salud y la protección del medio ambiente. Sin embargo, para la presente exposición, circunscribiremos su efecto al ámbito de la seguridad.

Diversas investigaciones han presentado evidencia convincente acerca del papel protagónico que juegan los actos de las personas como causas directas de los accidentes en el trabajo (Geller, 1996; McSween, 1995). En efecto, a partir de los estudios iniciales del ingeniero estadounidense Heinrich hace ya medio siglo, diversas fuentes han ampliado sus hallazgos y confirmado sus apreciaciones. Especialmente relevantes entre estos fueron los resultados de más de una década de investigación de accidentes presentados por la empresa química Dupont, cuyas conclusiones atribuyeron cerca del 80% de la causalidad de los accidentes a los actos inseguros de las personas. La evidencia disponible sugiere que, en contraposición a creencias bastante extendidas, no son las condiciones físicas del ambiente de trabajo las principales causas de accidentes.

Si es la conducta de las personas la causa directa de la mayoría de los accidentes en el trabajo, ¿puede la ciencia del comportamiento hacer un aporte a la prevención y remediación de este problema? La respuesta a esta pregunta ha sido una rotunda afirmación.

Podemos definir Seguridad Conductual como la aplicación al campo de la seguridad industrial de principios y métodos derivados de la disciplina conocida como el análisis de la conducta. Sustentados en más de tres décadas de rigurosa investigación y desarrollo científico (Fox, Hopkins & Anger, 1987; Komaki, Barwick & Scott, 1978; Skinner, 1975; Sulzer-Azaroff, 1978; Sulzer-Azaroff & Santamaría, 1980), estos principios incluyen la retroalimentación y el reforzamiento positivos para aumentar las conductas apropiadas y la retroalimentación correctiva para disminuir las conductas no deseadas. Aplicado a la seguridad, esto significa que se aumentan las conductas seguras (preventivas) y se disminuyen las conductas de riesgo (preocupantes). El objetivo final es el mejoramiento del desempeño de las personas.

La seguridad conductual también implica, al menos, otros dos elementos: a) es un proceso de mejoramiento continuo, y b) es un proceso dirigido por los trabajadores. Los trabajadores se sienten dueños y orgullosos de un proceso que han contribuido a desarrollar y que gestionan en su funcionamiento diario.

La seguridad conductual implica diseñar cualquier sistema de seguridad para que sea consistente con los principios de la Psicología de la conducta. Así, estos principios pueden aplicarse al mejoramiento de los actuales sistemas de gestión de la seguridad, tales como el análisis de incidentes, los programas de incentivo y reconocimiento, las inspecciones planeadas y los sistemas de medición del desempeño individual y colectivo en seguridad.

Un cambio de paradigma

Muchas veces escuchamos decir que para cambiar el desempeño de las personas en seguridad, primero debemos cambiar sus *actitudes*. Este planteamiento supone que las actitudes guían la conducta, ya sea ésta segura o de riesgo. Las actividades favoritas para lograr el cambio de actitudes deseado son las campañas motivacionales, las actividades educacionales, la presentación de "testimonios", etc.

Las actitudes son creencias internas de la persona respecto de cómo evalúa un determinado tema o situación (Ajzen & Fishbein, 1989; Geller, 1996). Sin embargo, su conexión con la conducta no es automática. Más allá del hecho práctico que es difícil acceder a estos procesos internos y medirlos con precisión, la evidencia muestra que es posible tener actitudes positivas hacia la seguridad y, a la vez, realizar comportamientos de riesgo en el lugar de trabajo. En otras palabras, podemos ver las mejores actitudes hacia la seguridad y ello no garantiza que las personas ejecutarán los comportamientos preventivos requeridos durante el desempeño de sus labores.

Otro término favorito es *cultura*. Si acaso vemos que las personas realizan frecuentes conductas inseguras o preocupantes en el trabajo, sin que nadie parezca querer hacerlo de otro modo, decimos que lo que se necesita es cambiar la "cultura de la organización". En este contexto, se entiende como cultura a un conjunto de normas de comportamiento apoyadas por el grupo. Estas normas reflejan creencias acerca de lo que es deseable en la organización y orientan el comportamiento de sus miembros (Eubanks & Lloyd, 1992; Schein, 1990).

Nuevamente, se plantea que para mejorar el desempeño en seguridad hay que primero cambiar la cultura. Aunque no sabemos muy bien cómo puede lograrse este cambio, actividades favoritas para el cambio de cultura son las declaraciones de visión, misión, políticas de seguridad y otras iniciativas similares en las que se persigue comunicarles a los trabajadores cuales son las normas de comportamiento deseables.

El problema no solo radica en que a las personas les disgusta que les digan en qué creer. Algunas de las normas de comportamiento que afectan negativamente la seguridad obedecen a contingencias del ambiente de trabajo, como son los incentivos que estimulan el logro de metas de producción a expensas de la seguridad. Finalmente, el proceso de cambio de cultura toma largo tiempo, lo que conspira para lograr los efectos deseados sobre el mejoramiento del desempeño.

Al focalizarnos sobre la conducta podemos evitar las dificultades señaladas en los casos anteriores. Podemos partir de inmediato cambiando los comportamientos de riesgo o preocupantes. Estas conductas

son observables, las podemos medir con cierta precisión y disponemos de técnicas probadamente efectivas para lograr su cambio. Los nuevos comportamientos adquiridos nos llevarán a mejores actitudes acerca de la seguridad y, en el tiempo, contribuirán a

cambiar la cultura. En otras palabras, es partiendo por cambiar los comportamientos que podemos influir positivamente sobre las actitudes y la cultura de seguridad, y no al revés (Skinner, 1975).

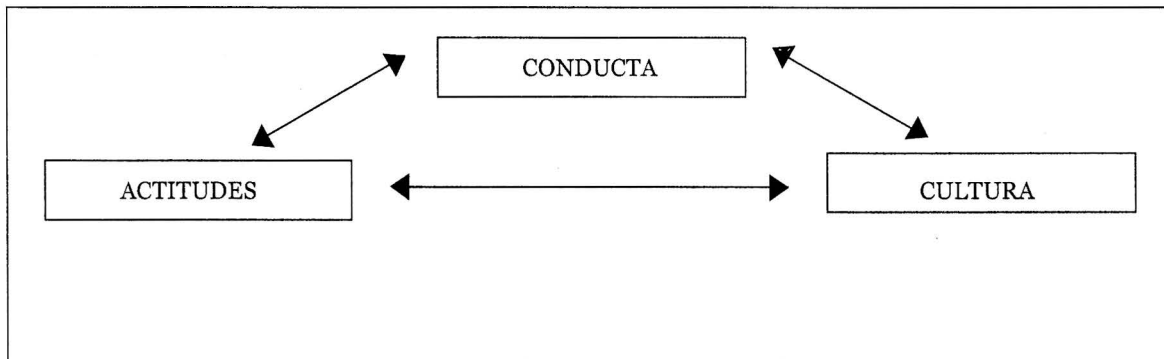


Figura N°1

Relación de influencia recíproca entre conducta, actitudes y cultura organizacional

Ya se ha dicho que las intervenciones fundamentadas en el enfoque conductual se centran en la modificación directa de las conductas de interés (preventivas y/o de riesgo) y en la investigación de los efectos de técnicas y paquetes de intervención en los escenarios naturales (es decir, en la empresa). Aunque son escasos los intentos de construir modelos teóricos acerca del fenómeno de la accidentabilidad, y menos aún de establecer "perfiles" de individuos supuestamente propensos a involucrarse en estos actos, el enfoque conductual permite entender como la conducta de riesgo en las personas se mantiene gracias a los refuerzos naturales que se presentan inmediatamente después de ser ejecutada (Daniels, 1993). Asimismo, propone que la conducta segura o preventiva es castigada con sistemas de contingencia demorados (Meliá, Arnedo & Ricarte, 1998a, 1998b).

A la luz de lo anterior, el desafío para una intervención conductual exitosa en el campo de la seguridad ocupacional es identificar las conductas relacionadas a los accidentes, tanto seguras e inseguras, modificar el conjunto de contingencias naturales y establecidas que mantienen su ocurrencia y obtener medidas del desempeño a lo largo de todo el proceso.

La Aplicación Exitosa de la Seguridad Conductual

Los principios psicológicos establecen la regularidad de ciertas relaciones entre la conducta de las personas y eventos que ocurren en el ambiente físico y social. Cuando estos principios se aplican de manera apropiada, la organización se beneficia; cuando estos principios básicos se malentienden y aplican de

manera errónea, los esfuerzos fracasan.

Es importante no confundir lo que es la seguridad conductual con las numerosas maneras de las que puede implantarse. Los principios conductuales pueden aplicarse en diversas formas, de acuerdo al contexto particular, y sin que podamos decir que "una es mejor que la otra". Sin embargo, cuando los conocimientos se aplican mal, es posible encontrarse con mayor frecuencia con aplicaciones erradas del enfoque conductual.

Debido a la amplia variación de las culturas organizacionales, es importante desarrollar un enfoque sistemático y, a la vez, "hecho a la medida" para la implantación de un proceso de seguridad conductual. Una mayor acomodación de éste a las características de la organización propende un mayor involucramiento de los trabajadores. De manera opuesta, un programa "envasado" generalmente restringe el sentido de pertenencia y la capacidad de toma de decisiones por los trabajadores.

Ya que cada empresa es única, debe realizarse una evaluación del área antes de implantar el proceso de seguridad conductual. Esta evaluación identifica fortalezas, debilidades, normas culturales y sugiere los caminos para proceder con la implantación. Los objetivos principales de un proceso de evaluación previo a la implantación del proceso de seguridad conductual apuntan a lo siguiente: a) identificar planes y programas de seguridad actualmente en operación, incorporar la opinión de informantes claves, y preparar un plan de acción que se cimiente sobre estos esfuerzos; b) identificar áreas y actividades de alto riesgo; c) identificar las necesidades de entrenamiento del personal; y d) afianzar y desarrollar el apoyo de la supervisión para el esfuerzo de implantación. En algunos

casos también se lleva a cabo una evaluación de la cultura de seguridad (vía encuesta), para determinar percepciones, precisar área que necesitan atención y

establecer un punto de comparación para ulteriores mediciones de la cultura de seguridad.

Tabla Nº 1

Objetivos principales previos a la implantación del proceso de seguridad conductual

PROPÓSITOS DE LA EVALUACIÓN DE SEGURIDAD	
1	Identificar planes y programas de seguridad actualmente en operación y preparar un plan de acción que se cimiente sobre estos esfuerzos
2	Incorporar la opinión de informantes claves
3	Identificar áreas y actividades de alto riesgo
4	Identificar necesidades de entrenamiento del personal
5	Afianzar y desarrollar el apoyo de la supervisión para el esfuerzo de implantación

Como ocurre con otras cosas, el proceso de seguridad conductual fracasará si se implanta de manera incorrecta. Sin embargo, la seguridad conductual también puede fracasar a pesar de haberse implantado

correctamente. ¿Por qué? Existen obstáculos organizacionales que, de no superarse, pueden erosionar un maravilloso esfuerzo.

Tabla Nº2

Requerimientos para una implantación exitosa

REQUISITOS PARA UNA IMPLANTACION EXITOSA	
1	Ejecutivos y supervisores apoyan visiblemente los esfuerzos del proceso.
2	Las jefaturas abordan los riesgos ambientales y las barreras sistémicas.
3	Los sistemas de gestión de la seguridad están alineados con los principios de la seguridad conductual.
4	El énfasis se centra en el mejoramiento continuo, a largo plazo, de las conductas y desempeño seguro.
5	Los esfuerzos de mejoramiento de la seguridad son facilitados por la supervisión pero conducidos por los trabajadores, con el fin de lograr un sentido de propiedad.
6	La calidad del adiestramiento proporcionado resulta en trabajadores que conocen el proceso de seguridad conductual, son competentes en su administración y están motivados para hacerlo avanzar.
7	Todos los miembros de la organización, en sus diferentes niveles, entienden sus roles y los comportamientos requeridos para asegurar el éxito del proceso.
8	Se otorga una cuidadosa atención a la selección y entrenamiento de monitores de seguridad y observadores de conducta.
9	La estrategia de implantación se planifica con cuidado desde el comienzo.
10	El foco de atención es el logro de metas positivas y no la ausencia de fracasos.
11	Se recolectan y usan datos para medir el progreso de las conductas de seguridad y las actividades del proceso.
12	El reconocimiento formal e informal se integran a la cultura laboral del día a día.

Si disponemos de la información necesaria para preparar una intervención que responda a las necesidades específicas de la organización y sea un aporte complementario a las iniciativas de seguridad ya en desarrollo y, a la vez, contamos con los factores claves de éxito que se mencionan en la Tabla 1, entonces estamos en condiciones de abordar la puesta en mar-

cha de un proceso de seguridad conductual.

A continuación se describen los hitos principales de la implantación de un proceso de seguridad conductual, denominado mejoramiento de conductas seguras de trabajo, en una empresa estatal de la gran minería del cobre.

La organización y los participantes

La organización donde se realizó la aplicación del proceso de mejoramiento de conductas seguras de trabajo fue una empresa chilena de la gran minería del cobre, con una dotación total aproximada de 2200 trabajadores, distribuidos en tres áreas industriales ubicadas en locaciones diferentes. La aplicación del modelo aquí descrito se inició en el mes de Junio de 1999 y continúa hasta la actualidad.

Los participantes directos de la aplicación del proceso de mejoramiento de conductas han sido los trabajadores y supervisores de la empresa. En algunas unidades organizacionales también se han incorporado los trabajadores de empresas colaboradoras, ya que ejecutan actividades de apoyo a la operación, exponiéndose a los mismos riesgos y pudiendo aportar experiencias relevantes.

El Equipo Guía

Uno de los componentes claves del proceso de mejoramiento de conductas ha sido la conformación de un Equipo Guía (EG) encargado de planificar, dirigir y controlar el funcionamiento del proceso en las unidades organizacionales donde se implanta. El EG está compuesto por representantes de los distintos estamentos de la organización, incluyendo ejecutivos, asesores de seguridad, supervisores y trabajadores de cada área y cuadros de reemplazos para cada integrante en caso de ausencia.

El rol del EG consiste en la administración general de la implantación del proceso de mejoramiento de conductas. Sus funciones son revisar y aprobar las actividades del Plan de Acción, validar las propuestas del equipo consultor y de los equipos de trabajo, facilitar la realización de actividades y logro de metas a través de la coordinación de los medios y recursos necesarios y, cuando sea necesario, modificar políticas y procedimientos para sostener el proceso en el tiempo.

El Plan de Acción

Consiste en identificar y planificar las actividades necesarias para la implantación y seguimiento del proceso. El plan considera las características propias de cada unidad organizacional, identificadas durante la fase de diagnóstico, para determinar los roles y funciones de los Equipos de Trabajo y la secuencia con que éstos se incorporan a las actividades de implantación.

El plan de acción incluye los siguientes ejes de acción: (a) establecimiento de la misión del EG y los valores que sustentan el proceso; (b) plan de comunicaciones y difusión; (c) formación y adiestramiento de los equipos de trabajo; (d) diseño y apoyo en

terreno al proceso de observación de conductas; (e) definición del uso que se le dará a los datos de observación; (f) elaboración de un sistema de incentivos a la participación en el proceso; y (g) la mantención del proceso en el largo plazo.

Formular la misión y los valores que sustentan el proceso consiste en la establecer y redactar en forma participativa aquellas frases que servirán de marco conceptual durante la implantación del proceso y que facilitan la toma de decisiones por el grupo.

El plan de comunicaciones contempla el uso de diversos medios para la publicación de información general a la dotación de las unidades organizacionales acerca del propósito y el alcance del proceso que se va a implementar. Asimismo, establece vías de comunicación efectiva entre los distintos participantes.

La formación de equipos de trabajo incluye la definición de los roles y los métodos de selección de los integrantes, así como también la detección de las necesidades de entrenamiento para el desempeño de sus funciones.

Diseñar y apoyar el proceso de observación requiere: (a) determinar el procedimiento típico para realizar las observaciones y la logística de apoyo, (b) elaborar los listados de conductas seguras y preocupantes y la hoja de registro de la observación, (c) seleccionar observadores, (d) planificar el entrenamiento de éstos, (e) establecer la cantidad de observaciones a realizar por periodo y (f) clarificar el rol de la supervisión en este proceso (agente facilitador).

El uso de los datos de observación involucra un procesamiento informático y el análisis estadístico de ellos y la retroalimentación a los equipos de trabajo derivada de este análisis. También es necesario establecer los procedimientos para entregar al grupo observado la retroalimentación acerca de su nivel de cumplimiento de metas y los criterios para fijar metas realistas de manera participativa.

El desarrollo del sistema de incentivos al logro y la participación incluye identificar y priorizar las metas o los logros a reforzar, identificar y priorizar los reconocimientos tangibles y sociales a utilizar y el acoplamiento entre ambas jerarquías, definiendo los criterios para su operación.

La mantención del proceso comprende el desarrollo y la aplicación de estrategias para estimular las iniciativas y el cumplimiento de metas que posibiliten la supervivencia del proceso a largo plazo. También incluye el establecimiento de sistemas de evaluación y solución de problemas, así como la gestión de los recursos involucrados.

Implantación del proceso

Consiste en la preparación de la unidad organizacional para la puesta en marcha del proceso,

elaborando los instrumentos para la observación de conductas y desarrollando competencias en el personal a través de entrenamientos específicos.

Durante esta fase se seleccionan monitores, quienes son trabajadores pertenecientes a cada equipo de trabajo que tienen la función de coordinar las reuniones para la elaboración participativa de un listado de conductas seguras y preocupantes, relacionadas con tareas críticas seleccionadas previamente en cada equipo de trabajo.

La elaboración del listado de conductas es un proceso sistemático cuyo objetivo es la puntualización de un conjunto de conductas (prácticas de trabajo) que deberían ejecutarse al realizar una tarea para prevenir la ocurrencia de incidentes. Para este fin, los equipos de trabajo, liderados por sus monitores pueden analizar los reportes de incidentes del área, considerar la experiencia personal que se tiene respecto al tema, leer procedimientos, conversar con técnicos de seguridad, supervisores o miembros de los comités paritarios y revisar manuales de equipos u otros materiales.

A partir de estos listados el equipo consultor elabora el instrumento final de registro para la observación de conductas, al mismo tiempo que la supervisión prepara el procedimiento de observación que determina como se realizarán las observaciones al interior de cada equipo de trabajo.

En una fase posterior se entrena a los trabajadores de cada equipo de trabajo que cumplirán la función de observadores de conductas en el uso correcto del instrumento de registro y en el procedimiento de retroalimentación del desempeño observado. El observador de conductas es un trabajador capacitado y autorizado para observar las prácticas de trabajo y retroalimentar de manera positiva y correctiva a las personas que observó respecto de los actos relacionados con la seguridad en el trabajo.

En el largo plazo, el proceso de mejoramiento de conductas tiene por objetivo integrar a toda la dotación (supervisores y trabajadores) en el sistema de observación, lo que requiere su entrenamiento como observadores de conducta. Sin embargo, durante la implantación se entrena a un tercio de la dotación como observadores de conducta. Al mismo tiempo, se adiestra al 100% de la supervisión de cada unidad

organizacional como observadores de conducta, debido a que se requiere de supervisores entrenados para adiestrar a los nuevos trabajadores que se incorporan al proceso, a la vez que demostrar un liderazgo práctico en el tema.

Hacia el final de la fase de implantación se selecciona y entrena a un coordinador de proceso, quien tendrá la responsabilidad de gestionar en el largo plazo el funcionamiento del proceso de mejoramiento de conductas en su unidad organizacional, reportando siempre al EG. La coordinación del proceso es un conjunto de funciones y responsabilidades que apuntan a asegurar la realización de las actividades programadas y que éstas se mantengan a largo plazo. Estas funciones pueden ser desempeñadas por un equipo o por un trabajador individual.

En esta fase el EG elabora un Plan Estratégico de mantención del proceso de mejoramiento de conductas, con ejes de acción similares a los desarrollados en el diseño de la implantación. En función de las actividades contenidas en este Plan Estratégico se establecen criterios de evaluación que son incorporados en una auditoría anual del funcionamiento del proceso. En esta etapa, el equipo consultor prepara su desvinculación de la unidad organizacional mediante el traspaso de todas las responsabilidades por la gestión del proceso a los integrantes del EG del área.

Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos luego de un año de aplicación del proceso de mejoramiento de conductas son consistentes con el propósito inicial de incorporar a la mayoría de los trabajadores a participar en las tareas y responsabilidades de la seguridad y de reducir los índices de accidentalidad más allá de los niveles observados durante los años inmediatamente anteriores.

La Figura 2 muestra la distribución de trabajadores en tres unidades organizacionales de la empresa que participaban formalmente, hasta Mayo de 2000, en los distintos roles del proceso de mejoramiento de conductas: miembros de Equipo Guía, Monitores, Observadores de conductas, Coordinadores de proceso.

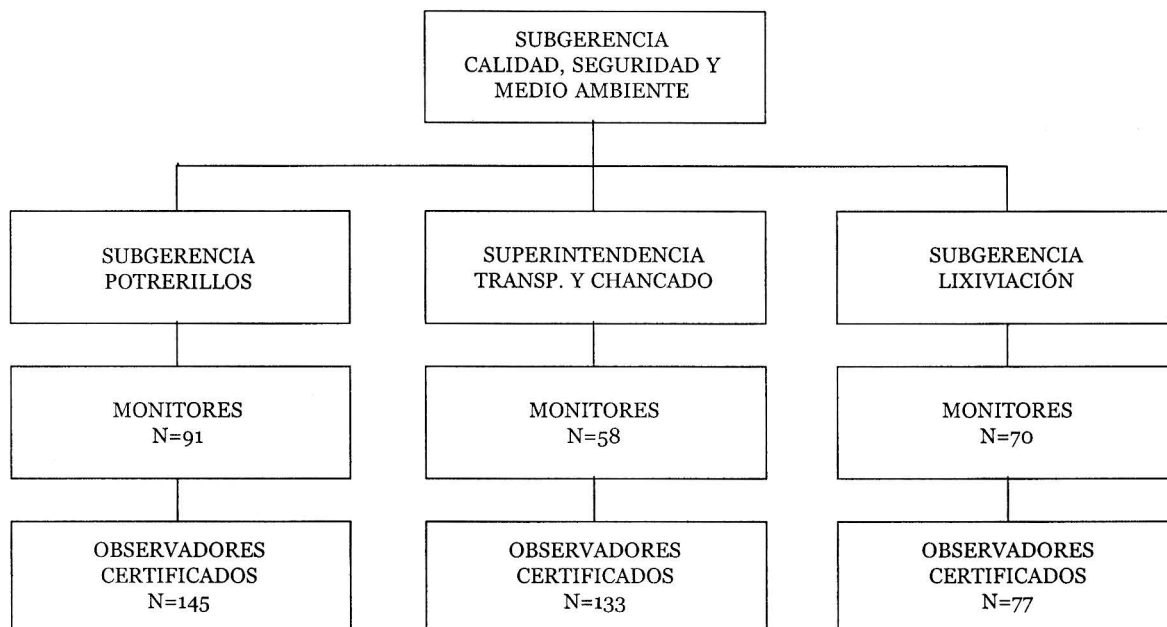


Figura N°2

Dotación de trabajadores que participan como monitores y observadores de conductas en tres unidades organizacionales donde se lleva a cabo el Proceso de Mejoramiento de Conductas (Mayo 2000)

La Figura 3 muestra el comportamiento del Índice de Frecuencia (IF) de la empresa entre Junio 1999 a Mayo 2000, período en el cual se fueron incorporando secuencialmente al proceso de mejoramiento de conductas las distintas unidades organizacionales

(Subgerencias). Al respecto, cabe señalar que el IF de la empresa, aunque presentó una tendencia decreciente durante la década pasada, hacia comienzos del año 1999 mostraba un estancamiento en valores sobre 4.0.

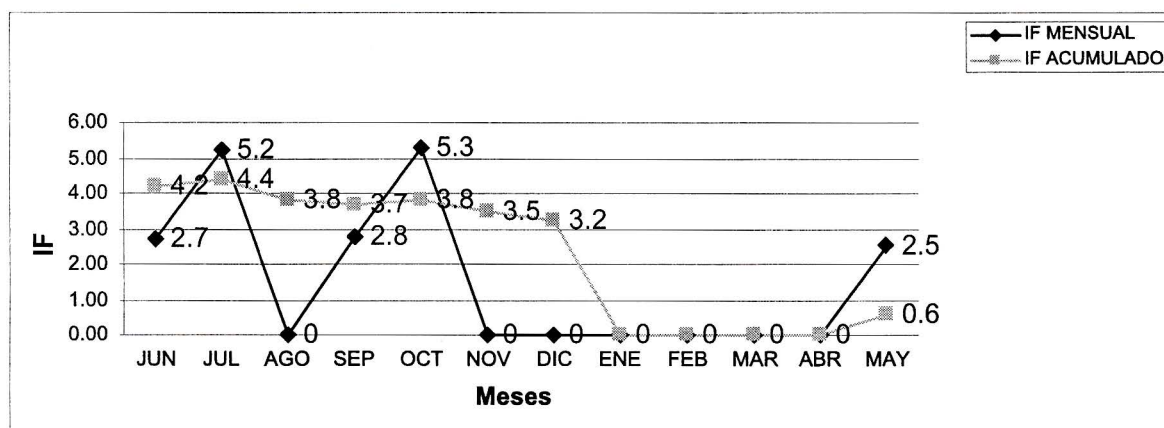


Figura N°3

Índice de Frecuencia Divisional. Período Junio 1999 a Mayo 2000

Un detalle más completo del desempeño de seguridad de la organización y de la ocurrencia de los distintos tipos de accidentes muestra una tendencia durante el período 1997-1999, a una evidente estabilización en el desempeño, lo que se revierte de manera importante durante el primer semestre del año 2000, cuando se encuentra funcionando el proceso de mejoramiento de conductas.

La Figura 4 muestra el comportamiento del IF

acumulado, durante el período Enero 1998 a Mayo 2000, en la unidad organizacional donde se inició el proceso de mejoramiento de conductas. Es posible observar el aplanamiento de la curva a partir del segundo semestre del año 1999, comparado al año inmediatamente anterior, lo que coincide con la implantación del proceso en Junio de 1999 y el inicio de las observaciones de conductas durante el mes de Septiembre de ese año.

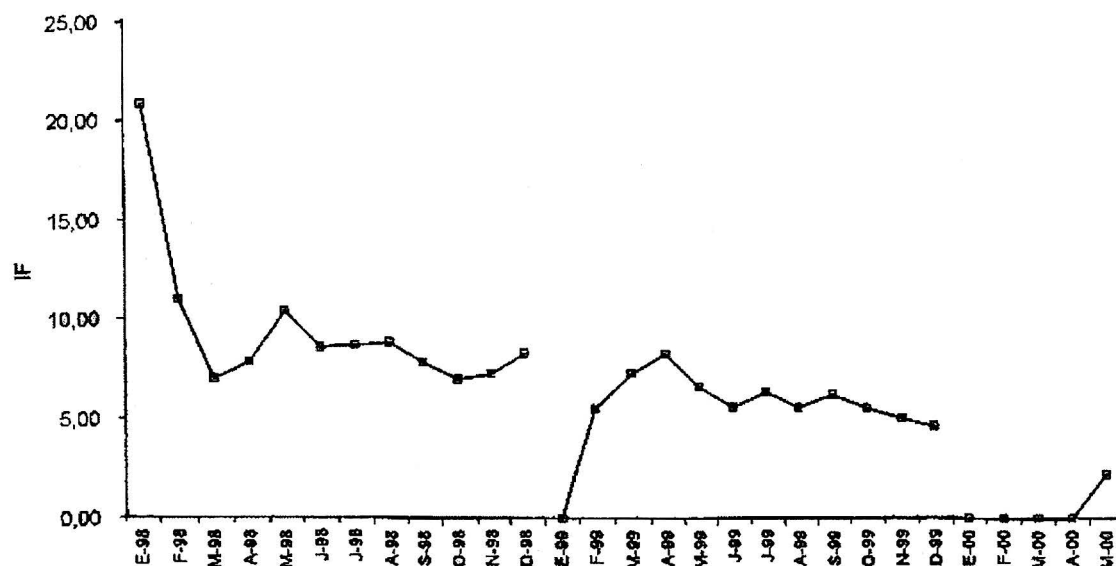


Figura N° 4

Índice de Frecuencia acumulado para el período Enero 1998 a Mayo 2000, de la Subgerencia donde se inició el Proceso de Mejoramiento de Conductas en la División.

Conclusiones

Los profesionales de la seguridad disponen de una herramienta efectiva para abordar el desafío de mejorar el desempeño de seguridad en la empresa. Los principios y técnicas derivadas de la Psicología científica permiten extender nuestra comprensión del rol desempeñado por los factores humanos en el tema de la seguridad; de allí el aporte del enfoque conductual, cuyos planteamientos aparecen como alternativas via-

bles frente a experiencias guiadas por las “modas” de turno o por los dictados del sentido común. De hecho, en el campo de la seguridad, la utilización del sentido común puede que no sea la mejor fuente de respuestas a nuestras inquietudes.

La Tabla 3 contrasta las diferencias claves entre el conocimiento que proviene del sentido común y el que se fundamenta en el método científico.

Tabla N° 3

Algunas diferencias entre el sentido común y el conocimiento científico

SENTIDO COMUN	CONOCIMIENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> Se adquiere en la vida diaria, en el trabajo Es individual Acepta lo que es obvio Es vago No puede confiarse en que arrojará resultados consistentes Se obtiene a través de la experiencia no controlada 	<ul style="list-style-type: none"> Debe buscarse de manera deliberada y sistemática Es universal Cuestiona lo que es obvio Es preciso Arroja siempre los mismos resultados Se obtiene a través del experimento controlado

Adaptado de Daniels, A. (1994)

Durante los últimos 10 años, la industria nacional en general y el sector minero en particular han evidenciado una sostenida disminución de sus índices de accidentalidad. Mucho de esto ha sido el resultado de planes y programas orientados a “sistematizar la seguridad”. No obstante lo anterior, en la actualidad se

aprecia una estabilización de dicha tendencia decreciente y, en consecuencia, las empresas de vanguardia buscan nuevas herramientas para continuar mejorando en este aspecto.

Diversas experiencias apoyan los efectos beneficiosos sobre la seguridad que se obtienen mediante la

aplicación de la ciencia psicológica y del enfoque conductual en especial. Los profesionales de la seguridad deben estudiar los principios y técnicas del proceso de seguridad conductual, con el fin de adquirir un conocimiento sistemático que les permita abordar de manera efectiva el rol del factor humano en la accidentalidad y así contribuir a mejorar los actuales niveles de desempeño.

REFERENCIAS

- Ajzen & Fishbein, M. (1989). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Daniels, A. (1993). Performance Management (3d ed.). Tucker, Georgia: Performance Management Publications. (Existe versión en español de la 2ª edición: Gerencia del desempeño. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill).
- Daniels, A. (1994). Bringing out the best in people: How to apply the power of positive reinforcement. New York: McGraw-Hill.
- Eubanks, J., & Lloyd, K. (1992). Relating behavior analysis to the organizational culture concept and perspective. En T. Mawhinney (Ed.) Organizational Culture, Rule-Governed Behavior and Organizational Behavior Management. New York: The Haworth Press.
- Fox, D., Hopkins, B., & Anger, W. (1987). The long-term effects of a token economy on safety performance in open-pit mining. Journal of Applied Behavior Analysis, 20, 215-224.
- Geller, E. S. (1996). The psychology of safety: How to improve behaviors and attitudes on the job. Rednor, PA: Chilton Book Co.
- Komaki, J., Barwick, K., & Scott, L. (1978). A behavioral approach to occupational safety: Pinpointing and reinforcing safe performance in a food manufacturing plant. Journal of Applied Psychology, 63(4), 434-445.
- López-Mena, L., & Ortega, E. (1996). Aumento de la higiene en la preparación de comidas para prevenir enfermedades en el trabajo. Revista Latinoamericana de Psicología, 28(1), 83-96.
- McSween, T. (1995). Values-based safety process. New York: Guilford Press.
- Melià, J. L., Arnedo, M. T., & Ricarte, J. J. (1998a). La Psicología de la seguridad (I): Una revisión de los modelos procesales de inspiración mecanicista. Revista de Psicología General y Aplicada, 51(1), 37-54.
- Melià, J. L., Arnedo, M. T., & Ricarte, J. J. (1998b). La Psicología de la seguridad (II): Modelos explicativos de inspiración psicosociológica. Revista de Psicología General y Aplicada, 51(2), 279-299.
- Petersen, D. (1998). Safety management: A human approach. (2ª ed.). Des Plaines, IL: ASSE.
- Raña, J. (1996). Modificación del comportamiento en la seguridad industrial. Ponencia presentada en el IX Congreso Latinoamericano de Análisis y Modificación del Comportamiento, Valparaíso, Chile.
- Saari, J. (1988). Successful accident prevention: An intervention study in the Nordic countries. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 14, 121-123.
- Schein, E. (1990). Organizational culture. American Psychologist, 45(2), 109-119.
- Skinner, B. F. (1975). Sobre el conductismo. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Sulzer-Azaroff, B. (1978). Behavioral ecology and accident prevention. Journal of Organizational Behavior Management, 2, 11-44.
- Sulzer-Azaroff, B. (1982). Behavioral approaches to occupational health and safety. En L. Frederiksen (Ed.). Handbook of organizational behavior management. New York: John Wiley & Sons.
- Sulzer-Azaroff, B., & Santamaría, C. (1980). Industrial safety hazard reduction through performance feedback. Journal of Applied Behavior Analysis, 13, 287-395.
- Ugalde, F. (1997). Psicología de la conducta y el control de riesgos. Trabajo presentado en el 9º Seminario Nacional de Control de Riesgos en la Minería, Coquimbo, Chile.
- Ugalde, F. & Dasencich, M. (2000). Modificación de conducta en seguridad: Experiencias y resultados obtenidos por una empresa chilena. Trabajo presentado a la X Jornada Nacional de Prevención de Riesgos de Accidentes y Salud Ocupacional, Santiago, Chile.

CONSTRUCCIÓN DE UN TEST PARA MEDIR ESTRÉS GENERAL UNIVERSITARIO: TEGU

Víctor Huaquín Mora¹
Emilio Moyano Díaz²
Renato Loaíza Herrera²

RESUMEN

Para evaluar el estrés eventual de estudiantes universitarios se propone un instrumento que mide factores curriculares y personales causantes de estrés: el Test de Estrés General Universitario (TEGU, 28 ítems). Este está constituido por dos subtests: el test de estresores curriculares universitarios (TECU, 18 ítems) y el test de estrés personal universitario (TEPU, 10 ítems).

A 1097 estudiantes de facultades de ingeniería de cuatro universidades chilenas -dos de Santiago y dos regionales- se ha aplicado el TEGU y otros instrumentos para efectos de validación de construcción de éste. Los resultados indican que los estudiantes presentan un nivel de estrés general moderado (5.46), desagregable en valores de estrés personal de nivel más bajo (4.85) y de estrés curricular moderadamente alto (5.79). Se analiza la validez de criterio obteniéndose una correlación del TECU con el Test de Actitudes que Provocan Estrés (Eliot y Breo, 1990) de 0.49 y con el TEGU de 0.51. Se obtiene una confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.75 para el TEGU y un análisis factorial arroja una varianza explicada de 52% con cinco factores para el TECU y de 50.5% con tres factores para el TEPU.

ABSTRACT

In order to evaluate the eventual stress of college students an instrument that measures curricular and personal factors causing stress has been proposed: The University General Stress Test (UGST, 28 items). This test is composed by two subtests: The University Curricular Stress Test (UCST, 18 items) and the University Personal Stress Test (UPST, 10 items).

The UGST and other instruments have been applied to 1097 students who belong to engineering's carriers of four Chilean universities (two of them from the Capital, Santiago and the other two from regions) with the purpose of validation in its construction. The results indicate that students show a moderate general level of stress (5.46 with a mean of 5 points from 0 to 10) which represent lower levels for personal stress (4.85) and higher levels for curricular stress (5.79). Criterion-related validity was analyzed getting The Attitude Test Provoking Stress (Farquhar, 1979) a correlation of 0.38 with the UPST, of 0.49 with the UCST and of 0.50 with the UGST. A Reliability Coefficient (Alfa) of 0.75 was found for the UGST and a factor analysis gives an explained variance of 52% with five components for the UCST and of 50.5% with three components for the UPST.

El estrés académico es un asunto de relevancia tanto para las organizaciones educacionales como para los individuos que las constituyen. Se espera que los alumnos aprendan y se investigan los aspectos psicológicos relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, la situación personal de los estudiantes juega un rol en ello y los sistemas curriculares establecen exigencias diferentes.

Tradicionalmente, y por la influencia del enfoque de personalidad para explicar el comportamiento humano se ha evaluado el estrés mediante tests de personalidad más que mediante la evaluación de factores ambientales, sin embargo, son éstos últimos los que interesan más aquí, muy especialmente en base a la idea de que es sobre los sistemas más que sobre las personas donde las instituciones pueden tener algún grado de control. Particularmente, los *curricula* universitarios pueden ser altamente generadores de estrés. Cuando ellos no son balanceados en su niveles de exigencia, suele producirse un estrés adicional o distrés que afecta a los alumnos en dos direcciones: por exigencias escasas o excesivas. Resulta así útil objetivar el grado de estrés que percibe y manifiestan los estudiantes universitarios en una carrera, como producto de exigencias o estresores curriculares para adecuar éstos a lo deseable.

¹ Universidad de Santiago de Chile. Dpto. de Educación y Escuela de Psicología respectivamente.

² Universidad Austral de Chile. Instituto de Electricidad y Electrónica.

Podemos conjeturar que los sistemas curriculares tienden a generar un nivel de estrés moderado en los estudiantes, sospechándose que algunos programas de formación generan más estrés que otros, no existiendo, empero, tests que hagan posible estas comparaciones. Es posible que en las diferentes formaciones profesionales se encuentre variación en sus niveles de exigencia académica. Esto se relaciona evidentemente, con el estrés curricular, puesto que las exigencias académicas se pueden constituir en estresores curriculares. Por otra parte, es probable que los estudiantes, debido a su juventud, soporten niveles de estrés moderados por tiempos cortos a medianos. Los períodos de vacaciones y descansos, en general, han sido descubrimientos de larga data que contribuyen a disminuir el nivel de estrés alternándose los períodos de la vida estudiantil y su tensión asociada a momentos de relajación, lo que es consistente con una vida saludable. De esta forma, un estudiante podría soportar más o menos bien niveles de estrés moderados por tiempos no muy largos y niveles altos por períodos cortos.

El estrés de moderado a alto desajusta la conducta, especialmente la conducta compleja. El estrés severo inhibe y suprime la conducta llevando a situaciones de completa inmovilidad, con resultados semejantes a los que se han obtenido en las investigaciones de desamparo aprendido (Seligman, 1975). Situaciones de estrés riesgoso ocurre en algunos estudiantes que no tienen las herramientas o condiciones suficientes para afrontar adecuadamente los niveles de exigencia a que son sometidos. El estrés aumenta cuando se producen situaciones de fracaso que arriesgan la continuación de los estudios. Los alumnos más estresados son aquellos que tienen que estudiar para aprobar en última oportunidad una asignatura que han reprobado previamente. No es fácil detectar estas situaciones debido a que las deserciones ocultan el problema general. Sin embargo, conductas de evitación y de afrontamiento inadecuadas son plausibles antes que problemas más graves ocurran. La juventud de los estudiantes suele prevenirlos de enfermedades relacionadas con el patrón de conducta tipo A, también llamado de predisposición coronaria caracterizado por un agudo sentido de urgencia y tiempo, una gran actividad, ambición y competitividad (García león, 1993; Cuesta, 1990; Gonzalo de la Casa, 1994; Calvete Zunalde & Sampedro Olaetxea 1991). El patrón formado por la ausencia de estas características, se ha denominado tipo B. Investigaciones posteriores afirman que no es la urgencia temporal sino la ira y la hostilidad lo que caracteriza al patrón de Conducta tipo A. La hostilidad no se asocia solamente con la enfermedad coronaria sino también con problemas de salud en general (Miller y Smith, 1993). Según Rosenman y Friedman (1974), las personas que pre-

sentan el patrón de Conducta Tipo A (PCTA) se caracterizan por una excesiva tendencia a la competitividad, un estilo de vida agresivo, hostil e impaciente y alta motivación de logro, lo que los induce a sobrecargarse de trabajo, ocupando fines de semana y vacaciones, limitando fuertemente su tiempo destinado al descanso y vida social. Finalmente, el cuerpo se caracteriza por una tensión muscular habitual acompañados por movimientos rápidos y enérgicos y frecuente contracción de puño y mandíbula. Investigaciones posteriores fracasaron en confirmar cualquier valor predictivo al PCTA como factor de riesgo coronario (Steptoe, 1993). En 1974, la Asociación Americana de Cardiología declaró este patrón como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades coronarias. A finales del siglo XX se ha llegado al consenso de que el componente "hostilidad e ira" es el único del PCTA que efectivamente aumenta la predisposición a sufrir de enfermedades coronarias (Williams, 1989).

Desde una perspectiva cognitiva se formula que las personas pueden interpretar los estímulos estresores del ambiente en forma positiva (desafío) o negativa (amenaza). Una vez que un estresor se ha interpretado como una amenaza, una variedad de funciones intelectuales pueden afectarse. Mientras mayor es el estrés sufrido por el individuo mayor es la reducción de la eficiencia y flexibilidad cognoscitiva. Evidentemente, si el individuo ocupa parte de su atención en los aspectos amenazantes, reduce la atención necesaria para desempeñar eficientemente una tarea. La memoria de corto plazo se ve afectada, debido a que está limitada por la atención otorgada al estresor. De una manera similar, el estrés interfiere con la solución de problemas, el juicio y la toma de decisiones, estrechando la percepción de alternativas y sustituyendo el pensamiento creativo por uno estereotipado y rígido. Un sentimiento crónico de amenaza puede ser trasladado a situaciones ordinarias, como sucede con los estudiantes que transfieren la ansiedad de las pruebas y controles a discusiones de clases (Janis, 1982^a).

Actualmente la mayor parte de la gente experimenta algún grado de estrés pudiendo ser éste el resultado del desarrollo del cerebro frontal que nos induce constantemente a prever y planear el futuro con el concomitante orgánico del estrés como costo secundario. También interactúa con ello la aceleración del tiempo y una miríada de factores ambientales constituyentes y presentes en nuestras ciudades (Moyano Díaz, 1999). Investigaciones sobre estrés y ansiedad han generado un enorme cuerpo de contenidos en las cuales se han correlacionado algunas enfermedades tales que el cáncer y cardiovasculares (Eysenck, 1988; Sandín y Chorot, 1990).

La actividad curricular no debiera llevar a los alumnos a un magro desempeño por exigencias pe-

queñas, ni tampoco es conveniente que exigencias excesivas impliquen problemas recurrentes. La personalidad de los estudiantes en su interacción con factores externos, tales como el tipo de evaluaciones, las características docentes, los recursos materiales disponibles, el sistema administrativo, la estructura del currículum, exigencias en el tiempo, inducen una mayor o menor motivación a estudiar y a un mejor o más pobre rendimiento. El éxito y fracaso sin embargo no está condicionado solamente por factores externos o ambientales sino también, por factores personales o internos. Las expectativas acerca del propio desempeño y resultados inconsistentes con ellas pueden causar ansiedad y una disminución de la autoestima o inseguridad respecto de la capacidad personal.

Interesados por evaluar los factores externos en interacción con los de personalidad hemos construido un test para medir estresores o estímulos curriculares causantes de respuestas que producen estrés. Se ha definido éste como la respuesta del individuo frente a los estresores o estímulos ambientales. El estrés fue definido por Selye (1956) bajo la denominación de síndrome general de adaptación. Posteriormente, Lazarus (1966) y Lazarus & Folkman (1984) establecieron que no es el estresor *per se* el que causa estrés, sino la percepción del individuo sobre el estresor siendo entonces la evaluación cognitiva hecha por la persona sobre un estímulo o estresor lo que realmente cuenta, tanto para la reacción o respuesta estresante como para el afrontamiento posterior. Definimos, entonces, el concepto de estrés como la respuesta psicológica a los estresores o factores externos causantes de él. Por su parte, el estresor será considerado aquí como un estímulo, específicamente, un cambio energético en el medio externo al cual el individuo responde.

Conocer el grado de estrés que perciben los estudiantes, tanto como producto de factores académicos como de su propia personalidad, puede resultar útil para mejorar los sistemas curriculares en los que se manifieste algún grado de estrés mayor que el causado como resultado de factores de personalidad o internos. El éxito o fracaso de los estudiantes está determinado por numerosas variables tanto externas como internas. Postulamos que, además de los factores de personalidad de los estudiantes, los factores externos causantes de estrés juegan un rol esencial tanto en las expectativas y percepciones de los estudiantes como en sus resultados académicos. Con el propósito de medir estresores curriculares se eligieron los programas de formación en ingeniería de cuatro universidades, por el hecho de que en Chile aparentemente estos programas generan en los estudiantes alta deserción, elevada repitencia y, consecuentemente, se sospecha la existencia de bastante

estrés en ellos.

Una clasificación global genérica nos permite decir que un sistema curricular puede ser: a) demasiado exigente, b) poco exigente, c) muy exigente al principio y poco exigente al final o viceversa, d) inadecuado en términos de exigencias en el tiempo (muy corto o muy largo). Es posible, empero que las exigencias actúen como estresores, sobre todo, cuando ellas son percibidas por los estudiantes como inadecuadas o irrelevantes. No es inadecuado hipotetizar que los estudiantes esperan ser exigidos; sin embargo, el exceso de exigencias puede transformarse en un estresor cuando el individuo se siente sobrepasado por ellas. Por su parte, también es posible pensar que un sistema extremadamente bajo en exigencias puede generar una respuesta paradójica al estrés, sobre la base de las expectativas de algunos estudiantes que esperan ser exigidos. La exigencia alta pudiera ser percibida como aseguradora del aprendizaje y la baja como riesgosa o peligrosa en relación a las expectativas de logro a largo plazo. Es posible, entonces, que los estudiantes se estresen por exigencias demasiado altas o demasiado bajas. La teoría postula que el estrés existe siempre y que el afrontamiento del individuo determina que el resultado sea positivo (eustrés) o negativo (distrés).

Para construir el test como primer paso se buscó conocer la opinión de académicos y estudiantes universitarios respecto de su experiencia con el estrés, así, se entrevistó a 10 profesores universitarios y lo mismo se hizo con alrededor de 60 estudiantes de dos diferentes cursos de ingeniería a quienes se preguntó que cosas les causaba estrés en sus estudios y vida académica en general. A partir de un análisis de contenido de sus respuestas fueron elaborados 44 ítems referidos a los servicios universitarios, plan de estudios, que dio origen a un test para medir estresores externos o ambientales, referido a la estructura organizativa y curricular universitaria que denominamos Test de Estresores Curriculares Universitarios (TECU), y otro para medir factores personales causante de estrés, denominado Test de Estrés Personal Universitario (TEPU). Ambos, conjuntamente considerados, hemos denominado como Test de Estrés General Universitario (TEGU).

MÉTODO

Población y Muestra. La población corresponde a estudiantes universitarios de los programas de formación en ingeniería de cuatro universidades chilenas durante 1998: Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile y Universidad Católica de Valparaíso. La muestra obtenida es caracterizada en Tabla 1.

Tabla N°1Composición de la muestra de estudiantes de ingeniería de cuatro universidades chilenas.

Universidades	Población	Muestra	Porcentaje Extraído
Universidad de Santiago de Chile (USACH)	7.808	530	48,3%
Universidad de Chile (UCh)	3.470	285	26,0%
Universidad Austral de Chile (UACH)	1.846	137	12,5%
Universidad católica de Valparaíso (UCV)	2.806	145	13,2%
Total de estudiantes	15.930	1097	100 %

La muestra comprende 1097 encuestados (correspondiente aproximadamente al 7% de la población) extraída mediante un procedimiento aleatorio e intencionado por carreras y niveles.

Instrumentos. El test de estrés general universitario (TEGU) objeto de este trabajo es de tipo autoadministrado constituido por 28 ítems y compuesto por dos subtests que denominamos Test de Estresores Curriculares Universitarios (TECU) compuesto de 18 ítems, y el Test de Estrés Personal Universitario (TEPU) de 10 ítems. Cada ítem del TEGU se responde en una escala de 11 puntos o valores que van desde 0 hasta 10, donde 0 (cero) significa totalmente relajado, 10 (diez) totalmente tensionado y 5 (cinco), ni relajado ni tensionado. Este test va precedido por algunos reactivos en que se solicita alguna información de tipo sociodemográfico de quien responde: edad, sexo, estado civil, universidad donde estudia, disciplina y nivel que cursa, etc. Para efectos de validación de criterio también fueron aplicados el Test del Estrés Simple y de la Tensión (Farquhar, 1979) de 10 afirmaciones o ítems que se responden en una escala de frecuencia de tres puntos (A menudo, Algunas Veces, Raras Veces) y el Test de Actitudes que provocan estrés (Eliot y Breo 1990) de 28 afirmaciones que se responden en escala de frecuencia de Casi Nunca (1) a Casi siempre (4).

Procedimientos. La aplicación de los instrumentos en 1999 contó con la autorización de los decanos de las facultades universitarias correspondientes, la colaboración en cada universidad de uno o dos académicos colaboradores en esta investigación² además de la participación directa de los autores del presente reporte.

RESULTADOS

1. Descripción sociodemográfica y general de la muestra. Tres cuartos de la muestra son hombres y un cuarto (25.8%) mujeres, lo que responde a la realidad poblacional de estudiantes de ingeniería. El 97% son solteros, siendo aproximadamente el 3% casados. Solamente tres estudiantes informan estar separados. La edad de los participantes se concentra en 25 años o menos donde el rango de 21 a 25 agrupa el 58% aproximadamente. Un 37% lo constituyen estudiantes menores de 20 años y solamente un 5% aproximadamente son mayores de 30 años. En lo concerniente al tiempo que los estudiantes llevan en su carrera la moda cae en el nivel 2 (segundo semestre) con un 11.2% de los casos, sin embargo, podría interpretarse como bimodal siendo el nivel 7 (o séptimo semestre) el otro valor alcanzando al 11.1% de los casos. El porcentaje acumulado en este nivel alcanza al 65.7% de los casos. En lo concerniente al nivel que el alumno cursa en su carrera, la moda cae en el tercer nivel con un 15.5% de los casos. La mayoría de la muestra se sitúa entre el segundo y octavo nivel (algunas carreras solamente tienen ocho niveles).

Los estudiantes de las universidades de Chile, Católica de Valparaíso y Austral se autoatribuyen un promedio semejante de calificaciones (4.669, 4.668, y 4.56) mientras que los de Universidad de Santiago de Chile se autoatribuyen un promedio un poco más bajo (4.41).

2. Estadígrafos descriptivos para el TEGU. Se obtiene para el TEGU un coeficiente de confiabilidad Alpha de 0.75. En Tabla 2 se reportan las medidas de tendencia central del Test de Estrés General Universitario (TEGU) y al final de la Tabla las globales para el TECU y TEPU

² Agradecemos a los decanos de las Facultades de Ingeniería de las cuatro universidades mencionadas (1999) y a los académicos Mario Lagomarsino de la Universidad de Chile, Jorge López y Emilio Quezada de la Universidad Católica de Valparaíso, por su presta colaboración en la aplicación de los instrumentos.

Tabla N°2Medidas de tendencia central del Test de Estrés General Universitario (TEGU) (N=1097)

	Media	Mediana	Moda
1 La universidad (o institución) donde estudio	6.41	7.00	8
2 La carrera que estudio	6.16	7.00	8
3 La actitud y conducta de los profesores de mi carrera	6.17	6.00	5
4 La forma en que está organizado el curr. de mi carrera	5.92	6.00	5
5 Los ramos de mi carrera	6.37	7.00	7
6 Las notas obtenidas	6.16	7.00	8
7 Las actividades administrativas de mi carrera	5.77	5.00	5
8 Cooperar con mis compañeros	2.85	2.00	2
9 Competir con mis compañeros	5.82	5.00	5
10 El material bibliográfico disponible en biblioteca	5.36	5.00	10
11 Cuando tengo una evaluación importante muy próxima	7.41	8.00	10
12 El profesor que pregunta contenidos no pasados en clases	7.90	9.00	10
13 El tiempo previsto para los controles en mi carrera	6.06	6.00	5
14 Los trabajos de investigación que exigen en mi carrera	5.99	6.00	5
15 La cantidad obligatoria de ramos tomados por semestre	5.77	5.00	5
16 En general, los recursos materiales disponibles	4.81	5.00	5
17 Los ramos electivos	3.88	4.00	5
18 Los ramos obligatorios	5.92	6.00	5
19 El tiempo disponible para actividades extracurriculares	3.78	3.00	0
20 El nivel de exigencia de los profesores de mi carrera	6.49	7.00	7
21 Las evaluaciones para mantener una beca	4.92	5.00	5
22 Mi familia	3.80	3.00	0
23 Mi edad	3.69	4.00	0
24 Mi estado civil	2.52	1.00	0
25 Mi situación actual	5.39	6.00	8
26 Mi futuro	5.38	6.00	7
27 El dinero para solventar mis estudios	6.19	7.00	10
28 Mis relaciones con los demás	5.46	6.00	5
sub-total Test de Estrés Curricular Universitario (TECU)	5.79	5.72	5.56
sub-total Test de Estrés Personal Universitario (TEPU)	4.85	4.90	5.80
Total Test de Estrés General Universitario (TEGU)	5.46	5.39	5.07

Puede observarse que la moda en los ítems 10, 11, 12 y 27 alcanza el valor máximo de tensión (10) en cambio, en los ítems 19, 22, 23 y 24 la moda llega al máximo de relajación (0). Por su parte en los ítems 3, 4, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, y 28 la moda coincide con la medida teórica de tendencia central (5). Los valores totales indican un nivel de estrés por sobre las medidas teóricas de tendencia central en casi un punto en los valores que van de 0 a 10 en el TECU en cambio, en el TEPU los valores promedios no alcanzan a 5. Se manifiesta un mayor nivel de estrés en el TECU que en el TEPU

3. Análisis de Consistencia Interna del Test de Estrés Curricular (TECU) y el Test de Estrés Personal (TEPU).

La jerarquía de Coeficientes de Correlación Rho de Spearman se presenta en orden decreciente en las Tablas 3 para el TECU y 4 para el TEPU. El análisis de fiabilidad del TECU (N=1097) muestra un Alpha de 0.68 para sus 18 ítems.

Tabla N°3

Jerarquía de coeficientes Rho de Spearman para el TECU (N=1097).

N°	Item	Correlación Rho de Spearman
5	Los ramos de mi carrera	0.582
2	La carrera que estudio	0.518
13	El tiempo previsto para los controles en mi carrera	0.481
1	La universidad (o institución) donde estudio	0.480
20	El nivel de exigencia de los profesores de mi carrera	0.477
4	La forma en que está organizado el curriculum de mi carrera	0.453
18	Los ramos obligatorios	0.448
3	La actitud y conducta de los profesores de mi carrera	0.433
6	Las notas obtenidas	0.430
15	La cantidad obligatoria de ramos tomados por semestre	0.399
14	Los trabajos de investigación que me exigen en mi carrera	0.380
12	El profesor que pregunta contenidos no pasados en clases	0.374
16	En general, los recursos materiales disponibles	0.356
10	El material bibliográfico disponible en biblioteca	0.330
21	Las evaluaciones para mantener una beca	0.315
7	Las actividades administrativas de mi carrera	0.307
17	Los ramos electivos	0.266
19	El tiempo disponible para actividades extra-curriculares	0.155

Todos los ítems muestran correlaciones positivas siendo el ítem N°5 “Los ramos de mi carrera”, el de mayor consistencia interna y el N°19 “El tiempo disponible para actividades extra-curriculares” el de menor consistencia interna, motivo por el cual deberá ser eliminado como se detallará más adelante.

En lo que respecta al Test de Estrés Personal

Universitario (TEPU) se obtiene un Alpha de solo 0.57 para los 10 ítems constitutivos del test. Los resultados para las cuatro universidades (muestra total) al 1% de significación para todos los ítems (jerarquía de Coeficientes de Correlación Rho de Spearman) se presenta en orden decreciente en Tabla 4.

Tabla N°4

Jerarquía de coeficientes Rho de Spearman para el TEP (N=1097).

N°	Item	Correlación Rho de Spearman
25	Mi situación actual	0.630
23	Mi edad	0.606
26	Mi futuro	0.520
22	Mi familia	0.520
24	Mi estado civil	0.453
27	El dinero para solventar mis estudios	0.451
11	Cuando tengo una evaluación importante muy próxima	0.360
28	Mis relaciones con los demás	0.299
8	Cooperar con mis compañeros	0.250
9	Competir con mis compañeros	0.192

Todos los ítems obtienen correlaciones positivas con el test, donde el ítem N°25 “Mi situación actual” manifiesta mayor consistencia interna y el ítem N°9 “Competir con mis compañeros” es el que manifiesta menor consistencia interna, motivo por el cual se propone sustituir éste por: “Mi capacidad personal para enfrentar mis estudios”.

4. Análisis Factorial del TEGU Los dos subtests han sido sometidos por separado a un análisis

factorial del tipo exploratorio. El Test de Estresores Curriculares Universitarios (TECU) arrojó, con sus 18 ítems, una varianza explicada de 46.4% con cinco componentes principales. Para el análisis de los componentes se utilizó el método de rotación con normalización Varimax. La rotación convergió en 7 interacciones extrayéndose los componentes principales de Tabla 5 a cada uno de los cuales se les asignó un nombre.

Tabla N°5**Componentes Principales del TECU con 18 ítems.**

Componentes Principales	Número de ítems (Ponderación)	% acumulado
1 Organización institucional	1(,680) 2(,733) 4(,581) 5(,635) 6(,351) 14(,248)	13.6
2 Exigencias curriculares	12(,738) 13(,619) 18(,412) 20(,448)	23.3
3 Administración y recursos	7(,609) 10(,734) 16(,736)	32.3
4 Facilidades para estudiar	15(,504) 17(,685) 19(,646)	40.6
5 Conducta docente y evaluaciones	3(,421) 21(,471)	46.4
Medida de adecuación muestral KMO		0.776
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1911.420
gl		153
Sig.		0.000

Al analizar el valor de las ponderaciones de cada ítems se eliminaron los ítems 6, 18 y 21 por mostrar valores más bien bajos en la matriz de componentes rotados. Estimamos que una varianza explicada sobre el 50% es un criterio adecuado para trabajar con reducción de datos. Si las rotaciones convergieran en más (o menos) de 7 interacciones los componentes principales extraídos variarían necesariamente en la composición de los ítems y por consiguiente, sería necesario cambiar los nombres para hacerlos

más adecuados a las variables o ítems. Este fue precisamente el caso. El T.E.C.U. con quince ítems (sin los ítems 6, 18 y 21) mostró una varianza explicada de 52.1% con cinco componentes principales. Al usarse el método de rotación, normalización Varimax con Kaiser, la rotación convergió en 8 interacciones con una reordenación de los ítems. Los nuevos nombres de los cinco componentes principales, su composición de los ítems, siglas, ponderación y porcentaje acumulados se muestran en la tabla 6.

Tabla N°6**Componentes principales del TECU con 15 ítems**

Componente (siglas)	Número de Ítems (ponderación)	% acumulado
1 Organización institucional (Orginst)	1(,703) 2(,733) 4(,573) 5(,630)	14.6
2 Administración y recursos (Admyrec)	7(,679) 10(,739) 16(,727)	25.3
3 Evaluación académica (Evalacad)	3(,393) 12(,719) 13(,672) 20(,460)	35.7
4 Facilidades para estudiar (Facilpest)	15(,504) 17(,704) 19(,647)	45.3
5 Conducta docente y evaluaciones (Trinvest)	14(,703)	52.1
Medida de adecuación muestral KMO		0.738
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1561.575
gl		105
Sig.		0.000

Estimamos que por sobre el 50% de varianza explicada cualquier test de estrés resulta útil para los objetivos pretendidos sobre todo, cuando se trata de medidas no paramétricas. En definitiva, con una selección de cinco componentes, cuyos valores propios son superiores a uno, la varianza explicada por estas nuevas variables alcanza el orden del 52.1% del total.

Al someter al análisis factorial el Test de Estrés Personal Universitario (TEPU) se seleccionaron tres componentes principales con una varianza explicada de 47.2%. La rotación convergió en 5 iteraciones al usar el método de Normalización Varimax con Kaiser Esta rotación convergió en 5 interacciones surgiendo los componentes consignados en Tabla 7.

Tabla N°7

Componentes principales del TEPU con 10 ítems.

Componentes (siglas)	Número de Items (ponderación)	% acumulado
1 Situación personal (sitpers)	8 (,643) 11(,548) 23(,636) 24(,722)	18.9
2 Seguridad Económica (segecon)	11 (,526) 25(,584) 26(,653) 27(,690)	35.9
3 Relación con otros (recotros)	9 (,725) 28(,611)	47.2
Medida de adecuación muestral KMO		0.738
Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado aproximado		955.384
gl		45
Sig.		0.000

El ítem 11 es mixto y para lograr una reducción de datos que responda a una clara dimensión no curricular se eliminó este ítem. El TEPU con nueve

ítems arrojó una varianza explicada de 50.5% con tres componentes principales lo que se estima adecuado para este tipo de análisis (Tabla 8).

Tabla N°8

Componentes principales del TEPU con 9 ítems

Componentes Principales	Número de Items (ponderación)	% acumulado
1 Situación personal (sitpers)	8(,679) 22(,549) 23(,602) 24(,711)	20.3
2 Seguridad Económica (segecon)	25(,597) 26(,665) 27(,765)	38.3
3 Relación con otros (recotros)	9(,743) 28(,637)	50.5
Medida de adecuación muestral KMO		0.718
Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado aproximado		955.384
Gl		45
Sig.		0.000

5. Validez de criterio. La validez de criterio es útil para determinar si los ítems miden estrés propiamente tal. Así, se ha comparado los resultados del test en construcción -TEGU- con los otros dos tests aplicados en este estudio: «Actitudes que provocan estrés» (ACTPROES) y el «Estrés simple y de la tensión» (ESIMTEN). El primero consta de 24 ítems que se miden en una escala Likert de cuatro alternativas. El ítem n° 1 por ejemplo, afirma: «Las cosas deben ser perfectas», el ítem 10: «Soy incapaz de descansar « y el ítem 20: «Me considero explotado». Las alternativas son «Casi nunca» , «De tanto en tanto», «Con frecuencia» y «Casi siempre». Todos estos ítems están planteados en una sola dirección, de tal manera que la alternativa «Casi nunca» implica poco estrés y «Casi siempre», mucho. «El Test del estrés simple y de la tensión», comprende diez ítems que se miden en

una escala Likert de tres alternativas: «A menudo», «Algunas veces» y «Raras veces». El ítem n° 1, por ejemplo, afirma: «Me siento tenso, ansioso y tengo indigestión nerviosa», el ítem 5: «No puedo desprenderme de mis pensamientos en las noches o los fines de semana como para sentirme distendido y renovado al día siguiente» y el ítem 8: «Me cuesta encontrar tiempo para descansar».

La correlación entre el ACTPROES y el ESIMTEN es de 0.608, valor suficientemente alto como para considerarlo como dando apoyo a la validez de sus respectivas construcciones como medida de estrés. Ambos miden estrés desde una perspectiva personal, motivo por el cual es probable esperar que ambos correlacionen más alto con el TEPU que con el T.E.C.U. Efectivamente, ese fue el caso como se puede observar en la Tabla 9.

Tabla N°9

Correlaciones Rho de Spearman y su significación, del Test de Actitudes que provocan Estrés (ACTPROES), el Test de Estrés Simple y de la Tensión (ESIMTEN) con el Test de Estrés Curricular (TECU, TEPU y TEGU)

		ACTPROES	ESIMTEN	TECU	TEPU	TEGU
ACTPROES	Coefficiente de correlación	1.000	0.608**	0.340**	0.403**	0.429**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	1005	961	877	966	856
ESIMTEN	Coefficiente de correlación		1.000	0.377**	0.491**	0.501**
	Sig. (bilateral)			0.000	0.000	0.000
	N			899	992	876
TECU	Coefficiente de correlación			1.000	0.436**	0.881**
	Sig. (bilateral)				0.000	0.000
	N				918	918
TEPU	Coefficiente de correlación				1.000	0.789**
	Sig. (bilateral)					0.000
	N					918
TEGU	Coefficiente de correlación					1.000
	Sig. (bilateral)					
	N					

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Para efectos de validación del Test de Estrés Curricular (en sus dos dimensiones y total) es importante que éste se correlacione positivamente con los tests de estrés y con valores razonables (sobre 0.40). Si además, alguno de estos tests muestra una mayor fuerza de la relación con las subescalas del test a validar que las subescalas entre sí, debe interpretarse como una relación válida. Esto ocurre con el Test de Estrés Simple y de la Tensión cuya correlación con el TEPU es más alta (0.491) que la correlación entre las subescalas TECU y TEPU (0.436). Por su parte, el TEGU muestra una correlación de 0.501 con el ESIMTEN, como puede ser observado en la matriz. Estos valores, aunque no son altos, son razonablemente adecuados para efectos de validación de un instrumento cuando se usan referencias indirectas o externas. Para efectos de validación con criterios externos y relacionados con estrés. Es interesante constatar en este caso que el TECU arroja promedio de

estrés más elevado que el TEPU (5.78 vs. 4.85). Esto debe interpretarse en forma favorable para efectos de validación del TEGU puesto que lo esperado teóricamente es que la dimensión personal debiera responder con tendencias hacia el promedio (ni relajado ni tensionado), en cambio, la dimensión curricular pudiera responder más bien a medidas de desviación (hacia la tensión o la relajación).

Las correlaciones ítem por ítem del TEGU con los dos tests de estrés, permiten determinar el valor que tienen algunos ítems en su relación con el estrés. Si los valores dejan de ser significativos al 5% en algún ítem, se estima que ese ítem debiera ser eliminado. A continuación se presenta entonces las correlaciones y sus niveles de significación para cada ítem en relación al estrés con los tests de estrés que miden estrés utilizados aquí: ACTPROES y ESIMTEN (Tabla 10).

Tabla N°10

Correlaciones Rho de Spearman de los ítems del Test de Estrés General Universitario (TEGU) con el Test de Actitudes que provocan Estrés (ACTPROES) y el Test de Estrés Simple y de la Tensión (ESIMTEN).

		ACTPROES	ESIMTEN
1	La universidad (o institución) donde estudio	0.243**	0.258**
2	La carrera que estudio	0.190**	0.224**
3	La actitud y conducta de los profesores de mi carrera	0.138**	0.164**
4	La forma en que está organizado el curr. de mi carrera	0.159**	0.181**
5	Los ramos de mi carrera	0.221**	0.248**
6	Las notas obtenidas	0.240**	0.237**
7	Las actividades administrativas de mi carrera	0.068**	0.108**
8	Cooperar con mis compañeros	0.050*	0.103**
9	Competir con mis compañeros	-0.021	0.002
10	El material bibliográfico disponible en biblioteca	0.078*	0.060
11	Cuando tengo una evaluación importante muy próxima	0.281**	0.304**
12	El profesor que pregunta contenidos no pasados en clases	0.135**	0.150**
13	El tiempo previsto para los controles en mi carrera	0.180**	0.165**
14	Los trabajos de investigación que exigen en mi carrera	0.067*	0.101**
15	La cantidad obligatoria de ramos tomados por semestre	0.192**	0.252**
16	En general, los recursos materiales disponibles	0.123**	0.102**
17	Los ramos electivos	0.071*	0.086**
18	Los ramos obligatorios	0.179**	0.225**
19	El tiempo disponible para actividades extracurriculares	0.088**	0.090**
20	El nivel de exigencia de los profesores de mi carrera	0.173**	0.212**
21	Las evaluaciones para mantener una beca	0.198**	0.219**
22	Mi familia	0.277**	0.341**
23	Mi edad	0.216**	0.281**
24	Mi estado civil	0.111**	0.163**
25	Mi situación actual	0.337**	0.397**
26	Mi futuro	0.300**	0.316**
27	El dinero para solventar mis estudios	0.153**	0.167**
28	Mis relaciones con los demás	0.152**	0.152**

** = $p < 0.01$

El ítem N° 9, «Competir con mis compañeros» al no estar correlacionado con estrés en ninguno de los dos tests utilizados debe ser eliminado. El ítem N° 8 «Cooperar con mis compañeros», no se correlaciona con el ACTPROES, pero manifiesta una correlación significativa al 1% con el ESIMTEN. El ítem N° 10 «El material disponible en bibliotecas» muestra una correlación significativa al 5% con el ACTPROES (0,078* significación bilateral de 0.013 con un número de 999 casos de la muestra total) y no alcanza a mostrar una correlación significativa al 5% con el ESIMTEN (0.060 sig, bilateral de 0.053 con 1033 casos). Este ítem debiera ser examinado para efectos de validación. El resto de los ítems muestran correlaciones significativas ($p < 0.01$ y $p < 0.05$) con ambos tests, lo que permite asumir que efectivamente ellos miden estrés.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha logrado con la versión actual del TEGU una diferencia significativa que separa sus dos subescalas -TECU y TEPU- en casi una desviación típica. De esta manera, el estrés curricular encontrado en los estudiantes de las cuatro universidades chilenas, de acuerdo a los resultados obtenidos por el TECU está en un nivel por sobre el promedio en todas las carreras de ingeniería encuestadas mientras que el estrés provocado por factores personales (TEPU) se sitúa en el promedio teórico o levemente por debajo del mismo. Esto es consistente con la hipótesis que sostiene que un sistema curricular exigente pudiera generar estrés. Esta importante diferencia entre el TECU y el TEPU reflejada en los promedios generales de ambos tests responden a las expectativas que planteamos inicialmente respecto de que el estrés curricular o producido por factores ambientales se manifiesta como un

fenómeno separable del estrés causado por condiciones personales. Si bien los resultados obtenidos no se desvían demasiado de un promedio teórico de 5 puntos (5.79 para el TECU y 4.85 para el TEPU) resulta interesante constatar que estas desviaciones sugieren que los sistemas curriculares de los programas de formación en ingeniería de las cuatro universidades encuestadas se presentan como estresores de orden más importante que las condiciones personales.

En lo concerniente a la validez de construcción del TEGU se ha concebido una dicotomía entre tensión y relajación que contiene un punto medio en que el individuo no se encuentra ni tensionado ni relajado. Se postula además, que el sujeto que experimenta tensión frente a los estresores pudiera sufrir una suerte de distrés en cambio, el que experimenta relajación pudiera experimentar eustrés. Esta consideración teórica de suponer un estrés negativo y otro positivo hacen pensar que el paradigma dicotómico pudiera ser necesario aunque no suficiente para comprender el complejo fenómeno del estrés cuando se asumen expectativas cognoscitivas y no sólo expectativas biológicas. Las expectativas al nivel cognoscitivo permiten afrontar mayores (o menores) niveles de estrés surgidas de las metas que el individuo se propone, elemento que sería imposible determinar sobre la base de medidas puramente biológicas. El supuesto fisiológico del estrés es consistente con un esquema dicotómico. Los procesos de tensión y relajación están claramente apoyados por procesos biológicos. Las expectativas cognoscitivas empero, no pueden reducirse a meras respuestas de tensión y relajación. Es preciso comprender que es posible que los estudiantes se tensionen por exigencias excesivas y se relajen cuando las exigencias sean adecuadas. ¿Qué respuestas pueden surgir, sin embargo, cuando las expectativas se abren a exigencias demasiado pequeñas para algunos estudiantes?. Quizá cuando un estudiante se ve sometido a un curriculum poco exigente para sus expectativas personales, se provoque en él desilusión o frustración. Es razonable conjeturar que esta frustración pudiera también ser evaluada cognoscitivamente por los estudiantes como estresor lo que los conduce a un tipo de distrés. Así, es posible que el distrés surja no sólo por exigencias excesivas, sino también por exigencias escasas, lo que amerita nuevas investigaciones.

Además de los promedios encontrados, tienen valor los resultados indicados por las modas, puesto que algunos se sitúan en los extremos (0 o 10) opuestos y otros coinciden con la moda teórica (5). Así, para

el TEGU, cuatro ítems tienen 0 puntos, representando máxima relajación; cuatro ítems tienen una moda de 10 puntos, representando máxima tensión, y doce ítems tienen una moda de 5 puntos indicando neutralidad. Al analizar las dimensiones personales y curriculares se percibe que tres ítems que tienen una moda 0 corresponden al TEPU y sólo uno al TECU. Con la moda de 10 pasa exactamente lo contrario; sólo uno corresponde al TEPU y tres al TECU. En lo concerniente a la moda de 5 puntos, dos ítems corresponden al TEPU y los otros diez al TECU. Las tendencias modales de irse al promedio o a los extremos opuestos son importantes porque representan actitudes relativamente generalizadas en la población. Es hipotetizable que estos resultados manifiesten una determinada tendencia de las personas a contestar de una forma preconcebida lo que podría ser investigado posteriormente.

El TEGU tiene las limitaciones típicas de cualquier test con el que se pretenda medir un fenómeno sobre la base de percepciones. La validez del TEGU no puede por ende, escapar a la naturaleza de su construcción y forma de uso. El propósito de construir un test que mida al mismo tiempo una dimensión personal y una dimensión curricular en lo concerniente a la problemática del estrés ha sido cumplido. EL Test de Estrés General Universitario (TEGU) ha sido construido sobre la base de estas dimensiones. De esta forma, el Test de Estrés Personal (TEPU) y el Test de Estresores Curriculares Universitarios (TECU) permiten una evaluación adecuada de las tensiones que experimentan los estudiantes, desde sus particulares perspectivas como de una perspectiva ambiental específica. Así, el TEPU y el TECU miden, desde un supuesto teórico común de *tensión-relajación*, dos dimensiones esencialmente diferentes.

Los resultados muestran valores satisfactorios de confiabilidad superando en ambos los valores de .70. Los estudios de validez han permitido mejorar el instrumento sobre la base de una aproximación cualitativa adicional que lo reduce sus ítems de 44 a 28.

Análisis factoriales hechos sobre ambos tests han permitido clarificar y confirmar de mejor manera estos procedimientos. De esta forma, los ítems que arrojaron poca consistencia interna resultaron coincidentes con aquellos que, al ser eliminados, aumentaban la varianza explicada de los tests en la mayoría de los casos. El TEGU parece extendible o aplicable a cualquier programa de formación en cualquier organización de educación superior o terciaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Calvete, S. & Sampedro O. (1991) Patrones individuales de reactividad al estrés: componentes cardiovasculares y subjetivos. Revista de Psicología General y Aplicada, 44(4), 427-434.
- Cuesta, U. (1990). Patrón de conducta tipo A en niños y adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada, 43(2), 233-243.
- Eliot R. S., & Breo D. L. (1990). ¿Vale la pena morir de stress?. (Primera Edición), Traducción de Carlos Coldaroli. B. A. Argentina: Editorial Atlántida.
- Eysenck, H. J. (1988). Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. En M.P. Janisse (Ed.) Individual Differences Stress and Healt Psychology, pp. 129-145. N.Y.: SpringerVerlag.
- Farquhar, J. W. (1979) The American Way of Life Need not Be Hazardous to Your Health N. Y.: W.W. Norton Co., Inc.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). Type A behavior and your heart. N.Y.: Fawcett.
- García león, A. (1993). Patrón de conducta tipo A: Descripción e intervenciones terapéuticas. Revista de Psicología General y aplicada, 46(3), 307-317.
- Gonzalo de la Casa, I.(1994). Inhibición latente y recuerdo de estímulos irrelevantes en sujetos Tipo A y Tipo B. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(3), 289-300.
- Janis, I. L. (1982^a). Decision making under stress. En Goldberg & Breznitz (Eds.), Handbook of stress. New York: Free Press.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions. Annual Review of Psychology, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Miller, T. Q., & Smith., T. W. (1993). A meta-analysis review of research on hostility and physical health. Personality & Individual Differences, 15(6), 609-617.
- Moyano Díaz, E. (1999). Psicología Ambiental. Estudios y Aplicaciones. Santiago: Ed. Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.
- Rosenman, R. H., & Friedman, M. (1974). Neurogenic factors in pathogenesis of coronary heart disease. Med Clin North, 58, 269-279.
- Sandin, B., & Chorot, P. (1990). Modelo de estrés-coping y difderenciación de trastornos psicofisiológicos. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia, 16-21 abril.
- Seligman, M. E. P (1975). Helplessness: On Depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman.
- Selye, H. (1956). The Stress of Life. N.Y.: Mc Graw-Hill,
- Steptoe, (1993). Stress and the cardiovascular system: A psychosocial perspective.N.Y.: Academic Press.
- Williams, R.B.(1989) The trusting heart. Great new about Type A Behavior, N.Y.:Times Books.

ANEXO 1: TEGU (TECU Y TEPU) Y OTROS TESTS UTILIZADOS

ENCUESTA

Solicitamos a usted que conteste las preguntas de este cuestionario en la forma más completa posible, puesto que sus opiniones son muy valiosas para los objetivos de esta investigación. Lea cuidadosamente cada pregunta y siga las instrucciones específicas que aparecen en cada sección antes de responder. Si alguna pregunta no le queda clara, no dude en consultar a la persona encargada de esta aplicación.

SECCION Nº 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Encierre en un círculo el número de la respuesta que se aplique en su caso o conteste en el espacio en blanco. Si decide cambiar su respuesta tarje completamente la anterior y marque la que corresponde. Use lápiz pasta.

- | | | | |
|-------------|-----------------|--------------|--------------------------------------|
| 1. Sexo | 2. Estado Civil | 3. Edad | 4. Universidad |
| masculino 1 | soltero 1 | 20 y menos 1 | Universidad de Santiago de Chile 1 |
| femenino 2 | casado 2 | 21 a 25 2 | Universidad de Chile 2 |
| | viudo 3 | 26 a 30 3 | Universidad Austral de Chile 3 |
| | separado 4 | 31 y más 4 | Universidad Católica de Valparaíso 4 |
| | otro 5 | | |
-
- | | |
|----------------|--------------------------------------|
| 5. Carrera | 6. Nombre de la carrera (Ingeniería) |
| Ingeniería 1 | Ingeniería civil 1 |
| Medicina 2 | Ingeniería de ejecución 2 |
| Psicología 3 | |
| Arquitectura 4 | |
| Educación 5 | |
| Periodismo 6 | |
-
- | | |
|--|---------------------------------------|
| 7. Facultad de Ingeniería de la USACH. | 8. Facultad de Ingeniería de la U.Ch. |
| Electricidad 1 | Plan común 1 |
| Industria 2 | Geología 2 |
| Mecánica 3 | Ingeniería Eléctrica 3 |
| Informática 4 | Ingeniería Industrial 4 |
| Minas 5 | Ingeniería Matemática 5 |
| Metalurgia 6 | Ingeniería Mecánica 6 |
| Geografía 7 | Ingeniería en Minas 7 |
| Química 8 | Ingeniería Química 8 |
| Obras Civiles 9 | Ingeniería en Biotecnología 9 |
| Ambiente 10 | Licenciatura en Ciencias 10 |
| Climatización 11 | Ingeniería en Computación 11 |
| Ingeniería Textil 12 | Ingeniería Civil en Obras Civiles 12 |
-
- | | |
|--|---|
| 9. Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la UACH. | 10. Facultad de Ingeniería de la U. C. V. |
| Construcción Civil 1 | Ingeniería Civil Bioquímica 1 |
| Ingeniería Acústica 2 | Ingeniería Civil Eléctrica 2 |
| Ingeniería Civil e Informática 3 | Ingeniería Civil Electrónica 3 |
| Ingeniería Civil en Obras Civiles 4 | Ingeniería Civil Industrial 4 |
| Ingeniería de Ejecución en C.R. y A.A. 5 | Ingeniería Civil Informática 5 |
| Ingeniería de Ejecución en Comput. P. 6 | Ingeniería Civil Mecánica 6 |
| Ingeniería de Ejecución Electrónica 7 | Ingeniería Civil Química 7 |
| Ingeniería de Ejecución en Mecánica 8 | Ingeniería Civil Metalúrgica extractiva 8 |
| Ingeniería en Computación. M. 9 | Ingeniería de Transporte 9 |
| Ingeniería Naval 10 | Ingeniería Eléctrica 10 |
| Ingeniería Electrónica 11 | Ingeniería Electrónica 11 |
| Ingeniería Mecánica 12 | Ingeniería en Construcción 12 |

Tec. En Mant. de Equipo Industrial	13	Ingeniería mecánica	13
Prog. Reval. Ing. Const. Naval	14	Ingeniería de Ejecución en Bioprocesos	14
		Ingeniería de Ejecución en Electricidad	15
		Ingeniería de Ejecución Electrónica	16
		Ingeniería de Ejecución Informática	17
		Ingeniería de Ejecución Mecánica	18

Tiempo que lleva en la carrera (en semestres) _____
 Nivel que cursa: (medido en semestres) _____
 Promedio aproximado de notas: (de 1 a 7) _____
 Fecha de aplicación de la encuesta: ____/____/____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Tiempo de duración de su carrera _____

SECCIÓN N° 2

TEST DE ESTRÉS CURRICULAR UNIVERSITARIO (TECU)³

Este test pretende medir, en alguna forma, cuán tensionador o relajador puede ser un sistema curricular. Marque con un círculo el número que usted estime más cercano al grado de tensión o relajación que usted perciba en la oración-estímulo que aparece subrayada y que está respondida con dos frases opuestas entre sí representando, cada una, el extremo de un continuo.

Ejemplo:

Las películas de ciencia-ficción

me tensionan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

Si las películas de ciencia-ficción en general lo tensionan elija, para este caso, un número del 5 al 1 de la izquierda que indica el grado de tensión. Si en general lo relajan, elija un número del 1 al 5 de la derecha, que indica el grado de relajación. Si no lo tensionan ni lo relajan, circule el número cero (0) que está en el centro del continuo. En caso de que jamás haya visto una película de ese género circule también el número 0 (cero). Los ítems pueden estar invertidos o en la misma dirección del ejemplo. Lo importante es que el número 5 significa máxima tensión o máxima relajación y el número 1 mínima tensión o mínima relajación. El cero, en cambio, es definitivamente neutral.

1 La universidad (o institución) donde estudio

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

2 La carrera que estudio

me produce tensión	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me produce relajación		
--------------------	-----------------------	-----------------------	--	--

3 La actitud y conducta de los profesores de mi carrera

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

4 La forma en que está organizado el curriculum de mi carrera

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja		
-------------	-----------------------	-----------	--	--

5 Los ramos de mi carrera

me relajan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensionan		
------------	-----------------------	--------------	--	--

³ Para interesados en utilizar el test y, según los resultados aquí reportados, se recomienda prescindir de los ítems en donde se indica 'Eliminar' y se deja opcional aquellos otros donde se indica 'Examinar'.

6 Las notas obtenidas

me relajan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensionan		
------------	-----------------------	--------------	--	--

7 Las actividades administrativas de mi carrera

me perturban	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

8 Cooperar con mis compañeros

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja	Examinar	
-------------	-----------------------	-----------	----------	--

9 Competir con mis compañeros

me fascina	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me resulta intolerable	Eliminar	
------------	-----------------------	------------------------	----------	--

10 El material bibliográfico disponible en biblioteca

es motivo de tranquilidad	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	es motivo de tensión	Examinar	
---------------------------	-----------------------	----------------------	----------	--

11 Cuando tengo una evaluación importante muy próxima

disfruto de mi tiempo	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	no disfruto de mi tiempo		
-----------------------	-----------------------	--------------------------	--	--

12 El profesor que pregunta contenidos no pasados en clases

me genera tensión	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me genera relajación		
-------------------	-----------------------	----------------------	--	--

13 El tiempo previsto para los controles en mi carrera

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

14 Los trabajos de investigación que me exigen en mi carrera

me tensionan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

15 La cantidad obligatoria de ramos tomados por semestre

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

16 En general, los recursos materiales disponibles (laboratorios, computadoras, casinos, espacios de recreación)

me tensionan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

17 Los ramos electivos

me relajan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensionan		
------------	-----------------------	--------------	--	--

18 Los ramos obligatorios

me angustian	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

19 El tiempo disponible para actividades extra-curriculares

me estresa	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja	Eliminar	
------------	-----------------------	-----------	----------	--

20 El nivel de exigencia de los profesores de mi carrera

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja		
-------------	-----------------------	-----------	--	--

21 Las evaluaciones para mantener una beca

me hace luchar por el éxito	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me hace temer el fracaso		
-----------------------------	-----------------------	--------------------------	--	--

22 Mi familia

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

23 Mi edad

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja		
-------------	-----------------------	-----------	--	--

24 Mi estado civil

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja		
-------------	-----------------------	-----------	--	--

25 Mi situación actual

me relaja	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me tensiona		
-----------	-----------------------	-------------	--	--

26 Mi futuro

me tensiona	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relaja		
-------------	-----------------------	-----------	--	--

27 El dinero para solventar mis estudios

no me preocupa	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me preocupa		
----------------	-----------------------	-------------	--	--

28 Mis relaciones con los demás

me tensionan	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	me relajan		
--------------	-----------------------	------------	--	--

A continuación le solicitamos que evalúe el Sistema Curricular de su Carrera con nota de 1 (deficiente) a 7 (excelente) encirculando la calificación que pone a cada uno de los factores siguientes (TECU):

1. Universidad	1	2	3	4	5	6	7
2. Facultad	1	2	3	4	5	6	7
3. Departamento, Escuela o Carrera	1	2	3	4	5	6	7
4. Personal directivo de la Carrera	1	2	3	4	5	6	7
5. Acceso a personal directivo de la carrera	1	2	3	4	5	6	7
6. Personal administrativo	1	2	3	4	5	6	7
7. Tiempo tramitación (solic., resolución de problemas)	1	2	3	4	5	6	7
8. Profesores de la carrera	1	2	3	4	5	6	7
9. Ayudantes de la carrera	1	2	3	4	5	6	7
10. Disponibilidad de los profesores	1	2	3	4	5	6	7
11. Recursos materiales disponibles	1	2	3	4	5	6	7
12. Salas de clases	1	2	3	4	5	6	7
13. Existencia de salas de estudio	1	2	3	4	5	6	7
14. Malla curricular (cantidad y calidad de los ramos)	1	2	3	4	5	6	7
15. Estructura de la malla curricular	1	2	3	4	5	6	7
16. Nivel de exigencia de la carrera	1	2	3	4	5	6	7
17. Evaluaciones (forma y contenido)	1	2	3	4	5	6	7
18. Laboratorios (disponibilidad y uso)	1	2	3	4	5	6	7
19. Bibliotecas	1	2	3	4	5	6	7
20. Material bibliográfico disponible	1	2	3	4	5	6	7
21. Computadoras (para uso estudiantil)	1	2	3	4	5	6	7
22. Equipamiento (<i>datashow</i> , televisor, vídeo)	1	2	3	4	5	6	7
23. Casinos (cantidad y calidad)	1	2	3	4	5	6	7
24. Espacios de recreación	1	2	3	4	5	6	7
25. Servicio de Bienestar Estudiantil	1	2	3	4	5	6	7
26. Seguridad del recinto universitario	1	2	3	4	5	6	7

TEST DEL ESTRÉS SIMPLE Y DE LA TENSION (ESIMTEN).

Para responder a este test se debe encerrar en un círculo el número debajo de la respuesta que más se aplique a usted. Sea lo más sincero con usted mismo en sus respuestas.

POR SEMANA

	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAS VECES
1. Me siento tenso, ansioso o tengo indigestión nerviosa	2	1	0
2. Las personas en el trabajo / casa aumentan mi tensión	2	1	0
3. Como / bebo / fumo como respuesta a la tensión	2	1	0
4. Padezco de tensiones o migrañas, dolores de cabeza, dolor en el cuello o los hombros, o insomnio	2	1	0
5. No puedo desprenderme de mis pensamientos en las noches o los fines de semanas como para sentirme distendido y renovado al día siguiente	2	1	0
6. Me cuesta concentrarme en lo que hago, porque me preocupo de las cosas	2	1	0
7. Tomo tranquilizadores (u otras drogas) para descansar	2	1	0
8. Me cuesta encontrar tiempo para descansar	2	1	0
9. No bien encuentro tiempo me resulta difícil distenderme	2	1	0
10. Mi trabajo diario consta de demasiados tiempos libres	2	1	0

ACTITUDES QUE PROVOCAN ESTRÉS (ACTPROES)

CON QUE FRECUENCIA TIENE ESA SENSACIÓN

Encírcule el número de la respuesta que más lo identifica.

	CASI NUNCA	DE TANTO EN TANTO	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1. Las cosas deben ser perfectas	1	2	3	4
2. Debo hacerlo yo mismo	1	2	3	4
3. Me siento aislado(a) de mi familia	1	2	3	4
4. Creo que la gente debe escuchar mejor	1	2	3	4
5. Me dejo llevar por la vida	1	2	3	4
6. No debo fracasar	1	2	3	4
7. Cuando he trabajado en exceso no puedo decir que "no" a nuevos pedidos sin sentirme culpable	1	2	3	4

8. Necesito generar cada vez más estímulos para evitar el aburrimiento	1	2	3	4
9. Siento que me falta intimidad con quienes me rodean	1	2	3	4
10. Soy incapaz de descansar	1	2	3	4
11. Cada vez me siento más cínico y desencantado	1	2	3	4
12. Soy incapaz de reírme de un chiste sobre mí	1	2	3	4
13. Evito hablar con franqueza	1	2	3	4
14. Me siento bajo presión todo el tiempo como para tener éxito	1	2	3	4
15. Automáticamente expreso actitudes negativas	1	2	3	4
16. Al final del día me siento cansado(a)	1	2	3	4
17. Me olvido de los plazos límites, de los compromisos y de mis posesiones personales	1	2	3	4
18. Soy irritable, de mal genio y decepcionado(a) de quienes me rodean	1	2	3	4
19. El sexo me parece que ocasiona más problemas de lo que vale	1	2	3	4
20. Me considero explotado(a)	1	2	3	4
21. Me despierto más temprano y no puedo dormir	1	2	3	4
22. Me siento inquieto(a)	1	2	3	4
23. Me siento insatisfecho(a) de mi trabajo	1	2	3	4
24. Me siento insatisfecho(a) de mi vida personal	1	2	3	4
25. En la vida no estoy donde quisiera estar	1	2	3	4
26. Evito estar solo(a)	1	2	3	4
27. Tengo problemas para dormirme	1	2	3	4
28. Cuando despierto por la mañana no puedo salir de la cama	1	2	3	4

Estamos interesados en el estrés que sufren los estudiantes universitarios con el objeto de analizar las deficiencias que pudieran existir en los sistemas curriculares. Una adecuada apreciación del nivel de estrés y del rendimiento académico consecuente, pudiera ser una forma de optimizar los sistemas curriculares.

Por favor, escriba cualquier comentario que usted quiera hacer en relación a esta encuesta. Igualmente, puede comentar su impresión personal de lo positivo o negativo que puede ser un sistema curricular muy exigente o muy poco exigente.

Muchas Gracias

INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA PREPARACIÓN A LA SITUACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS

Mónica Alvarado¹Pamela Cabrera¹Beatriz Urrutia¹Verónica Vera¹Pablo Vera-Villaroel²

RESUMEN

La hospitalización es vivenciada por los niños y sus padres como una situación altamente estresante. Esta situación genera en los menores consecuencias psicológicas y comportamentales tales como sentimientos de miedo, ansiedad e inclusive depresión, entre otras, las cuales pueden interferir en el pronóstico y evolución de la enfermedad. Con el fin de disminuir tales estados emocionales se ha enfatizado la utilidad de los programas de preparación psicológica a la situación de enfermedad y hospitalización, dentro de los cuales las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser las más eficaces. En el presente trabajo se describen las técnicas más frecuentemente utilizadas en dichos programas, tales como: información, relajación, modelado, inoculación al estrés, juego y afrontamiento cognitivo.

ABSTRACT

The hospitalization is lived for the children and their parents as a highly stressful situation. This situation generates in the children psychological and conductual consequences such feelings of fear, anxiety and inclusive, depression, among other, those which can affect the prognosis and evolution of the disease. To reduce such emotional states has been emphasized the usefulness of the psychological preparation programs to the disease and hospitalization situation, where the behavioural-cognitive techniques have demonstrate be most effective. In this work are described the techniques most frequently used in said programs, such as: information, relaxing, modeling, stress inoculation, game and cognitive copying.

La hospitalización es un suceso que es vivenciado como una experiencia negativa e invasiva, y generadora de un elevado nivel de ansiedad, pues el solo hecho de encontrarse hospitalizado, implica la evaluación de que la enfermedad que se tiene ha de ser grave, ya que no es posible de ser tratada ambulatoriamente (Alvarado, Cabrera, Urrutia, Vera y Vera-Villaroel, 2000). Así también, la experiencia de hospitalización implica una pérdida de control de

los aspectos más elementales de la vida cotidiana, como son los horarios y cambios en las rutinas diarias (Penzo, 1990).

Lo señalado anteriormente se intensifica durante la infancia, puesto que esta es una etapa en donde el niño está desarrollando las habilidades que le permitirán adaptarse de mejor manera a los cambios que ocurren a su alrededor (Alvarado et al., 2000). Uno de los cambios que lo vuelven más vulnerable es la situación de hospitalización (Ortigosa y Méndez, 2000).

De esta manera, en el caso de los niños, principalmente por la situación de separación de las figuras significativas, la hospitalización es considerada altamente traumática y estresante para el menor. A ello se suma el hecho de que el niño ingresa a una institución extraña, en donde es sometido a intervenciones dolorosas y procedimientos médicos, convirtiéndose en una situación de vida totalmente diferente a la que estaba acostumbrado, y a la cual deberá adaptarse (Taylor, 1986; Bagladi, Carrasco y Donovan, 1990; Valdés y Florez, 1992; Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996; Goya, Lizana y Salinero, 1998; Lizasoain, 2000; Alvarado et al., 2000).

Sin embargo, la experiencia de hospitalización no solo se transforma en estresante para el menor, como

¹ Universidad de Santiago de Chile.

² Universidad Miguel de Cervantes y Universidad de Santiago de Chile. E-mail: pvera@entelchile.net.

fue considerado anteriormente, sino también para los padres. Este aspecto es muy importante, puesto que el estrés que estos manifiestan afecta directamente al menor, determinando la manera en que el niño enfrentará la situación y los procesos de enfermedad, tratamiento y recuperación (Méndez et al., 1996).

Diversos autores han estudiado los posibles efectos negativos de la hospitalización en el niño. Se señalan consecuencias como: conductas regresivas (retroceso en el habla y en el control de esfínteres), episodios largos de llanto y vómitos, problemas de alimentación, alteraciones del sueño (insomnio, terrores nocturnos y pesadillas), retraimiento excesivo, fobias, irritabilidad, rechazo hacia los padres o dependencia excesiva (exageración de la ansiedad de separación y ante personas extrañas), depresión, ansiedad (concomitantes fisiológicos como taquicardia, hiperventilación y diarrea), temor excesivo, pataletas, tics, agresividad, oposición a los procedimientos médicos, entre otros (Kenny, 1975 y Adams, 1976 en Taylor, 1986; Munson, 1986 en Goya et al., 1998; Basiliu y Valentini, 1993; Bagladi et al., 1990). Asimismo, autores como Christ y Flomenhaft, han señalado que el temor, la rabia, la culpa y la tristeza serían las reacciones emocionales más comunes a la situación de hospitalización en los niños (en Valverde y Vásquez, 1991).

Como se mencionó existen reacciones comunes en los niños hospitalizados; sin embargo, la eventual presencia y expresión de estas, se ve influida por una serie de factores como la edad o etapa de desarrollo del menor, el sexo, las características de personalidad premórbida, características del sistema familiar, apoyo de las figuras significativas, experiencias previas de hospitalización y contacto con los procedimientos médicos, características del ambiente hospitalario y de las relaciones que se establecen con el equipo de salud, entre otros (Polaino-Lizasoain y Lorente, 1990; Cerfogli, Repetto y Susmann, 1991).

Por lo anteriormente mencionado, se ha enfatizado la importancia de la preparación psicológica ante los distintos procedimientos hospitalarios, tanto en adultos, como especialmente en niños (Alvarado et al., 2000). En este contexto, la terapia cognitivo-conductual es la que ha realizado mayores aportes en las intervenciones infantiles para el afrontamiento de los procedimientos médicos, principalmente debido a la variedad y efectividad de las técnicas que ha desarrollado, tales como la relajación, la entrega de información, el modelado, la inoculación del estrés, el afrontamiento cognitivo, el juego, entre otras.

En el caso específico de los niños, dadas sus características, se han de tener en consideración una serie de elementos. En primer lugar, las técnicas han de ser especiales, puesto que dependiendo de la edad del niño, las instrucciones verbales pueden resultar inefi-

caces debido al bajo nivel de comprensión que poseen, por ejemplo, los niños pequeños. Por esta razón deben agregarse procedimientos que las apoyen como el juego, los dibujos, etc. En segundo lugar, es indispensable pensar en la incorporación de los familiares del menor, en especial de la madre, tanto en la preparación, como apoyo al menor, como en la intervención de ésta en los cuidados del niño al momento de la recuperación. Por último, se hace necesaria la preparación de actividades de distracción (lúdicas) para el niño durante el período de mejoría, principalmente porque él tiene menos recursos que el adulto para distraerse (Penzo, 1990).

La importancia de realizar intervenciones psicológicas en niños sometidos a procedimientos hospitalarios radica en que a través de ellas se puede reducir la ansiedad, la incertidumbre y ambigüedad, se puede promover el aumento del control sobre el propio cuerpo y se puede ayudar a hacer frente al dolor (Penzo, 1990). De la misma forma, no se debe olvidar las relaciones entre ansiedad y sistema inmunológico y que, posiblemente de esta forma también se pueda afectar indirectamente el curso de la enfermedad fortaleciendo los niveles de defensa del organismo (Vera-Villarreal y Buela-Casal, 1999; Vera-Villarreal y Buela-Casal, 2000).

Principales técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en la preparación ante los procedimientos hospitalarios

A continuación se describirán las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas para preparar a los niños frente a la situación de hospitalización. Es importante tener en consideración, que éstas técnicas deben estar insertas dentro de un programa de preparación psicológica para la hospitalización, el cual consiste, de acuerdo a Pedroche y Quiles (2000), en "*un conjunto de métodos que aplicados antes, durante o después de la estancia hospitalaria tienen la finalidad de potenciar el bienestar del niño y, por consiguiente facilitar su adaptación a esta situación estresante*" (p.75).

Preparación basada en la Entrega de Información:

El objetivo general de los programas de preparación a la hospitalización infantil es informar adecuadamente al niño y sus padres acerca de la situación en la que se encuentran y los procedimientos médicos implicados en ella, estimular la expresión emocional del niño, establecer relaciones de confianza entre el niño y el personal sanitario y entregar estrategias de afrontamiento tanto para el niño como para sus padres (Siegel y Hudson, 1992 en Pedroche et al., 2000).

La relevancia de entregar al niño información sobre la situación de enfermedad por la que atraviesa, radica principalmente en que al ocultarle la verdad se pueden inhibir sus posibilidades de manejo y control sobre ella (Rona y Vargas, 1994, Ulloa, 1993). De esta manera, al proporcionar información adecuada y precisa, el niño puede corregir sus malas interpretaciones, reduciendo sus temores y ansiedad, y facilitando una participación más activa en sus cuidados y en el proceso de la enfermedad. De hecho se ha enfatizado que aquellos niños que están mejor informados, generalmente se muestran más cooperativos y dispuestos a someterse a los tratamientos. Actualmente, en la mayoría de los casos se explica al niño, de acuerdo a su edad y desarrollo cognitivo, los detalles de la enfermedad, que implica un tratamiento largo y a veces desagradable, los procedimientos invasivos y dolorosos, las hospitalizaciones recurrentes, la falta a la escuela, entre otros (Rona y Vargas, 1994).

En este contexto, la entrega de información se constituye en un elemento básico, y quizás el más importante, de todas las técnicas de preparación a los procedimientos hospitalarios, puesto que todos los programas de preparación incluyen, en menor o mayor grado, la entrega de información (Pedroche y Quiles, 2000).

La entrega de información se basa en la hipótesis de la predictibilidad, la cual postula, que dar información aumenta el grado de predictibilidad del estresor, aumentando de este modo la tolerancia al estrés y la percepción de control. De esta forma, el paciente que se exponga a una comunicación preparatoria estará prevenido ante las consecuencias desagradables, lo que no causará sorpresa en él cuando esto ocurra, evitando así, padecer preocupaciones innecesarias por algo que es normal que suceda (Méndez et al., 1996).

Para que la intervención psicológica sea eficaz, la transmisión de información debe ser adecuada y coherente para el niño, teniendo en consideración su edad, su desarrollo cognitivo, experiencias hospitalarias previas, tipos de procedimientos a los que será sometido, su estilo de afrontamiento, su nivel de activación fisiológica, su nivel sociocultural, entre otros (Pedroche y Quiles, 2000; Lizasoain, 2000).

Además del contenido de la información, la cantidad de ésta tiene distintos efectos sobre los niños. Es por esto que, distintos autores, enfatizan la importancia de adaptar al paciente la cantidad y el tipo de información proporcionada (Penzo, 1990; Pedroche y Quiles, 2000; Lizasoain, 2000). Pues se ha comprobado que en pacientes con un bajo nivel de ansiedad inicial, la preparación sólo informativa puede ser perjudicial (Lizasoain, 2000). Así también, mucha o muy poca información es perjudicial para el menor, mientras que, por el contrario, la información moderada es beneficiosa (Pedroche y Quiles, 2000).

Asimismo, en el caso de los niños hospitalizados, es más conveniente entregar la información de manera gradual desde lo menos estresante hasta lo más estresante (Pedroche et al., 2000).

Según Melamed (1988), la entrega de información a los niños, como técnica de preparación a la situación de hospitalización se basa en las siguientes premisas (en Pedroche y Quiles, 2000):

1. La información que es entregada antes del evento estresante tiene como consecuencia la reducción de ansiedad en el paciente, mejorando la cooperación y la intervención médica.
2. El nivel de activación del sistema autónomo influye en el tipo de información que se puede obtener de un contexto determinado. Cuando el sistema nervioso simpático está activado se facilita la atención y aceptación de la información.
3. La información entregada por niños de la misma edad es más efectiva, puesto que facilita la atención a los aspectos más relevantes.
4. La edad del niño influye en la retención de la información.
5. Las experiencias hospitalarias previas influyen en el nivel inicial de ansiedad con que el niño se enfrenta a la situación de enfermedad y en el posterior aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

Ahora bien, la entrega de información como una intervención psicológica se clasifica en dos tipos. El primero de ellos corresponde a las intervenciones centradas en el problema, es decir, dirigida a entregar información acerca de la hospitalización y del procedimiento médico específico a que será sometido el menor. Según Barrio (1994), la intervención centrada en el problema se subdivide, a su vez, en información general y específica. La información general consiste en entregar información, tanto al paciente como a sus padres, acerca del funcionamiento del hospital, horarios, personal del recinto, prohibiciones y derechos (en Pedroche y Quiles, 2000).

La información específica corresponde a la información sobre el procedimiento médico al que será sometido (cómo se realiza, cuándo, quién lo llevará a cabo, las etapas por las que pasará, cuánto dura, cuánto demora la recuperación, etc.), sobre las sensaciones que el procedimiento le causará (incomodidad, dolor, náuseas, cansancio, etc.), sobre la enfermedad que padece (causas, tratamiento, pronóstico, etc.), sobre los aparatos e instrumentos que serán utilizados, y finalmente, sobre la conducta que debe presentar el sujeto para favorecer su bienestar y recuperación (tipos de movimientos permitidos, dietas, etc.) (Pedroche et al., 2000).

El segundo tipo de información corresponde a la intervención centrada en la emoción, con el fin de proporcionar al sujeto distintas estrategias para enfrentar el estrés (Pedroche y Quiles, 2000).

No obstante la clasificación señalada, los diferentes tipos de información no son excluyentes entre sí, por lo que, sus efectos en la preparación a los procedimientos hospitalarios no se pueden atribuir a estos tipos de manera independiente (López-Roig et al., 1993 en Pedroche et al., 2000).

De ésta manera, distintos estudios demuestran que la información específica es más eficaz que la general, al igual que la información acerca de sensaciones sobre la referida al procedimiento. Asimismo, se ha encontrado que la información mixta, es decir, que combina la descripción sobre sensaciones y procedimientos, es muy efectiva (Johnson et al., 1973 y Johnson et al., 1974 en Pedroche et al., 2000).

En cuanto a la forma de transmitir la información, tanto a los niños como a sus padres, la más frecuentemente utilizada es la información oral acompañada, generalmente, por información escrita, mediante folletos y libros. También se utiliza como técnica para transmitir información el permitir a los niños manipular los instrumentos a manera de juego, y/o, presentar material audiovisual que describa la situación por la que está pasando. Ambas técnicas se revisarán más adelante (Pedroche y Quiles, 2000).

Preparación basada en Técnicas Conductuales: Relajación

Una de las técnicas conductuales más utilizadas en la preparación a la situación de hospitalización es la Relajación, puntualmente la progresiva, cuyo propósito es dotar al paciente de un método de autocontrol frente a su respuesta emocional, mediante la entrega de instrucciones comportamentales específicas.

Los efectos de esta técnica provocan un aumento del autocontrol, una disminución de la ansiedad y un descenso de la tensión muscular y de las respuestas simpáticas (Méndez, Olivares y Quiles, 1998).

La relajación progresiva tiene como objetivo principal el logro de niveles profundos de relajación muscular, mediante la identificación de los distintos niveles de tensión en las diferentes partes del cuerpo a través de ejercicios de tensión y relajación (Méndez et al., 1998).

Esta técnica se basa en el supuesto de que frente a situaciones que provocan ansiedad el organismo responde con pensamientos y comportamientos que producen tensión muscular en el individuo y, paralelamente esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de tensión en la persona. La efectividad de la relajación progresiva radica en que reduce la tensión fisiológica del organismo haciendo incompatible la sensación subjetiva de ansiedad (Davis, Mc Kay y Eshelman, 1985 en Méndez et al., 1998).

Es importante mencionar que la relajación progresiva no es una técnica que se utilice aisladamente en la preparación a los procedimientos hospitalarios,

sino que se usa de manera combinada o complementaria a otras técnicas (Méndez et al., 1998).

La efectividad de esta técnica está dada por el adecuado aprendizaje que pueda tener el paciente del procedimiento a realizar, para lo cual es necesario contar, al momento de la instrucción, con un lugar adecuado (oscuro, silencioso, sin interrupciones, etc.) y con el tiempo suficiente para que el paciente pueda practicarla. Así, como señalaron Méndez et al. (1998), es importante dejar un margen de tiempo para que el paciente pueda practicar y adquirir las habilidades para generar la relajación profunda, puesto que si se enseña al paciente esta técnica pocas horas antes del procedimiento médico al que será sometido, cuando la respuesta de ansiedad ya está activada, probablemente no se lograrán los efectos deseados.

En relación a la relajación progresiva aplicada en niños, Poster (en Méndez et al., 1996) enumera distintos pasos a seguir, tales como:

1. Preparación del ambiente (buscar una sala libre de estímulos distractores).
2. Preparar al niño y a sus padres (explicarles el propósito del entrenamiento).
3. Preparar al entrenador (emplear un tono de voz, calmado, bajo, etc).
4. Instruir al niño sobre la posición de relajación, atención, discriminación de tensión y relajación la posibilidad de interrupción voluntaria del procedimiento.
5. Enseñar al niño a tensar y relajar partes del cuerpo (manos, frente, ojos, hombros, piernas, etc.).
6. Entrenar al niño a relajarse en situaciones estresantes.
7. Emplear un lenguaje familiar y animar al niño a aplicar la relajación durante los procedimientos estresantes.
8. Proporcionar una grabación al niño siempre que lo quiera.

Se ha encontrado que ésta técnica reduce la ansiedad de los pacientes durante la aplicación de procedimientos médicos ligeramente aversivos, mientras que en el caso de la cirugía cardíaca, sus resultados se dirigen a mejorar la recuperación postoperatoria (Pearson y Shigetomi, 1981 en Méndez et al., 1996).

Las estrategias distractoras y de imaginación de escenas placenteras se usan generalmente en conjunto con la relajación. En esta técnica se solicita al niño que imagine una escena tranquila que le haga feliz, luego se le indica que describa dicha escena para evaluar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. Comprobando así, que el niño focalice su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se centre en estímulos que le producen ansiedad (Méndez et al., 1996).

Preparación basada en el Juego

Esta técnica puede ser utilizada en el hospital como parte de la preparación psicológica que se realiza al niño tanto en su ingreso como durante su estadía en el mismo. Tal como lo señala Palomo del Blanco (1995), el juego entrega múltiples beneficios para el niño, puesto que le permite reducir el estrés y la ansiedad inherente al proceso de hospitalización, junto con facilitar la elaboración y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento (en González, Benavides y Montoya, 2000).

En el contexto hospitalario, el juego cobra un rol protagónico, ya que permite al niño facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos (Sperling, 1997 en González et al., 2000), promover su desarrollo, facilitar la comprensión de la enfermedad, potenciar la confianza en el personal sanitario, prepararlo para los procedimientos médicos, informarle sobre lo que significa la hospitalización y sobre todo facilitar la cooperación del niño en este proceso (Barnes y Hadwick, 1996 y Sperling, 1997 en González et al., 2000), permitiendo de este modo una mayor adaptación a la situación de hospitalización.

Según el objetivo al cual se enfoque, se encuentran distintos tipos de juegos, a saber, los de desarrollo, que se dirigen principalmente a satisfacer las necesidades evolutivas del niño, según se lo permitan las condiciones del hospital. Y los juegos médicos que se caracterizan por centrarse en el contexto hospitalario, cuyo principal objetivo es potenciar el intercambio de roles entre el niño y el personal sanitario, facilitando así la proximidad emocional y la reducción de los miedos que el niño asocia a éstos profesionales, al instrumental que ellos utilizan y a los distintos procedimientos médicos (Snow, Shonkoff, Lee y Lewin, 1986 en González et al., 2000). Dentro de esta clasificación se pueden encontrar, el juegos de representación de roles (en el cual el niño adopta el papel del médico, utilizando instrumental médico), los juegos de fantasía o imaginación donde el niño imagina situaciones médicas específicas, los juegos indirectos donde a través de puzzles, cuentos, canciones o actividades se abarcan temas médicos y, finalmente, los juegos de expresión y creatividad en los que el niño puede crear muñecos, figuras, pinturas, dibujos, objetos, historias o cuentos relacionados con la hospitalización.

Es importante mencionar que los juegos deben estar adecuados a cada tipo de enfermedad, en cuanto a los materiales a utilizar, el nivel de movilidad y el estado físico en que se encuentra el paciente.

Preparación basada en el Afrontamiento Cognitivo

Esta técnica permite minimizar o eliminar los efectos negativos de la hospitalización a corto, media-

no y largo plazo, puesto que facilita la identificación de los miedos y preocupaciones relativos a los procedimientos médicos, mediante la implementación, adquisición, entrenamiento y fortalecimiento de habilidades afrontativas en el contexto hospitalario (Méndez y Ortigosa, 2000).

Dentro de las técnicas de afrontamiento, una de las más utilizadas es la modificación cognitiva. Esta puede ser realizada a través de la implementación de nuevas autoverbalizaciones concretas y la eliminación, incrementación o adaptación de las autoverbalizaciones automáticas del niño (Ruíz, 1995 en Méndez et al., 2000).

El principal objetivo de las autoverbalizaciones es infundir valor al menor o minimizar el carácter aversivo de la situación de hospitalización. El fundamento de esta técnica es que a través de la modificación de pensamientos maladaptativos se pueden lograr efectos directos sobre la conducta del paciente.

Preparación basada en la Inoculación del Estrés

Esta técnica se centra en los procesos cognitivos del paciente con el fin de modificar su respuesta frente a un hecho estresante. Es una técnica diseñada por Meichenbaum y consta de 3 fases:

1. **Conceptualización:** En esta fase se introduce al paciente en el concepto de la hospitalización y de la cirugía como acontecimientos estresantes y en la posibilidad de prepararse frente a ellos, aprendiendo a controlar las reacciones que provocan. En ésta etapa se valorizan los sentimientos y pensamientos relacionados al suceso.
2. **Adquisición:** Tiene como objetivo el entrenamiento en adquisición de estrategias como instrucción cognitiva y conductual para controlar el estrés. (Relajación, respiración profunda, inducción de imágenes placenteras, sustitución de autodeclaraciones negativas por afrontadoras y aplicación de autodeclaraciones positivas reforzantes después de completar el procedimiento).
3. **Entrenamiento:** En esta fase las instrucciones están dirigidas a ensayar el procedimiento en forma imaginaria y en vivo, cuando se presenten las situaciones de estrés (López, Pastor y Rodríguez, en Simon, 1993).

Kendall (1986), ha mostrado que la inoculación del estrés es especialmente útil para la reducción de las experiencias de ansiedad, dolor, mejorando el ajuste postoperatorio, expresado bajo el consumo de analgésicos y la reducción de los días de hospitalización postquirúrgica (en Méndez et al., 2000).

Preparación basada en el Modelado

El modelado es una técnica basada en la teoría del aprendizaje social de Bandura, la cual sostiene que la

conducta puede ser modificada y aprendida mediante la observación de la misma y de sus consecuencias, destacando el papel de las contingencias vicarias. Éste tipo de aprendizaje enfatiza los procesos de atención, retención, reproducción motora y motivación (Méndez et al., 1996). Esta técnica se basa en el supuesto de que toda conducta que pueda aprenderse o modificarse mediante una experiencia directa es susceptible de adquirirse o cambiarse a través de la observación de la conducta de los demás y de las consecuencias que le siguen (Méndez et al., 1998).

El procedimiento general de esta técnica, de acuerdo a Cruzado (1995), es el siguiente (en Méndez et al., 1998):

- Explicar al paciente la conducta que se desea modelar.
- Evaluar el grado de relajación del paciente. Si este es bajo, se controla la ansiedad mediante un entrenamiento en relajación o desensibilización sistemática. Si es alto, se debe modificar el sistema de creencias erróneas del paciente.
- Una vez alcanzado un nivel adecuado de relajación, se deben dar instrucciones al paciente sobre los aspectos a los que deberá prestar atención, como estímulos situacionales presentes, aspectos relevantes de la conducta del modelo y consecuencias de dicha conducta.
- A continuación el modelo (semejante al observador) ejecuta las conductas deseadas y describe verbalmente lo que está haciendo y las consecuencias anticipadas.
- El terapeuta debe pedir al sujeto que describa la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuencias.
- Se instruye al sujeto para que lleve a la práctica lo observado en la sesión, el terapeuta en los primeros ensayos, puede darle señales oportunas o guiarlo físicamente para que realice la conducta.
- Posterior a cada ensayo de la conducta se debe proporcionar feedback positivo al sujeto.
- Se deben realizar varios ensayos con el propósito de que la conducta quede sobreaprendida, inclusive se pueden utilizar varios modelos con el mismo fin.
- Finalmente, se deben planificar tareas para casa, y establecer contingencias de reforzamiento en el medio natural del sujeto.

A través del modelado se pueden obtener resultados como adquisición de nuevos patrones de respuesta, es decir, el aprendizaje de nuevas conductas producidas por la observación del modelo; inhibición de conductas, principalmente al observar que ésta es seguida de consecuencias negativas o carece de consecuencias positivas para el modelo; desinhibición de conductas después de observar que el modelo no experimenta consecuencias negativas e inclusive faci-

litar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio conductual del sujeto (Méndez et al., 1998).

El modelado puede ser realizado a través de distintos métodos, dentro de ellos el más utilizado para preparar a los niños ante la situación de hospitalización es el modelado filmado, que se realiza a través de una grabación en vídeo, cassette u otro tipo de soporte auditivo y/o visual.

Diversos autores señalan que este tipo de modelado tiene importantes aplicaciones principalmente en lo que respecta a la prevención y preparación ante situaciones generadoras de ansiedad, tales como médicos, intervenciones quirúrgicas, hospitalización entre otras (Bragado, 1992, y Melamed y Siegel, 1975 en Méndez et al., 1998).

Entre los objetivos de la preparación con audiovisual, de acuerdo a Ortigosa y Méndez (2000), se encuentran los siguientes:

1. Informar acerca de los principales eventos de la hospitalización, como por ejemplo informar acerca de los procedimientos, del material y los acontecimientos que encontrarán en dicha situación, así como también entregar información sensorial, es decir, que el niño sepa con anterioridad las sensaciones y sentimientos que puede experimentar.
2. Enseñar estrategias de afrontamiento con el propósito que el niño adquiera técnicas de autocontrol y las emplee en las situaciones hospitalarias generadoras de temor.
3. Distracción, es decir, posee también un carácter lúdico para el niño.

En este tipo de modelado es necesario supervisar que el niño preste atención al audiovisual, que comprenda y retenga la información y que este dispuesto a emplear las conductas modeladas.

Como ejemplo de esta técnica se puede mencionar la experiencia de Ortigosa y Méndez (1995) y Ortigosa, Méndez y Quiles (1996), quienes realizaron un vídeo cuyo objetivo es la preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica infantil. A través de esta cinta se presentan a un niño y una niña que ingresan al hospital para someterse a una intervención quirúrgica. Se aprecian las actitudes de temor y ansiedad de los niños ante la hospitalización y la operación, a la vez que se les enseña distintas técnicas para afrontar dicha situaciones. Por otra parte se explica a los menores el funcionamiento del hospital, del quirófano, de los distintos procedimientos médicos, de los malestares producto de la operación, entre otros, mientras que los niños ejecutan las técnicas enseñadas para paliar dicho efectos (en Méndez et al., 1998).

Actualmente se están incluyendo como medios para realizar el modelado, la utilización de vídeo juegos, de programas multimedia e inclusive navegación en internet.

Comentarios Finales

Como se ha podido observar a lo largo de este artículo existen una serie de procedimientos y técnicas que han demostrado ser útiles en la preparación para las situaciones de hospitalización. Obviamente existe una variedad mayor de procedimientos que también se han utilizado, sin embargo, creemos que dada la situación a la cual nos referimos se necesita ser extremadamente realista y con un alto grado de profesionalismo y ética a la hora de aplicar procedimientos psicológicos en este tipo de contextos. De esta manera los procedimientos descritos cuentan con validez probada bajo estudios controlados científicamente.

De esta forma, los psicólogos contamos con estrategias que nos debieran permitir cada vez más poseionarnos de estas áreas. De hecho, por ejemplo y de acuerdo a O'Byrne, Peterson y Saldana (1997), en 1980 solo un 16% de los hospitales pediátricos de Estados Unidos utilizaban técnicas de afrontamiento y en la actualidad casi la mitad de los hospitales tienen procedimientos de este tipo como parte de la rutina de atención de los niños, de la misma forma estos autores manifiestan que también en ese mismo año un 37% de los hospitales utilizaba películas en la preparación y en la actualidad casi la mitad de ellos lo utiliza (48%). En este sentido podríamos esperar entonces que en nuestros servicios de salud también podamos en un futuro cercano incorporar la labor del psicólogo en forma gradual en este tipo de problemática.

Por último, es importante mencionar que las técnicas mencionadas anteriormente deben ir acompañadas de apoyo psicológico proporcionado por profesionales idóneos, de manera de proporcionar al paciente un espacio de atención, comunicación, empatía, disponibilidad para responder las preguntas o solucionar dudas y además de la oportunidad de expresar sentimientos, temores, e inquietudes abiertamente a un oyente receptivo. En este sentido las técnicas y procedimientos conductuales y cognitivas junto a las variables antes descritas se convierten en herramientas extremadamente relevantes y útiles para el psicólogo en la actualidad.

REFERENCIAS

- Alvarado, M., Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., & Vera-Villarroel, P. (2000). Evaluación de los Niveles de Ansiedad y los Síntomas Depresivos de los Pacientes con Cáncer entre 6 y 12 años, que asisten a los Hospitales Luis Calvo Mackenna y San Borja Arriarán. Tesis para optar al Título Profesional de Psicólogo, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
- Bagladi, V., Carrasco, E., & Donovan, L. (1990). Consultorio Psicológico como Unidad de Enlace en un Programa de Ayuda al Niño Hospitalizado. Revista Terapia Psicológica, 9, 27-39.
- Basiliu, C., & Valentini C., (1993). Juego Psicoterapéuticos en Niños Hospitalizados de 8-11 años. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Cerfogli, C., Repetto, P., & Sausmann, M.. (1991). Factores Psicológicos que Influyen en la Adaptación y Tratamiento del Niño Hospitalizado, Tesis para optar al Título de Licenciado en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- González, R., Benavides, G., & Montoya, I. (2000). Preparación Psicológica Basada en el Juego. En J. M. Ortigosa y F. Méndez (Coords). Hospitalización Infantil. Repercusiones Psicológicas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Goya, A., Lizana, M., & Salinero, M. (1998). Estudio Descriptivo Sobre Percepciones y Atribuciones que Sustentan Usuarios y Personas del Equipo de Salud Acerca del Proceso de Atención en Salud de Niños Hospitalizados en un Servicio Hospitalario de la Región Metropolitana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Lizasoain, O., & Polaino-Lorente A. (1990). Un Ejemplo en el Ambito de la Pedagogía Hospitalaria: Los Programas de Preparación para la Hospitalización Infantil. En J. Gonzalez-Simoncas, A. Polaino-Lorente, (Compiladores). Pedagogía Hospitalaria, Madrid: Ed. Narcea S.A.
- Lizasoain, O. (2000). Segundas Jornadas sobre Pedagogía en el Aula Hospitalaria: El Derecho a la Educación del Niño Hospitalizado y Enfermo Crónico. Santiago.
- Méndez, F., Ortigosa, M., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la Hospitalización Infantil (1): Afrontamiento del Estrés. Revista Psicología Conductual, 4, 193-209.
- Méndez, F., Olivares, J., & Quiles, M. J. (1998). Técnicas de Relajación y Respiración. En J. Olivares y F. Méndez (Coords.). Técnicas de Modificación de Conducta, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., Olivares, J., & Ortigosa, J. M. (1998). Técnicas de Modelado. En J. Olivares y F. Méndez (Coords.). Técnicas de Modificación de Conducta, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Méndez, F., & Ortigosa, J. M. (2000). Preparación Psicológica Basada en el Afrontamiento. En J. M. Ortigosa y F. Méndez (Coords). Hospitalización Infantil. Repercusiones Psicológicas, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

- O'Byrne, K. K., Peterson, L., & Saldana, L. (1997). Survey of pediatric hospital 'preparation programs: evidence of the impact of health psychology research. Health Psychology, 16, 147-154.
- Ortigosa, J. M., & Méndez, F. (2000). Preparación Psicológica Basada en el Audiovisual. En J. M. Ortigosa y F. Méndez (Coords). Hospitalización Infantil. Repercusiones Psicológicas, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Ortigosa, J. M., & Méndez, F. (2000). La Hospitalización Infantil. En J. M. Ortigosa y F. Méndez (Coords). Hospitalización Infantil. Repercusiones Psicológicas, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Pedroche, S., & Quiles, M. J. (2000). Preparación Psicológica basada en la Información. En J. M. Ortigosa y F. Méndez (Coords). Hospitalización Infantil. Repercusiones Psicológicas, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Penzo W. (1990). Psicología Médica, España: Ed. Salvat.
- Rona, E., & Vargas, L. (1994). El impacto Psicológico del Cáncer en el Niño y el Adolescente. Revista Chilena de Pediatría, 65, 48-55.
- Taylor, S. (1986). Health Psychology, New York: Ed. Random House.
- Ulloa, F. (1993). Aspectos Psicosociales del Cáncer en Niños. Revista Chilena de Pediatría, 64, 55-62.
- Valdés, C., & Florez, J. (1992). El niño ante su Hospitalización: Principales Agentes estresantes. Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona, 19(5), 202-209.
- Valverde V., & Vásquez, V. (1991). Factores Psicosociales en el Proceso de Ajuste de las Familias con un Niño con Cáncer. Tesis para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Vera-Villarroel, P. E., & Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunológicos en humanos. Revista Latinoamericana de Psicología, 31, 271-289.
- Vera-Villarroel, P.E., & Buela-Casal, G. (2000). Differences between anxious and non-anxious subjects regarding immune variables, manuscrito presentado para su publicación.

LA HERENCIA DE SERGIO YULIS: UNA PERSPECTIVA PERSONAL *

Dr. Luis Montesinos¹

RESUMEN

Este artículo describe varias aplicaciones de métodos conductuales los cuales el autor ha trabajado durante los pasados veinte años. Un programa de rehabilitación (usando economía de fichas) para pacientes psiquiátricos en un hospital psiquiátrico de Santiago de Chile; intervenciones en un centro de cuidado diario y de cuidados clínicos primarios con migrantes mexicanos trabajadores en Illinois, USA; un programa de estimulación para personas relacionadas con pacientes con STD en una clínica de una Universidad y otra para cambiar los estilos de vida de pacientes con riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Las descripciones de estas aplicaciones son introducidas con memorias y conversaciones con el mentor del autor, Dr. Sergio Yulis, durante una conferencia ofrecida en su homenaje. El artículo finaliza con algunas especulaciones acerca del futuro de la psicología de la salud.

ABSTRACT

This article describes several applications of behavioral methods in which the author has been involved during the past twenty years. A rehabilitation program (using a token economy) for psychiatric patients in a large hospital in the outskirts of Santiago, Chile; interventions in a day care center and primary care clinic with Mexican migrant workers in Illinois, USA; programs to encourage the referral of partner's by STD patients in a university clinic and another to change the lifestyles of patients with risk of developing cardiovascular diseases with patients in East Harlem, New York, are presented. The description of these applications is intertwined with memories and conversations with the author's mentor, Dr. Sergio Yulis, as this conference was intended as homage to him. The article ends with some speculations regarding the future of health psychology.

*Vengo aquí sin aspavientos, humilde, trabajador,
cantautor desesperado, conocedor de extramuros,
y respirares límites
vengo a ti sin reticencias, así semidesnudo
tostada mi piel por el sol del norte
epitafios tatuados en mi espalda
pidiendo direcciones
cargado de muertos, fantasmas y amigos,
esperando no estereotiparme como el weatherman
quien sonríe a la mujer ancla
mientras se desliza hacia sus cirrus formations,*

*vengo a ti con cirios encendidos
con flores de ultramar
vengo a ti con sabores a tango
que nos persiguen desde el futuro
creciendo
ensordecedor a nuestras espaldas.*

He pensado mucho en como llamar esta conferencia, se me ocurrió que Conferencia en honor al maestro al rasguñar los cincuenta del pequeño saltamontes o Cosechas de tu siembra podrían ser apropiados, finalmente y a ultimo minuto me decidí por Diálogo/ conversación frente a terceros. Esto es lo que me gustaría hacer hoy, simplemente conversar con Sergio frente a ustedes.

*El primer contacto
Caminabas por los jardines de Apoquindo
(cuando los supermercados no eran ni siquiera
imaginables
cuando los Chicago boys apenas unos imberbes)
fumando a dos manos, sembrando futuros
yo te espiaba de lejos, con curiosidad insolente
propia de la adolescencia mía
al poco tiempo nos encontramos en los pasos
en las miradas
desde entonces
ya nunca dejamos de soñar en sincronía*

*Triste y breve historia de un artículo perdido
(sustraído de la cajuela del Peugeot blanco de Sergio
en algún lugar de Santiago). Trabajaba en ese enton-*

* Artículo basado en la Conferencia Inaugural de IKASTOLA, Sergio Yulis dictada por el autor el 15 de Mayo de 1997.

¹ Montclair State University (USA).

ces en el Colegio Saint George, donde como psicólogo para los alumnos de kinder, primero y segundo básico prestando asesoría a las profesoras. Con Sergio iniciamos allí una serie de estudios acerca del manejo de comportamiento disruptivo en la sala de clases. Laboriosamente seleccionamos a nuestros sujetos, entrenamos a nuestra profesora, diseñamos un sistema de economía de fichas y después de un tiempo logramos reducir sustancialmente las conductas meta. Todo este esfuerzo se tradujo en un borrador con gráficas y referencias (siguiendo estrictamente el estilo de la APA) que fue entregado al maestro para su revisión junto con todos los datos registrados hasta ese entonces. Cuidadosamente (y hasta quizás orgulloso diría yo) lo guardo en la cajuela de su Peugeot 404 blanco de diseño francés. Desde allí todo el material fue sustraído por delinquentes comunes quienes sin ninguna consideración por el trabajo científico con seguridad desecharon los papeles en algún sitio eriazado del Gran Santiago.

*Tu partida
al exilio voluntario
se hizo difícil escucharse en tu ausencia
fue complicado perfilarse en un mundo de ciegos
donde la arrogancia se hizo carne*

El Hospital Sanatorio EL Peral y sus consecuencias (Penitenciaria y Sename). Después de una breve estadía en Arica, ciudad de la primavera eterna donde fue engendrada la bella Daniela, de mirada limpia, volví a Santiago donde la Miren me conecto con el Doctor Marconi quien me ofreció implementar un programa conductual en el Hospital Sanatorio El Peral, lo demás es historia... pero igual te las voy a contar. En un intento de realizar un programa de rehabilitación a nivel de todo el hospital se implementó una Economía de Fichas en el pabellón #10 que asilaba a los pacientes mas deteriorados (Montesinos, 1979; Montesinos, Bravo, Tedias, Jara, Peralta, Alvarez, Rios, Miranda, Alvarez y Zanghellini, 1978). Se seleccionaron 31 clientes (sujetos les llamábamos entonces) y gradualmente se incorporaron diferentes conductas siguiendo estrictamente la Regla de la relevancia comportamental («seleccionar solo comportamientos que guardan estrecha relación con aquellos que se consideran relevantes para la vida en comunidad» sugerida por Ayllon y Azrin, 1974). Permítaseme señalar aquí que este no fue nuestro primer intento de hacer algo en hospitales psiquiátricos, de hecho algo hicimos en el patio 9 si no me equivoco del Hospital Psiquiátrico de Santiago, donde algunos de los alumnos de primer y segundo año de la Escuela de Psicología y un fotógrafo profesional tuvieron su primer encuentro con los cambiantes límites de la «normalidad». La razón por la que traigo esto a colación es que entrando al patio del pabellón 10, con la adrenalina a galope suelto, al abrir la puerta

la auxiliar (la Sra. María) me encontré con Julio Elías Musimessi a quien había conocido y con quien había disfrutado de largas conversaciones en el Hospital Psiquiátrico de Santiago; trasladado allí por razón desconocida habría de morir ante mi mirada impotente una mañana de un frío invierno del Open Door.

El programa en su primera fase trabajó con los 31 sujetos seleccionados para mas tarde a través del uso del esquema de delegación de funciones abarcar al resto del pabellón y eventualmente al resto del hospital. Además de las conductas seleccionadas se especificaron tiempo, lugar, personal involucrado, criterio de reforzamiento, verbalizaciones previas y posteriores del agente reforzador. Deliberadamente se seleccionó el patio mas deteriorado (tanto en infraestructura como en repertorio conductual de los pacientes) para demostrar que si la intervención era efectiva con esos sujetos, posiblemente lo podría ser con pacientes de mejor repertorio. Además de proveer de un campo de entrenamiento para auxiliares y profesionales quienes subsecuentemente podrían iniciar programas similares en otros pabellones del hospital.

El Peral fue no solo una gran experiencia en lo humano y lo divino, (un gran refugio en los posiblemente peores años de la dictadura) también nos enseñó que las intervenciones no deben ser solamente técnicas, que hay que tener habilidades políticas para moverse en las burocracias, y que a pesar de que las sociedades condenan a sus pacientes psiquiátricos a la muerte social, es posible reinsertar a algunos de ellos en la comunidad a través de un esfuerzo sistemático de personal y familiares.

Luego de la experiencia en el Peral programas similares fueron iniciados en la Penitenciaria de Santiago y en los servicios de Menores, y creemos que en algunos casos logramos mejorar la calidad de vida de esas personas con las que trabajamos directa o indirectamente a través de cientos de profesionales y personal de apoyo que fueron entrenados en las técnicas operantes.

Mucho más tarde Yuchi querido y en circunstancias que te contaré enseguida volveríamos a caminar por los patios de Pedro Montt evaluando el estado psicológico de combatientes, admirándonos de la profundidad de la fortaleza y de la maldad humana, aprendiendo Sergio siempre aprendiendo, y sin dejar nunca de soñar. *Tu muerte (esa casi siempre visitante inoportuna).*

*Nos cruzamos entonces en el aire,
yo en rumbo hacia el medioeste, para enamorarme
del Misisipi
tu vestido todo de ángel
A diez años de tu partida escribí la siguiente evocación:*

*Amigos comunes, muy queridos por cierto, me han
sugerido recordarte...*

*fácil misión puesto que en todo este tiempo no he
dejado de hablarte...
en momentos de decisiones y fantasías he recurrido
a tu sonrisa, gestos,
costumbres;
al chupar el cigarrillo (fumador aun después de
muerto) tu me miras,
me comentas...
te me escapabas en expresiones, inefablemente te apa-
reces en salones de clases.*

*Oportuna petición, tal vez porque quiero aprovechar
de decir
lo que se me atraganta y en el templo no dije,
tiempos en que tantos lloramos tanto tu ausencia, la
falta que nos hacías;
decir, por ejemplo, que tu nunca moriste,
mejor, que tú eres de los que nunca mueren,
de esos que siembran inquietudes, que generan mo-
vimiento,
cuyo pasar levanta edificios y cuya huella forma
parte de la historia.*

*Se cruzaron tus pasos con evangelios a los que aun
persiguen numerosos fieles,
se entablaron juicios contra enemigos inoportunos
y presentes tu y yo y los amigos del tango y de la vida
(que es lo mismo)
y quedaron nuestros pasos marcados en la arena,
para que el que sepa ver que vea,
quedaron tu mirada y tus palabras,
en Apoquindo aun se escucha tu gol de mediacancha
y tus movimientos de cintura en las asambleas.*

*Muchas veces me basta recrear los eventos compar-
tidos,
el golpe,
el miedo, la miseria humana,
el exilio,
la distancia que supimos vencer sonriendo
y la esperanza, brillando siempre en el verdor
de tus ojos verdes!
Entonces, camino acompañando*

Los trabajadores migrantes mexicanos. En los Estados Unidos ha sido tradicional; que el trabajo del campo sea hecho por trabajadores migratorios y existen diferentes corrientes migratorias. En el estado de Illinois (donde me encontraba haciendo mis estudios de doctorado) esa labor es desarrollada primordialmente por trabajadores mexicanos quienes en un gran porcentaje viajan con sus familias. El estado de Illinois y el gobierno federal mantienen una serie de programas para prestar servicios a estos trabajadores. Uno de ellos era Su Casa Day Care Center una guardería infantil en la que, con la colaboración de mi colega Juan Preciado desarrollamos un programa destinado a incrementar el consumo de una dieta balanceada por parte de estos niños (Montesinos,

Greene y Preciado, 1985). Es probable que en la guardería estos niños tuviesen la única ocasión de comer de manera balanceada. Ambos padres trabajaban desde tempranas horas de la mañana hasta entrada la noche por lo que la intervención pareció socialmente relevante. Después de convencer a la directora de la necesidad de documentar la efectividad de la entrega de servicios y de la bondad de las intervenciones conductuales se hizo una cuidadosa observación del ambiente de la cual surgió el diseño de la intervención.

El estudio consistió simplemente en cambiar las contingencias que se daban naturalmente en el ambiente. Esto lo digo para los estudiantes presentes, (quienes a lo mejor han sido expuestos a una visión distorsionada del Conductismo) el primer paso de toda intervención es la observación natural de la conducta, como se da, cuales son los factores relacionados funcionalmente con su frecuencia de emisión. Esta observación basal es la que permite diseñar una intervención que sea a la vez efectiva y eficiente. En este caso simplemente se alteró la rutina del almuerzo para hacer contingente conductas de alta frecuencia (siguiendo el principio de Premack) al comer mas de la mitad de cada uno de los grupos nutricionales (proteínas, vegetales, postre y leche). En la rutina normal si el niño quería repetirse algo que le gustaba se le permitía hacerlo sin problemas y si quería dejar de comer e ir a lavarse los dientes también le era permitido. En la etapa de intervención estas dos conductas de alta frecuencia, i.e., acceso a repetirse e ir a lavarse los dientes, se hicieron contingente a que el niño comiese al menos más de la mitad de la porción de cada uno de los alimentos servidos. Los resultados de esta intervención demostraron que el manejo de contingencias naturales pueden alterar el consumo de ciertos grupos nutricionales y reducir el desperdicio de alimentos.

También tuvimos oportunidad de trabajar en la Clínica de Atención primaria que servía a los trabajadores y sus familias, donde junto a Jorge García y Francisco Ugalde aplicamos estrategias psicológicas en la entrega de servicios. Se hizo una investigación con respecto al tiempo de espera diseñándose un sistema que permitió descongestionar la atención y hacer el sistema más eficiente (García, Greene, Montesinos y Ugalde, 1987). Se implementaron intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento especialmente en lo que se refería al uso de antibióticos y el cuidado dental. Estas consistieron básicamente en el uso de instigaciones, modelaje y reforzamiento.

Las enfermedades de transmisión sexual (Southern Illinois University). En esta experiencia intentamos modificar la conducta de los proveedores de servicios para así cambiar la tasa de contactos (parejas) referidos por los pacientes. La intervención,

entonces, no requería de nuestro contacto directo con los pacientes; se trataba de modificar el comportamiento de estos a través de cambiar el comportamiento de los médicos y enfermeras que hacían el diagnóstico y posterior consejería de los estudiantes afectados con enfermedades de transmisión sexual. Se seleccionaron todos aquellos pacientes que fueran diagnosticados con gonorrea, uretritis no específica y clamidia por ser estas las condiciones mas frecuentemente encontradas entre los universitarios. Después de seis meses de observación basal, los sujetos fueron asignados al azar a uno de dos tratamientos, el de incentivo por el cual el sujeto recibiría una reducción en el precio de la prestación de servicio y un segundo grupo en el que se le dijo a los sujetos que se les llamaría por teléfono para recordarles mandar a sus compañeros sexuales para que fuesen evaluados. Los resultados favorecieron al grupo de llamado telefónico, probablemente debido al efecto de un mecanismo de reforzamiento negativo (Montesinos, Greene, Frisch y Hamilton, 1990).

Desarrollo de la Psicología de la Salud en Chile. A mi regreso el año 86 comenzamos a realizar esfuerzos por desarrollar el área de la psicología de la salud en Chile. Nuestra primera publicación con Jorge García trato de los aspectos epidemiológicos de la salud en Chile y del desarrollo de la especialidad, dada la vasta historia de salud pública en el país. Es en esta área donde pensamos que la psicología puede hacer el mayor aporte en este país (Montesinos y García, 1986). Esta publicación fue seguida algunos años mas tarde por una encuesta a psicólogos chilenos involucrados en aplicaciones psicológicas a problemas de salud (excluyendo los así llamados mentales). Los resultados de esta fueron que había muy pocos (concretamente 11) y que la mayoría de ellos se dedicaban solo algunas horas de su tiempo a esa actividad (Montesinos y Vivanco, 1986).

Mas o menos en la misma época iniciamos el primer curso de Psicología en Salud en la Universidad Diego Portales, actualmente el curso se dicta en otras universidades y la inefable Miren continuó el trabajo en esa área culminando el mismo en un sin número de tesis de alumnos en esa escuela.

La participación gremial (Segundo Congreso nacional de Psicología). No puedo dejar de contarte, querido maestro, de nuestra incursión en lo gremial donde con antiguos amigos llegamos a ocupar cargos directivos en plena dictadura y donde nos correspondió incursionar en la evaluación psicológica de «subversivos». Estos me enseñaron la cara fría de la guerra y cuanto puede estirarse la dignidad humana cuando se trata de la libertad. En esa ocasión, por cuestión de principios, nos miramos de frente con el gran partido y debo contarte con orgullo que no fuimos nosotros quienes pestañeamos.

*Entonces migro como los cóndores hacia el norte,
ahora en la gran manzana
en el upper east side,
besando el barrio latino, solazándome en el suave
murmullo de isleñas inmigrantes,
en su acento cimbreado
hay crack everywhere brother,
pero el espíritu de la gente sigue inerme*

El Metropolitan General Hospital de Harlem. Luego partimos hacia el país del norte nuevamente donde tuvimos la oportunidad de trabajar en el East Harlem en los límites del barrio latino con el desarrollo más yuppie de la ciudad en los últimos años, allí desarrollamos un programa de intervención para disminuir los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Pacientes de clase media y baja con diferentes factores de riesgo eran referidos a nosotros por los doctores. Hubo que sensibilizar a estos respecto a la necesidad de enviar a sus pacientes a programas sistemáticos de modificación de la conducta en vez de simplemente sugerirles que cambiasen su estilo de vida. Las personas participaban entonces en programas de diferentes tiempos de duración en que junto con ellos se diseñaba un programa a la medida para comenzar a ejercitarse, para aprender diferentes formas de cocinar y degustar diferentes alimentos, para manejar el estrés y tratar de controlar el peso.

Después de esta experiencia volví a lo académico, que debo confesarte Sergei es lo que siento mío, lo siento como más cercano, como que me hallo más. Encontré mi nicho ecológico en la Universidad de Montclair en Nueva Jersey, donde semestre a semestre me renuevo con las sonrisas de los mechones que aun mantienen la mirada limpia y que crean nuevas realidades con solo respirar lento.

Llegue a ese departamento a crear cursos de pre y postgrado en Psicología de la Salud, ya más experimentado en el arte de tratar con humanos, sorteé obstáculos diversos y ahora está en los libros, se ofrecen dos cursos y hay tesis andando, estamos iniciando un programa de investigación que ahora te cuento.

En el curso introductorio programas de automanejo forman parte de los requisitos, los estudiantes deben elegir una conducta relacionada con salud que deberán monitorear y eventualmente diseñar un programa de intervención para modificar durante el período de un semestre. Posiblemente esto es la versión Conductista de lo que sería en otras tradiciones el someterse a psicoterapia o análisis. En este contexto de lo que se trata es de que los estudiantes no sólo aprendan los conceptos relacionados con la modificación de los estilos de vida sino que vivan en su propia experiencia la dificultad de alcanzar esos cambios y aprendan a registrar y graficar datos, hacer modificaciones a los programas de acuerdo a los re-

sultados obtenidos y sobretodo enfrentar las dificultades que los pacientes encuentran para adherir a las prescripciones. Durante estos últimos cinco a seis años hemos entrenado a centenares de estudiantes en estas técnicas de automanejo, logrando algunos de ellos sus metas, teniendo su primera experiencia de intento de controlar hábitos indeseables otros concretamente la meta en el fumar, por ejemplo, es poco factible que deje de fumar en este intento. La evidencia indica que aquellos que tratan de dejar de fumar una vez, lo harán nuevamente en el futuro y que su probabilidad de éxito aumenta; otros estudiantes duermen mejor y algunas otras han logrado tener hijos después de años de intentos frustrantes.

Durante el último año lo que hemos hecho ha sido incorporar un poco de tecnología al programa de autocontrol, básicamente en el área de apoyo social, los alumnos de este curso fueron asignados al azar a tres grupos distintos, uno control, el segundo tuvo un apoyo moderado a través del correo electrónico y el tercero tuvo un contacto más frecuente. Los resultados preliminares indican que al menos a corto plazo en todas las medidas dependientes aquellos sujetos en el grupo experimental número tres alcanzaron mejores resultados en la modificación de su conducta.

Los pasos siguientes en esta línea de investigación es aplicarlo a pacientes crónicos y ver si es que tiene algún efecto en la progresión del cáncer, por ejemplo, donde hay clara evidencia de que los grupos de apoyo tienen un efecto dramático en la sobrevida y en la calidad de vida.

Las implicancias por cierto son mayores, básicamente podemos tener el mismo efecto en otros incluso sin vernos las caras.

Y ahora me visto de mago, leo el futuro en las palmas y escudriño el curso de las estrellas

El futuro. Parece obvio que ya no podemos seguir haciendo una psicología basada fundamentalmente en los estudiantes de pregrado de los Estados Unidos, estos deben servir solo como participantes en estudios pilotos, pero ya no basta hablar sólo de conductas relevantes sino también de ambientes relevantes. Hay un fuerte movimiento en Psicología social para evaluar como los conceptos que hemos estado usando en los últimos cincuenta años se aplican o no a las sociedades colectivistas (prefiero la etiqueta de comunitarias). Además de lo anterior, la irrupción de pandemias no silenciosas como el SIDA han establecido claramente que las evaluaciones y soluciones de los problemas deben ser necesariamente globales. Las compañías transnacionales van (una vez más) mucho más adelantadas, que los hombres de buena voluntad, en el entendimiento de la interacción entre los diferentes componentes del sistema tierra.

La otra gran vertiente de cambio y ahora más específicamente para la Psicología de la Salud viene

de la llamada medicina alternativa (complementaria le llaman los del movimiento ecléctico). Se estima que entre el 60 a 70% de la población mundial usa estos sistemas como su forma primaria de prevención y tratamiento de enfermedades. La tarea es ir más allá de la etapa de descubrimiento y entrar en la de verificación. Por otra parte la industria ya ha aceptado el uso de acupuntura, la quiropraxia y otras yerbas, las que son en este momento una industria multimillonaria.

La persistente presencia de fenómenos como la remisión espontánea y el efecto placebo hacen un deber profesional el investigar desde una perspectiva científica estos sistemas de intervención.

De acuerdo a Margaret Chesney (1993) en su discurso presidencial para la división de Psicología de la Salud de la APA los siguientes aspectos son probables de ser de gran relevancia en el próximo siglo:

1. La identificación temprana de las personas en riesgo, definido en términos de procesos conductuales, psicológicos y socioculturales. Hemos avanzado enormemente en el descubrimiento de asociaciones específicas entre comportamientos (o estilos de vida) y enfermedades específicas (cardiovasculares, de transmisión sexual) y esta área de investigación debiera continuar siendo desarrollada.
2. La necesidad de diseñar programas efectivos en la promoción de conductas saludables. Sabemos algo de los patrones conductuales no saludables, pero hemos avanzado muy poco en el entendimiento de las condiciones por las cuales se instauran y/o extinguen conductas saludables, especialmente como lo hacen personas que se encuentran en medio de ambientes promotores de enfermedad para no caer presa de ellos.
3. El creciente número de individuos afectados por enfermedades crónicas. Por cuestiones demográficas (el aumento del grupo de personas mayores de 60 o más años; solamente en los Estados Unidos se estima que habrán 60 millones de abuelos para el 2020) y estilos de vida no saludables, es altamente probable que en el futuro cercano exista un número cada vez mayor de personas aquejadas de diabetes, enfermedades cardiovasculares o cáncer por ejemplo. Es necesario que investiguemos factores que ayudarán a detectar estas condiciones tempranamente, a mantener una calidad de vida para las personas afectadas y a prevenir las consecuencias más invalidantes de estas.

En todo caso en este punto me gustaría añadir que debemos además dirigir nuestra atención a las enfermedades infecciosas que siguen siendo causantes de gran cantidad de muertes y enfermedades en el mundo. Es necesario que en el futuro investiguemos formas de intervención que sean efectivas en la detección temprana y prevención de

estas enfermedades dado que es obvio que el enfrentamiento puramente médico ha alcanzado sus límites.

4. La inclusión de las perspectivas comunitarias y de salud pública en los esfuerzos de Psicología de la Salud. Además de los esfuerzos a nivel individual se hace necesario que se inicien programas a nivel organizacional y comunitario. Esto si es que estamos pensando necesariamente en ser una profesión que tenga un real impacto en la calidad de vida de las sociedades. Las experiencias en Finlandia y los Estados Unidos con enfermedades cardiovasculares indican que esto es posible además de eficiente.

A modo de hasta pronto. Así querido amigo seguimos en lo que nos dejaste en la esperanza de hacer de la psicología una ciencia socialmente relevante y apostando por las nuevas generaciones. Asidos, sin fanatismos, a los principios científicos, vilipendiando las verdades absolutas y evaluando las probabilidades. Seguimos porfiadamente creyendo que podemos tener un impacto beneficioso para la calidad de vida de las personas a las que pretendemos servir y que los principios que descubrimos pueden redundar en un mundo mejor. Como ves con la esperanza tatuada en la espalda y con el futuro entero por construir.

Hasta siempre amigo Sergio, hasta siempre maestro.

REFERENCIAS

- Ayllon, T., & Azrin, N. (1974). Economía de fichas: Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación, México: Trillas.
- Chesney, M. (1993). Health psychology in the 21st century: Acquired immunodeficiency syndrome as a harbinger of things to come. Health Psychology, 12, 259-268.
- García, J., Greene, B. F., Montesinos, L., & Ugalde, F. (1987). Reducing Patient Waiting Time at a Migrant Health Care center. Terapia Psicológica, 6, 55-62.
- Montesinos, L., Greene, B. F., Frisch, L., & Hamilton, M. (1990). Encouraging Patients with STD to seek Treatment for their Partners. Journal of Applied Behavior Analysis, 23, 275-284.
- Montesinos, L., Greene, B. F., & Preciado, J. (1985). Reducing plate waste migrant day care center. Education and Treatment of Children, 8, 179-187.
- Montesinos, L., & García, J. (1986). Some determinants of health in Chile: Implications for the development of behavioral medicine. Revista Chilena de Psicología, 8, 11-18.
- Montesinos, L., & Vivanco, W. (1986). Health and Psychology in Chile: an emergent field?. Terapia Psicológica, 5, 36-38.
- Montesinos, L. (1979). An application of a token economy system and a role delineation program in the rehabilitation of chronic patients (a final report). Cuadernos de Salud Mental, Salud Pública y Psiquiatría, Santiago: University of Chile, Faculty of Medicine.
- Montesinos, L., Bravo, L., Tedias, M., Jara, R., Peralta, M., Alvarez, R., Rios, C., Miranda, S., Alvarez, M., & Zanghellini, G. (1978). Rehabilitation of chronic mental patients: An application of a token economy system and a role delineation program in the rehabilitation of chronic patients. Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina, 24, 35-40.

DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DE LA SALUD: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL

Juan Preciado Ph.D.¹

RESUMEN

El propósito de este trabajo es doble: primeramente, considerar el proceso de globalización y su impacto en la salud; investigación y difusión de la información científica; segundo, proponer que la psicología conductual posee las técnicas y programas para aminorar los problemas de salud. Se argumenta que los problemas de salud tienen que verse en el contexto mundial, pero tomando en cuenta las necesidades de los países menos industrializados. Los científicos de estos países deberán desarrollar estudios que sean relevantes a la realidad de los países menos industrializados utilizando el Internet para darlos a conocer.

ABSTRACT

The purpose of this paper is twofold: First, to discuss the globalization process and its impact on health, research and the dissemination of scientific information; second, to propose behavioral techniques as the means to ameliorate health problems. It is argued that the needs of the less industrialized countries must be taken into account whenever health problems are examined within the global context. Scientists of less industrialized nations should engage in research that is relevant to the conditions and realities of their societies using the Internet as a way to disseminate and promote their findings.

El fenómeno de la Globalización se ha vuelto parte del vocabulario de todos los países. En general, no hay un consenso en cuanto a definición de este término pero aquí lo entenderemos como una integración de los países conllevando una pérdida de la soberanía de los mismos (Fiedler, 1997). El propósito de este trabajo es doble: primeramente, consideraremos el proceso de globalización y su impacto en los problemas de salud; segundo, examinaremos el armamento que posee la psicología conductual para aminorar los problemas de salud. En la primera parte discutiremos el efecto de la globalización en la salud, investigación y en la diseminación de información a través del Internet. Después haremos un recuento de los princi-

pales problemas de salud y los factores que inciden en éstos a nivel global. En la última parte, reflexionaremos sobre la psicología conductual y cómo ésta reduce los factores de riesgo que afectan la salud y la necesidad de hacer estudios desde una perspectiva latinoamericana.

Efectos de la Globalización. Salud, intercambio comercial y movilización de personas

La salud es un fenómeno que está sujeto a los efectos de la globalización. Tanto los países industrializados ricos como los menos industrializados, vivimos en un ecosistema que compartimos por igual (Yach & Bettcher, 1998a). La facilidad de viajar y hacer turismo hace que las enfermedades que ocurren en cualquier lugar del mundo puedan constituir un peligro para cualquier otro país, incluyendo a los más avanzados en materia de salud. Cualquier ciudad del mundo está a sólo unas horas de distancia de otra en avión. Casi 2 millones de personas cruzan las fronteras de todo el mundo diariamente. Por ejemplo, en Estados Unidos la mitad de los casos de sarampión fue introducida desde otros países y dos de cada cinco casos de tuberculosis ocurrieron en personas extranjeras (Satcher, 1999).

No sólo la movilización de personas por todo el orbe ha introducido enfermedades, el intercambio

¹ Urban Health Studies Hostos Community College of The City University of New York 500 Grand Concourse, Bronx, NY 10451 USA

masivo de mercancías de manera rápida y eficiente también contribuye a una globalización de los problemas de salud. El intercambio de mercancías trae consigo microorganismos (bacterias, virus, parásitos e insectos) que florecen y se propagan en nuevos ambientes (Pirages, 1997). El mosquito vector del dengue y la encefalitis viral han invadido a USA a través de llantas de vehículos importados de Asia (Satcher, 1999).

La producción masiva de alimentos y la distribución comercial global de los mismos facilita la transmisión de estas enfermedades. El valor del intercambio de alimentos se ha triplicado en los últimos 20 años (McMichael, Bolin, Costanza, Gretchen, Folke, Lindgren, & Lindahl-Kiessling, 1999). Este comercio es de tal envergadura que difícilmente puede ser vigilado e inspeccionado para evitar la entrada de productos contaminados (Fiedler, 1997).

La globalización ha estimulado el intercambio comercial de tabaco y el tráfico de drogas legales e ilegales, las cuales presentan un riesgo a la salud mundial (Roemer, 1998). La globalización comercial voraz que impulsa conductas no saludables se ha potenciado con la revolución tecnológica de la comunicación como el Internet, así como la TV por satélite y cable. Dentro del llamado intercambio comercial, el tabaquismo es el que más peligro causa, ya que las compañías transnacionales han empezado una campaña de mercadotecnia dirigida a las mujeres y adolescentes de los países menos industrializados. La revolución tecnológica aumenta la efectividad de estas campañas de muerte por todo el orbe (WHO, 1998). Gracias a la globalización, las compañías de seguro, las farmacéuticas, y las de tabaco cuentan con mayor espacio para penetrar aun más en estos mercados (Srinath Reddy, 1999). La industria de salud de los países industrializados está también participando en el intercambio comercial y se ha transformado en empresas transnacionales que han penetrado el mercado latinoamericano con pólizas de seguro médico (Navarro, 1998).

Los problemas de salud de un país pobre puede fácilmente llegar a afectar a los países más ricos. Asimismo, el intercambio comercial dentro de los países más industrializados puede acarrear problemas como por ejemplo la enfermedad de las vacas locas mediante la carne contaminada del Reino Unido. Hoy en día, no es realista pensar que un país puede controlar la salud pública de sus habitantes sin la coordinación y cooperación de otros países (Howson, Fineberg, & Bloom, 1998).

Investigación

El mejoramiento de la salud a nivel global exige investigación relevante para poder estudiar las enfermedades que aquejan a la humanidad. La globalización

ha evidenciado el profundo abismo que existe en la labor investigadora entre los industrializados y los menos industrializados, o el abismo norte y sur. La concentración y distribución del conocimiento se ha agudizado y los países nórdicos siguen ejerciendo su hegemonía.

Hay pocos estudios que se realizan en países menos industrializados. Por ejemplo, a pesar de que la pandemia VIH/SIDA está cundiendo por todos los rincones del orbe, especialmente en los países asiáticos, hacen falta investigaciones que usen instrumentos confiables para estudiar este problema en los países asiáticos (Davis, Kum, Tang, Fiona-Chan, & Noel, 1999). No hay que olvidar que las medidas que se utilizan para estudiar determinado fenómeno podría no estar midiendo las mismas cosas. Por ejemplo, si hablamos de SIDA, la definición de "acto sexual" podrían tener distintos significados en distintos contextos. Incluso las campañas nacionales para la prevención del VIH/SIDA en los países emergentes se iniciaron sin conocer realmente los comportamientos sexuales y de riesgo en estos países (Spira, Bajos, Giami, & Michaels, 1998).

La ciencia en América Latina no es una prioridad para los gobiernos ni forma parte significativa de las agendas o programas gubernamentales a nivel nacional. El presupuesto dedicado a este renglón es muy bajo y los pocos fondos que se otorgan son por parte del sector público (80%) ya que el sector privado está poco involucrado (Vessuri, 1999). La investigación en los países menos industrializados se debe a factores que tiene que ver con la falta de recursos, bajos presupuestos y menos probabilidad de colaborar con otros colegas que tienen más prestigio (Stankus, 1996).

Las críticas hacia el desarrollo científico sólo de norte a sur habían sido lanzadas por científicos de otras disciplinas que no son la psicología. Tradicionalmente, la sociología y otras disciplinas sociales estaban más alertas al peligro que encierra una ciencia con un tinte hemisférico nórdico. En fechas más recientes, psicólogos como Ribes (1998) hacen un llamado a los científicos anglos a reconocer las contribuciones conceptuales y empíricas emanadas de otros países y culturas. "La ciencia es similar a la filogenia de las especies: la variabilidad es necesaria para evitar aberraciones genéticas y asegurar una descendencia vigorosa. Ninguna disciplina puede sobrevivir cuando sus publicaciones funcionan bajo la regla de citarse a sí mismo y bajo temas de moda donde las nuevas ideas son rechazadas, resistidas o ignoradas porque los miembros de esa comunidad científica no están familiarizados con ellas; o bien porque los antecedentes y los supuestos teóricos han sido elaborados y publicados en un lenguaje que no es el inglés" (Ribes, 1998, p.3).

A pesar de que hay un vacío de investigación sobre

los problemas de salud que afectan al mundo menos industrializado, sólo un 10% de los 50 a 60 mil millones de dólares que se gastan en el mundo anualmente en investigación se dedican a problemas que afectan al 90% del mundo (Global Forum for Health, 1999). De este modo la agenda sobre qué problemas de salud son importantes de investigar, prevenir y tratar son impuestos desde afuera sin tomar en cuenta la realidad y necesidades de los países menos industrializados. Es claro que los del norte ejercen su hegemonía a través de sus recursos financieros, revistas, libros, congresos e índices de impacto (Seglen, 1997). Así, los pocos estudios que podrían llamar la atención sobre los problemas de la salud de los países menos industrializados son ignorados.

Globalización de la información: Internet

La globalización de la información es uno de los desarrollos tecnológicos más importantes del siglo. El Internet está contribuyendo a construir una villa global donde nos enteramos de lo que ocurre en cualquier parte del mundo en cuestión de segundos. Está tecnología se ha extendido rápidamente y se estima que hasta agosto del 2001 había unos 513.41 millones de usuarios en el mundo (NUA, 2001). Hay evidencia de que el Internet se está expandiendo por América Latina a pesar de los pocos recursos disponibles en estos países (Petrazzini & Kibati, 1999).

La comunicación y difusión de conocimiento científico en general, se ha facilitado mucho por medio del Internet (Yach & Bettcher, 1998b). La tecnología del Internet facilita la creación de redes de información, monitores de salud, educación a distancia y el acercamiento virtual entre los proveedores de servicios y expertos (Eysenbach & Diepgen, 1999). El Internet puede ayudarnos escribir propuestas para obtener fondos, recopilar y analizar datos, preparar manuscritos y distribuirlos o publicarlos a un costo relativamente bajo (Laporte, 1999; Studt, 1998). El uso del correo electrónico, listas de correo, los llamados «chat,” y el “World Wide Web” son herramientas tecnológicas que ofrece el Internet para facilitar la labor del psicólogo Internet (Preciado, 1999). Sin duda, el entrenamiento, la práctica y la investigación en la psicología se potenciará con el Internet. Esto puede ser ventajoso para los investigadores de América Latina que de otra forma no tendrían acceso a esta información (Riley & Veale, 1999).

Problemas globales de salud

Según los últimos datos que publican la Organización Mundial de la Salud (OMS), los principales problemas de salud que aquejan al mundo son las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, las infec-

ciones respiratorias agudas, el SIDA, y las pulmonares obstructivas crónicas.

Los indicadores de salud muestran que existen diferencias entre países y que la distribución de la riqueza influye en un deterioro de la salud. La pobreza es un factor que se puede medir como una dosis: entre más pobreza, más problemas de salud (Foege, 1998). Se calcula que hay 1.3 mil millones de personas que viven en extrema pobreza con menos de un dólar americano por día para cubrir todas sus necesidades (Global Forum for Health, 1999). Está disparidad en la distribución de la riqueza no sólo se da entre países sino también dentro de los mismos. Y esto es lo que probablemente haya provocado la caída en los niveles de salud a nivel mundial (Navarro, 1998).

Ahora bien, los efectos de la pobreza los podemos constatar si comparamos las diferentes causas de mortalidad entre el 20% de los países más ricos y el 20% de los más pobres del mundo. La diferencia en la distribución de las enfermedades es abismal. Las transmisibles son responsables por el 58.6% mientras que los países más ricos sólo dan cuenta de un 7.7%. El reverso ocurre con las no transmisibles, que en los países ricos llegan a un 85% y en los pobres a sólo un 32%.

Impacto de enfermedades no transmisibles

El envejecimiento de la población y quizás de una manera más poderosa el aumento del tabaquismo, ha producido que las enfermedades no transmisibles sobrepasen a las enfermedades infecciosas en algunos países menos industrializados (Taylor, 1999). El impacto de la mortalidad no da cuenta de las consecuencias que por ejemplo trae la discapacidad y los años perdidos por muerte prematura. Hay diversas fórmulas para medir este impacto y una de las más prometedoras es la que usa la OMS, o sea los AVAD (es decir, los años perdidos por muerte prematura y discapacidad). Usando los AVAD podemos darnos cuenta de la carga de morbilidad de las diversas enfermedades. En términos globales, la carga de morbilidad de las no infecciosas pasarán de un 55% en 1990 a un 73% en el 2020 según cálculos de la OMS (WHO, 1999).

Cuando tomamos en cuenta el tiempo que vive la persona con discapacidad, los trastornos neuropsiquiátricos se convierten en una de las principales causas de carga excesiva de morbilidad. La depresión fue la causa principal de morbilidad en el mundo en 1990. La razón es que antes no se tomaba en cuenta la carga de morbilidad, es decir no había un indicador que diera cuenta del tiempo que pasaba la persona con discapacidad cuando estaba deprimida, y por ende la mortalidad por esta causa era insignificante.

En los últimos años ha habido un aumento de los traumatismos intencionales y los no intencionales. Los traumatismos son las principales causas de discapacidad entre los hombres en países industrializados y la cuarta causa en los países menos industrializados (WHO, 1999).

El tabaquismo merece especial atención dentro de las no transmisibles. En la globalización los negocios y los capitales se mueven a los países que más les convengan. De esta forma se está haciendo más común el consumo del tabaco en los países con menos recursos, ya que las compañías de tabaco norteamericanas han logrado mover sus negocios a estos países y promover el uso de estas sustancias confrontando poca resistencia de los gobiernos y consumidores de esos países (Satcher, 1999). Pero aun así, se estima que el tabaquismo está aumentando en los países menos industrializados mientras que en los industrializados está disminuyendo. Se estima que 1,150 millones de personas fuman un promedio de 14 millones de cigarrillos al día y como consecuencia mueren diariamente casi 4 millones de personas (WHO, 1999).

Enfermedades transmisibles emergentes y factores que hacen factible su aparición

A pesar de que las enfermedades infecciosas serán superadas por las no transmisibles y los traumatismos, hay un peligro latente de aparición de las mismas por todo el mundo. Las llamadas enfermedades transmisibles emergentes, constituyen aquellas enfermedades ya conocidas que han vuelto a recurrir en forma dramática (por ejemplo, TB) y nuevas (por ejemplo, VIH/SIDA) que son consideradas como un peligro para la salud de todos, incluso para la de los países en que se creían conquistadas. En Estados Unidos, hace 30 años la autoridad gubernamental máxima en salud pública declaró que las enfermedades infecciosas habían sido conquistadas (Fiedler, 1997). Hoy en día, en USA, la enfermedad infecciosa VIH/SIDA sigue siendo un problema de salud serio.

Factores que contribuyeron a la propagación de enfermedades infecciosas emergentes

Los microbios fueron subestimados y no se entendió que éstos podrían adaptarse y hacerse resistentes a las drogas antimicrobiales (Howson, Fineberg, & Bloom, 1998). La resistencia a los antibióticos es un serio peligro ya que perdemos la efectividad para tratar enfermedades que antes eran curables (Fiedler, 1997). El contacto con microorganismos transmitidos por personas de distintas partes del mundo ayuda a que estas poblaciones desarrollen inmunidad. Así, la

globalización podría ayudar a reducir el riesgo de epidemia de algunas enfermedades al exponerlos a microorganismos. Por otro lado, la globalización puede exponer a una población determinada a enfermedades para las cuales no tiene defensas. Si tomamos en cuenta la interdependencia global de transporte y mercancías, entonces no es difícil imaginar un alto número de contactos con diversos microorganismos. Uno de estos contactos podría tener efectos devastadores y su efecto podría causar que los afectados no logren desarrollar inmunidad (Pirages, 1997).

Influencia de factores fuera del control de la industria de la salud

Hay factores fuera de nuestro control que ejercen una influencia mucho mayor que la psicología o medicina en los niveles de salud. En países donde existe una gran desigualdad de la riqueza, tanto pobres como ricos se ven afectados por la baja calidad de las instituciones gubernamentales y sus servicios, la calidad del aire que respiran todos, los altos índices de criminalidad, y los accidentes (McMichael et al., 1999).

Los países más pobres, donde se concentran la mayor parte de las enfermedades, son los que menos recursos tienen para invertir en el sector salud. Se calcula que se gastan 2,3 trillones de dólares en la llamada industria de la salud en el mundo. En los países de altos ingresos, que constituyen un 16% de la población mundial, se gastan dos trillones de dólares, lo cual equivale a un 89% de los gastos totales en salud; mientras que el 84 % de los pobladores de este planeta apenas gastan un 11% de esa suma (Schieber & Maeda, 1999).

La urbanización es un factor que influye negativamente en la salud. Se calcula que más de mil millones de personas pobres viven en mega-ciudades y no tiene acceso sanitarios, agua potable, vivienda drenajes y respiran aire contaminado (Global Forum for Health, 1999; WHO, 1999). Este tipo de ambientes crea un sitio ideal para la propagación de patógenos y riesgo de enfermedades.

La destrucción de la selvas ha dejado escapar microorganismos con los cuales los humanos tenemos poca experiencia y que van a causar enfermedades en poblaciones susceptibles en cualquier rincón del planeta (Pirages, 1997). La destrucción de los sistemas biofísicos va tener profundas consecuencias a nivel de la salud general. (McMichael, et al, 1999). Los cambios climáticos, especialmente el aumento de temperatura a nivel global, podría hacer que enfermedades como la malaria y el dengue empiecen a presentarse en regiones donde antes su aparición no se consideraba factible por tener un clima menos cálido (Jamieson, 1997).

Transición y doble dosis de transmisibles y no transmisibles

Tanto en los países industrializados como en los no industrializados, las enfermedades no transmisibles van aumentando como consecuencia del envejecimiento de la población (McQueen, 1999). Asimismo, se espera que cierta carga de morbilidad vendrá de las enfermedades infecciosas que no van a desaparecer en los países menos industrializados (Srinath Reddy, 1999). Se sospecha que las medidas que se espera controlen las infecciosas no vayan a tener el efecto deseado debido a las llamadas enfermedades infecciosas emergentes. Se estima que hay un aumento a nivel mundial de los comportamientos sexuales con múltiples parejas. Lo cual explicaría en parte el incremento de casos en VIH/SIDA en muchos países. Asimismo, el aumento del uso de drogas ilícitas es considerado una epidemia mundial. La facilidad para comprarlas y exportarlas desde cualquier país ha facilitado la aparición de estos comportamientos de riesgo. De esta manera la carga de morbilidad que sufren los países menos industrializados debido a las transmisibles y las no-transmisibles se multiplicará y será muy costoso combatirlas.

Reflexiones

Hoy en día, los problemas de salud requieren de intervenciones globales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado intervenir a nivel de factores de riesgo enfatizando la prevención (WHO, 1999). En 1990, la OMS hizo un estudio que encontró que los factores que más influyen en las principales causas de mortalidad a nivel global son el tabaquismo, la hipertensión, la actividad sexual riesgosa y el abuso del alcohol. La inactividad y la obesidad son factores adicionales que empiezan a aumentar alrededor del mundo, incluyendo a los países menos industrializados. Además, si vemos los problemas de salud desde el punto de vista del tiempo que vive la persona con discapacidad, los trastornos neuropsiquiátricos se transforman en una de las principales causas de carga excesiva de morbilidad. Como hemos visto, fue la depresión la causa principal de morbilidad en el mundo en 1999.

Todos estos son factores de riesgo que tienen que ver con el comportamiento y estilos de vida, los cuales son susceptibles de ser modificados por la psicología conductual. Contrario a las intervenciones médicas de alta tecnología y costo, las conductuales son mucho más asequibles, lo que las hace relevantes para los países del sur y, además, tiene un impacto ambiental mínimo. Existe evidencia de que las intervenciones de la psicología conductual son efectivas para reducir o eliminar los principales factores de riesgo de salud en el mundo.

El tabaquismo es un problema en los países de

América Latina que requiere de intervenciones a nivel macro-social. Sin embargo, los programas para dejar el tabaco que han resultado efectivos hasta la fecha son los cognitivos conductuales (McMahon & Jason, 2000; Klesges, Haddock, Lando & Talcott, 1999). Las técnicas emanadas de la psicología conductual para dejar de fumar han sido efectivas en distintos contextos culturales y con distintas clases sociales (Becoña & Vázquez, 1998; Sánchez-Meca, Marín-Martínez, Olivares-Rodríguez & Alcázar, 1999).

La hipertensión ocupa un lugar preponderante en la reducción de los problemas cardiovasculares. La intervenciones conductuales han aportado programas que permiten una reducción de la hipertensión en diversas poblaciones (Patten & Martin, 1996; Tzourio, Dufouil, Ducimetiere & Alperovitch, 1999). Técnicas como la relajación muscular y el biofeedback han reportado su utilidad en la reducción de la presión alta (Paran, Amir & Yaniv, 1996).

La actividad sexual riesgosa ha sido ampliamente estudiada desde una perspectiva cognitiva conductual y las técnicas y programas de reducción de riesgo han mostrado efectividad como es el caso de los estudios de Kelly y colaboradores (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe, 2000; Kelly, 1995). Las organizaciones de salud más influyentes de Estados Unidos han adoptado modelos cognitivos conductuales para prevenir y reducir el comportamiento sexual riesgoso (CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group, 1999; NIH, 1997).

La reducción del alcoholismo es un problema de salud que requiere de intervenciones multifactoriales (Miller, Meyers, & Hiller-Sturmhofel, 1999). Dentro de un sinnúmero de aproximaciones psicológicas utilizadas, es notable que el modelo cognitivo conductual ha resultado efectivo (Higgins & Petry, 1999; Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999; Longabaugh & Morgenstern, 1999).

Los programas para evitar la inactividad han confiado en estrategias cognitivo conductuales (Cowan, Logue, Milo, Britton & Smucker, 1997; Jeffery, Wing, Thorson, & Burton, 1998). Las técnicas de los psicólogos conductuales han demostrado ser parte de la solución para aumentar los niveles de actividad y ejercicio en distintas poblaciones (Coleman, Paluch, & Epstein, 1997; Epstein, 1992).

La obesidad empieza a verse como un problema para los países de América Latina afectando aun a las clases socioeconómicas bajas (Peña & Bacallao, 2000). Aunque hay una multitud de dietas y tratamientos para este problema, las técnicas cognitivo-conductuales son de las más empleadas para aliviar este problema (Jelalian & Saelens, 1999; Sbrocco, Nedegaard, Stone, & Lewis, 1999).

La depresión como primera causa de morbilidad debido a la pérdida de años de vida por discapacidad,

deberá ser atendida por los psicólogos del mundo. Las técnicas cognitivo conductuales ofrecen una alternativa efectiva a los tratamientos con fármacos (Antonuccio, Thomas, Danton, 1997). Los estudios hasta la fecha indican que las terapias cognitivo conductuales son el mejor tratamiento al menor costo (Giovanni, Fava, Grandi, Zielezny, Rafanelli, & Canestrari, 1996; Peterson & Halstead, 1998).

Aún cuando contemos con la mejores técnicas emanadas de la psicología conductual, quizás no logremos mejorar la salud significativamente a menos que resolvamos de alguna medida la desigualdad de la riqueza. La falta de ingresos económicos hace que los habitantes de estos países no se puedan beneficiar de las medidas de prevención y estrategias emanadas de la psicología conductual (Jamieson, 1997). Asimismo, los organismos internacionales como la OMS deberán resolver las inconsistencia en las políticas de salud de los países más industrializados que reclaman la quema de plantíos de coca en Bolivia y Colombia mientras que USA exporta la industria del tabaco (Yach & Bettcher, 1998b).

Los psicólogos latinoamericanos pueden contribuir no sólo a resolver los problemas de salud de su comunidad sino también al desarrollo de la ciencia. A pesar de que las técnicas y modelos más usados de Psicología en general y de la conductual mencionadas antes fueron desarrollados en Estados Unidos y Europa del norte, hay evidencia de que estos modelos son efectivos en otros contextos culturales. Por ejemplo, en España se ha hecho investigación de psicología conductual y muestra su efectividad en ese contexto cultural. Este tipo de investigaciones contribuye a aumentar la validez externa de los estudios desarrollados en los países nórdicos. (Spira, Bajos, Giami, & Michaels, 1998). La globalización demanda la necesidad de cuestionar y/o comprobar la validez ecológica de los estudios y modelos exportados a nuestros países. Por ejemplo, ¿son estas técnicas y modelos aplicados en su misma forma original? ¿Qué aspectos son modificados? ¿Cuáles son los resultados comparados con los que se obtuvieron en la población para la que fueron diseñados?. Aquí los países del sur deberán de llevar el liderazgo en este tipo de investigaciones. Si queremos progresar en nuestros países, debemos promover la ciencia propia y no estar esperanzados en comprar ciencia y tecnología del norte (Sardar, 1999).

Es necesario que los estudios de psicología que se hacen en los países del sur, particularmente en América Latina, sean tomados en cuenta en la acumulación del conocimiento científico de esta disciplina. Nuestros estudios no pueden ser descartados por publicarse en castellano, ni poner en tela de juicio su calidad por su origen geográfico. No debemos permitir que nos ignoren, aunque sí aceptar críticas que nos lleven a un mejoramiento de calidad de la investigación.

Para dar a conocer los estudios que se hacen en América Latina debemos de dejar de comunicarnos como lo hacíamos hace 150 años con revistas impresas. El Internet nos facilita el acceso a comunicaciones científicas para así revertir el flujo de información de norte a sur. El Internet fortalece la colaboración entre científicos del mundo, ya que nuestras oficinas están virtualmente al otro lado de la pantalla.

Como hemos visto, los problemas de la salud son globales y no es ventajoso para los países industrializados ignorarlos. Los países nórdicos y las agencias internacionales más respetadas han reconocido la necesidad de que la salud sea una responsabilidad global. Sin embargo, casi todos los recursos se dedican a estudiar y aliviar los problemas que aquejan a los países industrializados. Esto no es sorprendente cuando vemos las causas de este desequilibrio. Los países industrializados son los que detentan el poder económico, destina el dinero y dan el pronunciamiento final sobre si un determinado estudio se publica en revistas prestigiosas o no (Seglen, 1997). Aún en los casos en los que se hace investigación en algunos países del sur, los científicos de los países industrializados ignoran estos trabajos sistemáticamente a través de los centros de poder académico, como sería el Índice de Citas de las Ciencias (conocido como el SCI, por sus iniciales en inglés) en Filadelfia, USA (Reedik, 1998).

Como hemos visto, la psicología conductual posee las técnicas y programas más prometedores para resolver los problemas de salud globales. Lo poca atención por parte de los investigadores del norte hacia los problemas del sur no sólo afecta la solución de los problemas globales de salud sino que no permite un avance de la ciencia en general y de la psicología en particular. Somos los psicólogos latinoamericanos quienes debemos resolver los problemas de salud con el armamento más efectivo que tenemos emanado de la psicología conductual y revertir esta tendencia produciendo ciencia local y dando a conocer los resultados utilizando el Internet.

REFERENCIAS

- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychological Reports*, 82, 999-1005.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., McAuliffe, & Timothy, L. (2000). Patterns,

- correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. Health Psychology, 19, 124-133.
- CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group (1999). The CDC AIDS Community Demonstration Projects: A multi-site community-level intervention to promote HIV risk reduction. American Journal of Public Health, 89, 336-345.
- Coleman, K. J., Paluch, R. A., & Epstein, L. H. (1997). A method for the delivery of reinforcement during exercise. Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 29, 286-290.
- Cowan, R., Logue, E., Milo, L., Britton, P. J., & Smucker, W. (1997). Exercise, stage of change and self-efficacy in primary care: Implications for intervention. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 4, 295-311.
- Davis, C., Kum Tang, C. S., Fiona-Chan, S. F., & Noel, B. (1999) The development and validation of the International AIDS Questionnaire-Chinese Version (IAQ-C). Educational and Psychological Measurement, 59, 481-491.
- Epstein, L. H. (1992). Exercise and obesity in children. Journal of Applied Sport Psychology, 4, 120-133.
- Eysenbach, G., & Diepgen, T. L. (1999). Patients looking for information on the Internet and seeking teledvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. Archives of Dermatology, 135, 151-15.
- Fiedler, D. P. (1997). The globalization of public health: Emerging Infectious Diseases and International Relations. Indiana Journal of Global Legal Studies, 5, 11-52.
- Foege, W. H. (1998). Global Public Health: Targeting Inequities. The Journal of the American Medical Association, 279, 1931-1932.
- Giovanni, A., Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C., & Canestrari, R. (1996). Four-year outcome for cognitive behavior treatment of residual symptoms in major depression. American Journal of Psychiatry, 153, 945-948.
- Global Forum for Health (1999). The 10/90 report on health research. [En línea] <<http://www.globalforumhealth.ch/report.htm>> [2000, marzo 12].
- Higgins, S. T., & Petry, N. (1999). Contingency management: incentives for sobriety. Alcohol Research and Health, 23, 122-7.
- Howson, C. P., Fineberg, H. V., & Bloom, B. R. (1998). The pursuit of global health: the relevance of engagement for developed countries. The Lancet, 351, 586-591.
- Jamieson, D. (1997). Global responsibilities: Ethics, public Health, and global environmental health. Indiana Journal of Global Legal Studies, 5, 99-120.
- Jeffery, R. W., Wing, R. R., Thorson, C., & Burton, L. R. (1998). Use of personal trainers and financial incentives to increase exercise in a behavioral weight-loss program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 777-783.
- Jelalian, E., & Saelens, B. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Pediatric obesity. Journal of Pediatric Psychology, 24, 223-248.
- Kelly, J. A. (1995). Changing HIV Risk Behavior: Practical strategies. New York: Guilford.
- Klesges, R. C., Haddock, C. K., Lando, H., & Talcott, G. W. (1999). Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 952-958.
- Laporte, R. A. (1999). Scientific publication evolution to the internet. [En línea]. <<http://www.pitt.edu/~%7Esuper1/lecture/lec0371/index.htm>> [2000, abril 6].
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Research and Health, 23, 151-60.
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Alcohol Research and Health, 23, 78-85.
- McMahon, S. D., & Jason, L. A., (2000). Social support in a worksite smoking intervention: A test of theoretical models. Behavior-Modification, 24, 184-201.
- McMichael, A. J., Bolin, B., Costanza, R., Gretchen C. D., Folke, C., Lindgren, E., & Lindahl-Kiessling, K. (1999). Globalization and the Sustainability of Human Health. Bioscience, 49, 205-210.
- McQueen, D. V. (1999). A world behaving badly: The global challenge for behavioral surveillance. American Journal of Public Health, 89, 1312.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community-reinforcement approach. Alcohol Research and Health, 23, 116-21.
- Navarro, V. (1998). Commentary: whose globalization. American Journal of Public Health, 88, 742-743.
- NIH (1997). Interventions to prevent HIV risk behaviors. NIH Consensus Statement. [En línea]. <http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/104/104_intro.htm>
- NUA (2001). How many online? [En línea]. <http://www.nua.com/surveys/how_many_online/index.html> [2001, octubre 18].
- Paran, E., Amir, M., & Yaniv, N. (1996). Evaluating the response of mild hypertensives to biofeedback-assisted relaxation using a mental stress test. Journal of Behavior Therapy and Experimental

- Psychiatry*, 27, 157-167.
- Patten, C. A., & Martin, J. E. (1996). Exercise interventions for older adults with high blood pressure: From efficacy to adherence. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 13, 111-142.
- Peña, M. & Bacallao, J. (2000). *Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge*. PAHO Scientific Publication, N° 576. Geneva Switzerland: World Health Organization.
- Peterson, A. L., & Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29, 3-18.
- Petrazzini, B., & Kibati, H. (1999). The Internet in developing countries. *Communications of the ACM*, 42, 31.
- Pirages, D. (1997). Ecological Theory and International Relations, *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 5, 53-64.
- Preciado, J. (1999). Aplicaciones de Internet a la Psicología de la Salud. *Revista Suma Psicológica*, 6, 241-255.
- Reedijk, J. (1998). Sense and nonsense of science citation analyses: comments on the monopoly position of ISI and citation inaccuracies. Risks of possible misuse and biased citation and impact data. *New Journal of Chemistry*, 22, 767-770.
- Ribes, E. (1998, Mayo). Behavior Analysis: Beyond Localisms and Fashions. Trabajo presentado en la 24rd Annual Convention of the Association for Behavior Analysis, Orlando, FL, May 22-26, 1998. [En línea]. <<http://udgserv.cencar.udg.mx/~ceip/>> [2000, mayo 11].
- Riley, S., & Veale, D. (1999).. The Internet and its relevance to cognitive behavioural psychotherapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 37-46.
- Roemer, M. (1998). Comentario: The globalization of public health. *American Journal of Public Health*, 88, 744.
- Sánchez Meca, J., Marín Martínez, F., Olivares Rodríguez, J., & Alcázar, A. I. R. (1999). Variables influyentes en el tratamiento de la adicción al tabaco. Un estudio de las tasas de abstinencia en España. *Psicología Conductual*, 7, 301-321.
- Sardar, Z. (1999). A culture of change. (The Back Half)(science outlook in the developing countries). *New Statesman*, 128, 48-49.
- Satcher, D. (1999). Global Health at the Crossroads: Surgeon General's Report on the 50th World Health Assembly. (Commentary) *Journal of the American Medical Association*, 281, 942.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M., & Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 260-266.
- Schieber, G., & Maeda, A. (1999). Health care financing among delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18, 193-205.
- Seglen, O. P. (1997). Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *British Medical Journal*, 314, 498-503.
- Spira, A., Bajos, N., Giami, L., & Michaels, S. (1998) Editorial: Cross-national comparisons of sexual behavior surveys. Methodological difficulties and lessons for prevention. *American Public Health Association*, 88, 730-731.
- Srinath Reddy, K (1999). The burden of disease among the global poor. *The Lancet*, 354, 1477.
- Stankus, T. (1996). Avoiding a rush to a verdict of guilty: the treatment of Third World science by First World publishers and librarians . *Research Quarterly*, 35, 467-475.
- Studt, T. (1998). How Researchers Use the Internet. *Research & Development*, 40, 20.
- Tan Torres, E. T. (1999). North-South research partnerships: The ethics of carrying out research in developing countries. *British Medical Journal*, 319, 438-441.
- Taylor, A. L. (1999). Globalization and Biotechnology: UNESCO and an international strategy to advance human rights and public health. *American Journal of Law & Medicine*, 25, 479-542.
- Tzourio, C., Dufouil, C., Ducimetiere, P., & Alperovitch, A. (1999). Cognitive decline in individuals with high blood pressure: A longitudinal study in the elderly. *Neurology*, 53, 1948-1952.
- World Health Organization (1998). Globalization and public health: a new challenge for WHO? World Health Organization could play role in transnational policy. *World Health*, 51, 24. 1-10.
- World Health Organization (1999). World Health Organization Report on Infectious Diseases: Removing Obstacles to Healthy Development. Geneva, Switzerland: World Health organization.
- Yach, D, & Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88, 735-738.
- Yach D, & Bettcher D. (1998b). The globalization of public health, II: the convergence of self interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88, 738-741.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA DIRIGIDO A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Julio Alfonso Piña López¹
 Carlos Togawa
 Margarita Coronado Monroy
 Luis Enrique Fierros Dávila

RESUMEN

Se reportan datos de un programa de intervención médico-psicológica dirigido a 49 personas que viven con VIH/SIDA, las que son atendidas en el Centro de Información para la Salud, en la cd. de Hermosillo, Sonora, al noroeste de México. De dicho programa se analizaron diversas variables demográficas, médicas, psicológicas y sociales; los hallazgos muestran que existe una importante correlación entre los efectos favorables que produce la intervención psicológica – especialmente en una de sus tres modalidades, la llamada terapia en crisis y las prácticas de adherencia respectivas – tanto sobre la adherencia al tratamiento médico como sobre la pertenencia y participación en grupos de autoayuda, en la forma de redes de apoyo social. Destaca, asimismo, el importante papel que juega en el proceso de intervención el pertenecer a un tipo de familia funcional, como una instancia mediadora de los comportamientos ajustivos al problema. Se sugieren una serie de criterios para mejorar la calidad de los programas de intervención que se ofrecen a las personas que viven con VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH/SIDA, Intervención Psicológica, Adherencia, Tratamiento Médico, Redes de Apoyo Social, Familia funcional.

ABSTRACT

Data of a program of medical-psychological intervention directed to 49 people who live with VIH/SIDA are reported, same that are taken care of in the Centro de Información para la Salud, in the city of Hermosillo, Sonora, to the northwest of Mexico. Of this program diverse variables demographic, medical, psychological and social were analyzed; the findings show that an important correlation between the favorable effects that as much produces the psychological intervention -specially in one of its three modalities, the call therapy in crisis and the respective practices of adhesion- on the adhesion to the medical processing like on the property and participation in self-help groups, in the form of networks of social support exists. It emphasizes, also, the important paper that plays in the process of intervention belonging to a type of functional family, like a mediating instance of the suitable behaviors to the problem. A series of criteria is suggested to improve the quality of the intervention programs that are offered to the people

who live with HIV/AIDS.

Key words: VIH/SIDA, psychological intervention, adhesion, medical processing, networks of social support, functional family.

En el año de 1987 se aprobó, en el marco de la 40^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, la resolución WHA40.26 que respaldaba la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA auspiciada por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, se acordó el establecimiento del Programa Especial sobre SIDA - que un año más tarde cambiaría su nombre por Programa Mundial sobre SIDA - como un medio para justamente poner en marcha dicha estrategia (OMS, 1988).

Como parte del citado Programa originalmente se plantearon tres objetivos, uno de los cuales tiene, para los propósitos de este trabajo, singular importancia: el de asistir a las personas que viven con el VIH y el SIDA. El compromiso consistió, pues, en asistir a esas personas a efecto de brindarles los apoyos médico y psicológico pertinentes, buscando no

¹ Correspondencia: Centro de Información para la Salud. Gándara esquina con Michoacán, col. Olivares. Hermosillo, Sonora, c.p. 83180 (México). Correo electrónico: jpina@kunkaak.psicom.uson.mx

tan sólo incrementar al máximo posible el tiempo de sobrevida, sino sobre todo, mejorar su calidad de vida.

Hablar de apoyos médico y psicológico para las personas afectadas por el VIH y el SIDA supone, fundamentalmente, poder concretar acciones vinculadas con el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención terapéutica tendientes a: a) reducir los efectos negativos que se asocian tanto a la condición de seropositividad al VIH como a la de enfermo de SIDA (Laraque, Greene, Triano-Davis, Altman y Lin-Greenberg, 1996; Gallant, 2000); b) promover estilos de comportamientos que aseguren el cumplimiento de las prescripciones o indicaciones brindadas por ambos profesionales (Ironson, Friedman, Klimas, Antoni, Fletcher, LaPerriere, Simoneay y Schneiderman, 1994; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000) y c) entrenar en habilidades cognoscitivo-conductuales que les permitan mejorar su propia condición psicológica y que coadyuven a evitar el ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo (Vanable, Ostrow, Mc Kirnan, Taywaditep y Hope, 2000), pero especialmente a evitar entrar en contacto con eventos o situaciones potenciadores tanto de estados depresivos como de estrés, por los efectos particulares que ambos se ha demostrado tienen sobre el funcionamiento del sistema inmunológico (O'Leary, 1990; Evans, Folds, Petitto, Golden, Pederson y Corrigan, 1992; Maier, Watkins y Fleshner, 1994; Markowitz, Kocsis, Fishman, Spielman, Jacobsberg, Frances, Klerman y Perry, 1998).

Ciertamente, conseguir esos objetivos comporta una diversidad de retos que tienen que ver, por ejemplo, con que se cuente con personal especializado altamente calificado para instrumentar los programas, que se disponga de instituciones de salud que brinden servicios de calidad en los niveles ambulatorio y hospitalario y que, por último, éstos sean accesibles, particularmente en lo relativo a los medicamentos que son necesarios consumir en razón de la enfermedad y de la realización de los exámenes y las pruebas clínicas y de laboratorio que se requieren para evaluar el curso de la enfermedad.

Y, si bien es cierto en la actualidad ya se dispone de medicamentos que han demostrado su efectividad para incrementar el tiempo de sobrevida de las personas afectadas por el VIH-SIDA (Barry, Mulcahy y Back, 1998; Bartlett y Moore, 1998), también lo es que su costo resulta ser muy elevado, y en ocasiones, no obstante se tiene acceso a ellos, como se ha sugerido recientemente, las personas no siempre suelen cumplir al cien por ciento con las indicaciones sobre su consumo, de acuerdo con las dosis, frecuencia y tiempos especificados por los especialistas médicos (Snigh, Squier, Sivek, Wagener, Hong-Nguyen y Yu,

1996; Weidle, Ganera, Irwin, Mc Gowan, Ernst, Olivo y Holmberg, 1999).

Lo anterior supone que en todos los casos los programas de intervención tengan que ser diseñados, instrumentados y evaluados permanentemente por los profesionales de la medicina y la psicología. En efecto, no se trata únicamente de prescribir u ofrecer indicaciones médicas que sin duda son importantes para controlar el curso de la enfermedad, e incrementar y mejorar, respectivamente, el tiempo y calidad de vida de las personas que viven con el VIH o el SIDA, sino también se trata de identificar cómo es que las variables psicológicas y/o sociales participan decisivamente en el curso de la infección o de la enfermedad, llegando incluso a facilitar o no que tales prescripciones se cumplan cabalmente, tal y como se ha venido señalando recientemente.

Por ejemplo, en una investigación conducida en los Estados Unidos de Norteamérica por Burack, Barrett, Stall, Chesney, Eckstrand y Coates (1993), en la que se consideró a 330 hombres con preferencias homo y bisexuales, todos seropositivos, se encontró que en la medida en que las personas experimentaban depresión general o depresión afectiva, se presentaba una marcada reducción en las cuentas de las células CD4, si bien se añade que esos resultados podrían ser oscurecidos por ciertas prácticas como el consumo de alcohol o drogas, que se sabe tienen efectos inmunosupresores.

Asimismo, Pakenham, Dadds y Terry (1994), en un trabajo conducido con 96 personas infectadas con VIH, todos hombres con preferencias homosexuales, así como con 33 personas seronegativas al VIH -como grupo de comparación-, se observó que las estrategias de afrontamiento utilizadas y el impacto de las redes de apoyo social no desempeñaban un papel importante en la condición de las personas, independientemente de si eran portadores o no del VIH. Sin embargo, se encontró que en el primero de los grupos las estrategias de afrontamiento sí se encontraban directamente relacionadas con las redes de apoyo social, en el sentido de que en tanto existía buen ajuste psicológico, éste correlacionaba positivamente con el papel de ambas variables para hacer frente al problema de modo efectivo.

En otro trabajo (ver Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998), que contempló una muestra de 40 sujetos, todos del sexo masculino, se reporta que cuando los sujetos utilizaban procesos cognoscitivos facilitadores del significado positivo que tenía el fallecimiento previo de sus parejas, no mostraban una reducción en las cuentas de las células CD4, a diferencia de quienes recurrían o hacían uso de procesos cognoscitivos pero que no encontraban un significado positivo de esas muertes.

De igual forma, en sendos estudios, que centraron

su atención sobre la relación del estrés y la progresión clínica de la enfermedad se han obtenido hallazgos similares. En el primero de ellos, realizado por Evans, Leserman, Perkins, Stern, Murphy, Zheng y Gettes (1997), en el que se escogió una muestra de 93 sujetos y que al inicio del estudio no presentaban sintomatología alguna, luego de 42 meses se observó que las personas que habían experimentado estados de estrés fuertes a lo largo de los últimos 6 meses evidenciaron riesgos mayores de progresión clínica, en casi el doble que los sujetos que no reportaron experimentar dichos estados de estrés.

El segundo de los estudios, conducido por Lesermanm Petitto, Golden, Gaynes, Gu, Perkins, Silva, et al. (2000), en el cual participaron 82 hombres con preferencias homosexuales, trató de establecer un conjunto de correlaciones entre eventos estresantes, estados depresivos, uso de redes de apoyo social y de estrategias de afrontamiento, todos respecto de la progresión clínica de seropositividad a caso de SIDA como tal. Se señala que la progresión rápida a caso de SIDA se encontró en aquellas personas que, por un lado, experimentaban estados de estrés frecuentes, y por el otro, que recurrían al uso de estrategias de afrontamiento de negación de la enfermedad, principalmente.

Considerando la importancia que las estrategias de intervención médica y psicológica tienen para el control del curso de la infección por VIH a SIDA, se planteó la presente investigación, cuyos objetivos fueron los siguientes:

- a) Identificar la relación y el tipo de efectos que la intervención psicológica produce sobre la intervención médica, especialmente en lo tocante a las prácticas de adherencia al tratamiento médico;
- b) Evaluar el impacto de las intervenciones médica y psicológica sobre el ejercicio instrumental de comportamientos definidos como de riesgo, con objeto de eliminarlos y facilitar la práctica de comportamientos saludables, y
- c) Identificar si existía una correlación positiva entre las intervenciones médica y psicológica respecto del uso o no de redes de apoyo social por parte de las personas que viven con el VIH y el SIDA.

MÉTODO

Sujetos

En el presente estudio, de corte transversal en sus modalidades descriptivo y correlacional, participaron 49 personas, todas con diagnóstico de seropositividad al VIH o de SIDA como tal, cuyas edades al momento de los diagnósticos fluctuaban entre los 17 y 47 años, con una media de 31.4 años y una desviación estándar (DS) de 8.27. Todas las personas asistían y formaban

parte de los programas de intervención médico-psicológica con los que se cuenta en el Centro de Información para la Salud (CISAL), institución que orienta sus actividades hacia el control y prevención del VIH/SIDA en el estado de Sonora, localizado geográficamente en el noroeste de México.

Materiales

Se utilizaron, en primer término, los expedientes clínicos de cada una de las personas, de los cuales se extrajeron un conjunto de variables sociodemográficas que incluían: sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Posteriormente se prepararon, por parte de cada uno de los profesionales de la salud involucrados en el programa, diversas categorías de análisis, las cuales contemplaban, desde el punto de vista médico: a) la edad que se tenía al momento del diagnóstico de seropositividad; b) el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico hasta la manifestación clínica de los primeros síntomas o la definición de caso de SIDA; c) los estudios realizados - concretamente los relacionados con las cuentas de las células CD4 y cargas virales -, y d) el tipo de tratamiento médico indicado, fuera terapia doble o triple.

Por parte del profesional de la psicología las categorías utilizadas incluyeron: a) los tipos de intervención recibida por cada uno de los sujetos, que se subdividieron en tres tipos: terapia en crisis, terapia cognoscitivo-conductual y terapia de apoyo extraordinario; b) asimismo, se especificaron criterios para evaluar la adherencia a las terapéuticas recibidas a partir de registros conductuales que indicaran asistencia y cumplimiento de actividades concretas especificadas puntualmente para cada una de las personas; c) la presencia o no de redes de apoyo social, y d) las características de la familia de la cual provenían las personas, en el sentido de si eran funcionales o no.

Procedimiento

Una vez que a las personas se les diagnostica como portadores positivos del VIH o como caso de SIDA como tal, de manera obligatoria son canalizadas al área de psicología, en donde el personal responsable es quien se encarga de diseñar un plan de intervención específico para cada una de las personas, en el que se contempla inicialmente una terapia que hemos denominado de crisis, y posteriormente dos tipos de terapia, cognoscitivo-conductual y de apoyo extraordinario (ésta como una modalidad especial que se utiliza cuando las personas solicitan ayuda para enfrentar su problema en los ámbitos familiar, de trabajo, educativo y social en general).

Ya que las personas han cubierto desde el punto de vista psicológico con ciertos criterios de ajuste al problema, se tiene la participación del profesional de la medicina, quien previo a la realización de las prue-

bas clínicas y de laboratorio que exige el caso y al entrenamiento en habilidades conductuales para el consumo de los medicamentos, diseña un plan de intervención específico para cada persona (sea terapia doble o triple, lo cual depende de su ingreso a un programa de tratamiento apoyado por FUNSIDA, un organismo que apoya a personas que viven con VIH/SIDA a lo largo del país).

Resultados

En primer lugar, de las variables sociodemográficas y de las vinculadas a las prácticas de riesgo por las que originalmente se contagiaron las personas se consideraron los porcentajes de cada una de esas variables. En segundo lugar, los datos del resto de las variables, tanto las que tenían que ver con los programas de intervención médico-psicológica, así como las relacionadas con el papel de las redes de apoyo social y ciertas variables sociodemográficas, se analizaron en el paquete estadístico SPSS, versión 8.0, empleando como índice de correlación el estadístico *rho* de Speaman, aceptándose niveles de significancia de $p < .01$ y $p < .05$.

Con objeto de confirmar los hallazgos, se efectuó una prueba de bondad de ajuste de los datos, utilizando para dicho propósito el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, para identificar el grado de acuerdo entre la distribución de un conjunto de valores muestreados, es decir, las variables observadas, y alguna distribución teórica específica, que en este caso se representó como lo que podría esperarse según la hipótesis nula.

Se observa que de las 49 personas, 32 de ellas (65.3%) corresponden al sexo masculino y el resto al sexo femenino, con una considerable cantidad de personas manteniéndose solteras/os, viviendo casadas/os o en unión libre. Un dato importante es que las 6 mujeres viudas presentan una misma característica: la de haber sido infectadas por su propia pareja, ya fallecida a causa de la enfermedad.

Asimismo, una considerable cantidad de personas que participaron en el estudio son empleados diversos (es decir, personas que trabajan en instituciones de los sectores público o privado), seguidas de personas que se dedican a las labores del hogar, del campo (los conocidos como jornaleros agrícolas, que por lo regular emigran de otros Estados de nuestro país), y en menor cuantía personas que se dedican a actividades por cuenta propia, casos de los comerciantes-vendedores o trabajadores manuales especializados, como carpinteros, pintores y herreros, fundamentalmente.

Respecto de las prácticas de riesgo por las que las personas fueron contagiadas con el VIH, 38 de ellas, equivalente a 79.6%, reportaron comportamientos sexuales de riesgo, si bien hay que hacer notar, como se muestra en la Tabla 1, que en el caso de las mujeres todas fueron contagiadas por su pareja, mientras que una considerable cantidad evidenció preferencias y práctica de comportamientos heterosexuales, homosexuales, con un número menor de bisexuales y usuarios de droga por vía intravenosa.

Tabla N°1

Personas que viven con VIH-SIDA de acuerdo con la práctica de riesgo por la que originalmente fueron contagiadas/os con el virus de la inmunodeficiencia humana

PRÁCTICA DE RIESGO	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
Sexual	38	79.6%
Pareja de seropositivo	14	
Relaciones heterosexuales	9	
Relaciones homosexuales	9	
Relaciones bisexuales	5	
Sexoservidoras	1	
Droga por vía intravenosa	3	6.1%
Se ignora	8	14.3%
Totales	N= 49	100.0%

Por lo que hace a las variables de tipo médico consideras en el estudio, en la Tabla 2 se muestra el estatus actual que presentan cada uno de los 49 sujetos en relación a su condición de seropositivos asintomático y sintomático, así como de personas

cuyo diagnóstico es de SIDA como tal, de acuerdo con la edad que se tenía al momento del diagnóstico respectivo y el tiempo promedio en años que han mantenido una de esas tres condiciones.

Tabla N°2

Características que presenta la infección por VIH o caso declarado de SIDA en el total de las 49 personas participantes en el estudio

CARACTERÍSTICAS	Nº	%	EDAD PROMEDIO	AÑOS PROMEDIO
Personas que se mantienen en calidad de seropositivos asintomáticos	22	44.89%	28.1 años	4.1 años ^a
Personas declaradas con SIDA, a un año o más del diagnóstico de seropositividad	11	22.44%	32.3 años	2.9 años ^{o*}
Personas declaradas con SIDA, en contacto por primera ocasión	16	32.6%	33.1 años*	

^a Se refiere al tiempo promedio en años que han mantenido su condición como seropositivos asintomáticos a partir del diagnóstico.

^o Se refiere al tiempo promedio en años que transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad al VIH hasta ser considerados como casos de SIDA.

* Del total de ambos subgrupos de personas, 11 (42.30%) de ellas se encuentran recibiendo terapia triple, a partir de presentar cuentas de CD4 < 300 y cargas virales superiores a 40,000 copias.

El siguiente paso en la presente investigación consistió, utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 8.0, en extraer un conjunto de correlaciones estadísticas de las principales variables consideradas aquí. Para dicho propósito, en virtud de que los datos fueron recolectados en una escala nominal, se decidió utilizar el estadístico *rho* de Spearman, aceptándose niveles de significancia de $p < .01$ y $p < .05$.

En la Tabla 3 se pueden identificar las principales correlaciones que se obtuvieron, considerando las variables vinculadas a los programas de intervención

médico-psicológica, por un lado, y las vinculadas al papel de los grupos de autoayuda -en la forma de redes de apoyo social- y variables sociodemográficas, como el tipo de familia, básicamente. Para los propósitos de esta investigación se tomaron en cuenta, como parte del programa de intervención psicológica, a dos de las tres modalidades de terapia empleadas, concretamente la terapia en crisis y la terapia cognoscitivo-conductual, por considerar que su importancia es mayor respecto del resto de las variables que se analizaron.

Tabla N°3

Correlaciones entre las variables asociadas a las terapéuticas médica y psicológica respecto de algunas variables conductuales y sociales

VARIABLES	2	3	4	5	6	7
<i>Terapéutica Psicológica</i>						
1. Terapia en crisis	0.085	0.174	0.100	0.080	-0.094	-0.288**
2. Terapia cognoscitivo-conductual		0.046	0.010	0.054	0.069	-0.063
3. Adherencia terapéutica			0.882**	-0.038	-0.365**	0.289*
<i>Terapéutica Médica</i>						
4. Adherencia terapéutica				-0.008	-0.427**	0.320**
<i>Otras Variables</i>						
5. Comportamiento de riesgo					0.294*	0.079
6. Redes de apoyo social						-0.208
7. Familia						

* Correlación significativa a $p < 0.05$

** Correlación significativa a $p < 0.01$

Destacan la correlación entre la terapia en crisis y la variable familia (-0.288 ; $p < 0.01$), lo que inicialmente sugiere que un buen efecto de dicha terapia se encuentra firmemente asociado al hecho de que las personas provienen de una familia estable y funcional, promoviendo un mejor ajuste y respuestas efectivas a los requerimientos que impone aquélla, si bien se observa que el segundo tipo de terapia empleada, la cognoscitivo-conductual, no correlacionó significativamente con el resto de las variables, asunto que se comentará más adelante.

Una de las variables de peso se encontró en el papel de la adherencia a la terapéutica psicológica. En efecto, esta variable correlacionó significativamente con la adherencia a la terapéutica médica (0.882 ; $p < 0.01$), con redes de apoyo social (-0.365 ; $p < 0.01$) y familia (0.289 ; $p < 0.05$). Estos resultados indican que en la medida en que las personas son consecuentes con las prescripciones brindadas por el personal de psicología, las probabilidades de que hagan lo mismo respecto de las prescripciones médicas y de que participen activamente en grupos de autoayuda - en la forma de redes de apoyo social- serán mayores y, por ende, nos permitiría plantear la hipótesis de que las probabilidades de mantener su actual condi-

ción, particularmente de los que son portadores positivos del VIH, eventualmente serán mejores. Adicionalmente, se observa que pertenecer a una familia estable y funcional facilita que las personas sigan las prescripciones psicológicas.

En cuanto a la adherencia a la terapéutica médica, aparte de la correlación mencionada, también se encontró una correlación significativa con el papel de las redes de apoyo social (-0.427 ; $p < 0.01$) y ejercicio instrumental de comportamientos preventivos -como contraparte de los comportamientos de riesgo (0.294 ; $p < 0.05$). Estos datos revelan cómo es que pertenecer a grupos de autoayuda permite cumplimentar las prescripciones médicas, por un lado, y aprender a evitar comportamientos de riesgo que comprometan la condición de seropositivo asintomático o caso de SIDA en el que se encuentran las personas.

Por su parte, en la tabla 4 se puede observar que, de acuerdo con la prueba de bondad de ajuste de los datos, a partir del estadístico de Kolmogorov-Smirnov, las variables consideradas en este estudio, no obstante los bajos valores obtenidos, demuestran ser todas significativas a $p < 0.05$, lo que viene a confirmar que las correlaciones obtenidas no fueron producto del azar.

Tabla N°4

Análisis no paramétrico de bondad de ajuste de los datos, con base en el estadístico de Kolmogorov-Smirnov

VARIABLES	PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA UNA MUESTRA			
	Media (a)	DS (a)	Valores	Nivel de significancia
<i>Terapéutica Psicológica</i>				
1. Terapia en crisis	0.73	0.45	3.701	0.000*
2. Terapia cognoscitivo-conductual	0.88	0.33	4.245	0.000*
3. Adherencia terapéutica	2.91	1.16	1.933	0.001*
<i>Terapéutica Médica</i>				
4. Adherencia terapéutica	2.61	1.19	1.653	0.008*
<i>Otras Variables</i>				
5. Comportamiento de riesgo	1.70	0.50	3.589	0.000*
6. Redes de apoyo social	1.59	0.50	3.139	0.000*
7. Familia	1.53	0.53	2.896	0.000*

(a) La prueba de distribución es normal y ambas medidas se calcularon de los datos

* Los valores y su correspondiente nivel de significancia son iguales a $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Tal y como se desprende de los datos presentados, hasta aquí todo parece indicar que definir con precisión las estrategias y objetivos de las intervenciones médica y psicológica, es decir, hacerlo de manera conjunta, como una expresión manifiesta de los acuer-

dos multidisciplinarios tan necesarios en el campo de la salud (Keely, Otto-Salaj, Sikkema, Pinkerton y Bloom, 1998; Baum y Posluszny, 1999), parece tener efectos positivos sobre las personas que viven con el VIH y el SIDA.

Como se mencionó al inicio de este trabajo, se trata no sólo de brindar asistencia médica de calidad

a las personas que sufren la enfermedad, en sus distintos estadios, sino se trata también de dotarlos de los recursos conductuales mínimos a efecto de que respondan de manera ajustada a la misma y de que adopten, de modo efectivo, los comportamientos que son fundamentales para el seguimiento de las prescripciones médica y psicológica.

Lo anterior no sólo es importante por el hecho de que prácticamente casi la totalidad de las personas que acuden al CISAL, 48 de 49, participan activamente en los programas de intervención, sino que en términos generales ello ha traído consigo una marcada reducción en las tasas de mortalidad asociada al SIDA en el transcurso de los últimos 6 años, en los que las tasas de mortalidad en el estado de Sonora prácticamente se han estabilizado (Piña, de la Cruz, Navarro, Mada y Fierros).

Ciertamente, ello pudiera deberse, entre otras razones, a la introducción de la terapia antirretroviral a la que son expuestos algunas de las personas que participaron en esta investigación. Empero, no es posible descartar, como se ha sugerido recientemente (Reed, Kemeny, Taylor y Vissher, 1999; Cruess, Antoni, Schneiderman, Ironson, Mc Cabe, Fernandez, Cruess, et al, 2000), que ese impacto también tenga que ver con los efectos favorables que las intervenciones médica y psicológica tienen sobre la condición de "salud mental" de quienes se encuentran afectados por la enfermedad.

En efecto, el hecho de que en esta investigación se hayan obtenido correlaciones estadísticamente significativas entre los programas de intervención médica y psicológica, por un lado, y entre ambos tipos de intervención respecto al papel de las redes de apoyo social, por el otro, no hace sino subrayar la importancia que tiene para el problema del VIH/SIDA el poder contar con programas de intervención diseñados bajo la lógica de acuerdos multidisciplinarios. Téngase presente, en ese sentido, que invariablemente en todos los casos el VIH/SIDA se encuentra íntimamente ligado al ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo y a una considerable presencia de procesos de tipo psicológico que facilitan o interfieren para que justamente las personas adopten como suyas las indicaciones o prescripciones sobre lo qué hay que hacer y por qué en el futuro inmediato.

El hecho, pues, de que a partir de la intervención psicológica, particularmente la relacionada a la terapia en crisis, una modalidad que se orienta a reducir al máximo posible el impacto negativo que conlleva el diagnóstico de seropositividad al VIH, se haya favorecido que las personas se comprometieran con ambos tipos de intervención, sin lugar a dudas constituye un elemento a tener en cuenta al momento de definir qué estrategia es necesario adoptar en los inicios del problema.

Reducir el impacto negativo del diagnóstico de seropositividad al VIH permite, por lo tanto, que las personas aprendan de su problema, es decir, que aprendan comportándose de acuerdo con los requerimientos que el mismo problema exige: evitar la práctica de comportamientos de riesgo hacia uno mismo u otras personas, seguir las indicaciones o prescripciones psicológicas o médicas y, finalmente, sobre la necesidad de incursionar en grupos de autoayuda, como redes de apoyo social, en los que la integración de las personas se hace sobre la base de compartir un mismo problema y adoptar medidas conjuntas para hacerle frente.

Sin embargo, también es preciso hacer algunas aclaraciones a ese respecto. A lo largo de este trabajo se ha insistido en la importancia que revisten las variables psicológicas y sociales en relación con la patología, sobre todo en lo referente al seguimiento y cumplimiento de las indicaciones o prescripciones médicas y psicológicas. Y, no obstante también se cuenta con evidencia sobre el papel que la adherencia terapéutica desempeña en la calidad de la atención que se brinda a las personas que viven con VIH/SIDA y, por tanto, en la eventual mejoría y alargamiento del tiempo y calidad de sobrevivencia, sobre este asunto falta mucha investigación por realizar.

En otras palabras, el asunto de la adherencia no tiene que ver únicamente con si se brindan qué y con qué frecuencia las indicaciones o prescripciones sobre el consumo de medicamentos, sobre la atención y cumplimiento de una dieta balanceada, sobre la eliminación de comportamientos de riesgo, entre otras cosas, sino también con la necesidad de identificar, en el plano individual, cuáles procesos psicológicos hacen más o menos probables que justamente esas indicaciones o prescripciones se cumplan cabalmente.

Lo anterior es importante debido a que, al menos 5 de las 49 personas reportaron seguir incurriendo en prácticas de riesgo. El asunto con estas 5 personas es que señalaron la práctica de comportamientos vinculados al consumo de drogas y alcohol, por lo cual se vuelve indispensable identificar qué procesos psicológicos se encuentran implicados y en qué términos es que se deberían diseñar estrategias de intervención alternativas a las ya existentes.

Este tipo de limitaciones constituyen, sin lugar a dudas, una de las principales fuentes de error sobre la que es preciso trabajar a corto y mediano plazo. Asimismo, dos limitaciones se pusieron de manifiesto en este estudio. Por un lado, el papel real que suele desempeñar la intervención cognostivo-conductual en el cambio y mantenimiento de comportamientos ajustados hacia la enfermedad, en el sentido de que, si bien es cierto se observa una nula correlación estadísticamente significativa, frente al resto de las

variables, es posible que su influencia se haya dado indirectamente, sobre todo si se toma en cuenta su significancia estadística al emplear la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes.

Por el otro, una limitación que hubiera permitido dar cuenta del curso de la infección y los cambios que operan en el organismo de las personas afectadas por el VIH/SIDA se evidenció en la presente investigación. En efecto, como es bien sabido, dos de los indicadores que son utilizados sistemáticamente en cuanto a la progresión clínica de la enfermedad vienen dados por las cuentas de las células CD4 y de las cargas virales (Mulder, Antoni, Duivenvoorden, Kauffman y Goodkin, 1995; Hillman, Beck, Mandalia, Sahertwaiter, Rogers, Forster y Goh, 1997). Este tipo de pruebas, que requiere de insumos y equipo costoso, se realizaron para la mayoría de las personas que participaron en el estudio, aunque por esas mismas razones fue prácticamente imposible realizar pruebas con la frecuencia que exige el caso².

Por tal motivo, para los propósitos de observar la mejoría clínica o no de las personas se recurrió a una serie de indicadores médicos que determinaran la presencia y duración de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Este tipo de criterios, si bien es cierto aparentan limitaciones respecto de los indicadores que se basan en la realización de pruebas inmunológicas, de acuerdo con la experiencia del profesional de la medicina encargado de dispensar el tratamiento propio de su campo, ha evidenciado su importancia para decidir cuándo, por qué y qué tipo de tratamiento es el indicado para cada una de las personas que acuden al CISAL.

Por otra parte, un elemento de suma relevancia en el estudio fue el rol que las redes de apoyo social juegan para el bienestar físico y psicológico de las personas que viven con el VIH-SIDA. Tal y como se mencionó en el apartado correspondiente a los resultados, en la medida en que las personas participan de las redes de apoyo social, como grupos de personas que conviven en torno de una misma problemática, que se procuran ayuda mutua, demuestra que finalmente los beneficios para todos ellos son útiles. Por un lado, sobre su participación directa e individualizada en las terapéuticas médica y psicoló-

gica y, por el otro, para asumir una diversidad de comportamientos reguladores de sus propias prácticas cotidianas.

No obstante lo anterior, todavía falta mucha investigación que nos permita identificar, en el plano psicológico, qué y cómo participa dicha variable en el cambio o no de los comportamientos por parte de las personas que viven con el VIH-SIDA y, en el plano social, qué tipo de mecanismos y/o procesos regulan las interacciones en ese grupo de personas.

Con el propósito de ahondar en la búsqueda de información que nos permita dar respuesta a esas u otras preguntas, en el Centro de Información para la Salud se ha diseñado un programa de intervención que contempla, para las diferentes etapas o estadios, las acciones que son necesario impulsar para proveer una atención expedita, sistemática y de calidad, para todas las personas que acuden a la citada institución.

En la Figura 1 se muestra lo que para dichos propósitos hemos denominado la ruta crítica de la atención a los usuarios que acuden al CISAL. Un primer momento se tiene, cuando se habla de personas que acuden por primera vez a solicitar información o a realizarse la prueba de detección del VIH, acciones que tienen que ver con dos cosas: primera, con una evaluación que se les realiza sobre sus conocimientos respecto al VIH/SIDA, creencias, motivos y antecedentes de prácticas de riesgo, así como los escenarios y situaciones sociales en las que éstas se practican, mediante un instrumento diseñado *ex profeso*, que tiene como base un modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 1990; Bayés y Ribes, 1992; Piña y Bullé, 1994) y que ha demostrado ser confiable y válido para el análisis de algunas de esas variables (Piña y Corral, en prensa).

Segunda, la participación de todas las personas en sesiones de asesoría-consejería, que se brinda por psicólogos o promotores de salud, fundamentalmente, con objeto de que dispongan de mejores elementos respecto de la prevención del VIH-SIDA y de que, consecuentemente, adviertan sobre la necesidad de ser más conscientes y responsables en el ejercicio de su sexualidad, principalmente.

2 Téngase en cuenta que ese tipo de estudios por lo regular se realizan en la capital del país, de tal suerte que las más de las veces los resultados tardan en ser remitidos al CISAL incluso con 3 a 4 meses de retraso, lo que dificulta mucho la toma de decisiones con base en los mismos.

PRIMER MOMENTO

- (a) Participación voluntaria para responder al instrumento sobre conocimientos, creencias, motivos, conductas de riesgo y escenarios y situaciones sociales asociadas
- (b) Participación en sesiones de asesoría-consejería y promoción de salud, en términos eminentemente preventivos
- (c) Canalización al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea para la realización de la prueba de detección de anticuerpos al VIH u otras ITS
- (d) Participación en una segunda sesión de asesoría-consejería, cuando los usuarios así lo solicitan

Resultado
Negativo

Resultado
Positivo

SEGUNDO MOMENTO

- (a) Solicitud de autorización para realizar estudio de seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses de los consignado en el inciso (b)
- (b) Solicitud de autorización para participar de manera voluntaria en trabajo de investigación experimental, para evaluar programas de prevención con base en el entrenamiento en diversos tipos de competencias conductuales

SI

TERCER MOMENTO

- (a) Canalización al área de psicología para exponer resultados y facilitar la incorporación a la terapia en crisis
- (b) Participación en terapias psicológicas de tipo cognoscitivo-conductual y apoyo extraordinario
- (c) Entrenamiento en habilidades conductuales para seguimiento y cumplimiento de instrucciones y prescripciones médicas y psicológicas
- (d) Realización de pruebas clínicas y de laboratorio
- (e) Seguimiento médico y psicológico
- (f) Evaluación general de los programas de intervención

Figura N°1

Ruta crítica para la atención de personas que acuden al CISAL

Teniendo como antecedentes los resultados obtenidos en un trabajo previo (Piña, Fierros, de la Cruz y Magis), un segundo momento se tiene con una solicitud expresa para su participación voluntaria en la respuesta a un instrumento diseñado para obtener la mayor cantidad de información en una de dos líneas de investigación. La primera, de corte longitudinal, tiene por objeto evaluar variables psicológicas y sociales en los términos expuestos previamente, y reevaluar en periodos de 3, 6, 9 y 12 meses, a efecto de probar hasta qué punto las sesiones de asesoría-consejería son realmente efectivas.

La otra, propiamente experimental, pretende poner a prueba un doble programa: de prevención del VIH y de entrenamiento en competencias, prestando especial atención al grueso de variables psicológicas consideradas en el citado modelo psicológico de salud biológica, apoyados en el análisis contingencial (Ribes, Díaz, Rodríguez y Landa, 1986), como metodología para evaluar el cambio de comportamiento individual.

Un tercer momento se tiene, una vez que las personas han sido diagnosticadas como portadores del VIH o SIDA como tal, su incursión en una tera-

péutica que se ha denominado de crisis, a fin de reducir al máximo posible el impacto negativo que conlleva a los resultados, así como dotarlo de los recursos cognitivo-conductuales que les permitan aprender a responder efectivamente a esta nueva condición de vida, lo que supone establecer comportamientos preventivos, entrenar en comportamientos instru-mentales relacionados con el cumplimiento de actividades médicas o psicológicas – asistir oportuna y sistemáticamente a las consultas que ofrecen cada uno de los especialistas, seguir las indicaciones brindadas por cada especialista, etc. (ver Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz, 2000).

En este mismo momento, aunque en estadios posteriores, se plantea la participación de las personas en otro tipo de terapéutica, que se ha denominado de apoyo extraordinario, en la cual a las personas se les entrena de manera particular en cómo es que deben comportarse cotidianamente y qué tipo de comportamiento instrumentales se deben evitar, pues con ello se busca garantizar que todas las personas mantengan su condición de seropositivos asintomáticos el mayor tiempo posible.

En aquellos casos en que de común acuerdo tanto el profesional de la medicina como el de la psicología estimen conveniente dar inicio a los programas de intervención, en una primera instancia el psicólogo se encarga de entrenar a las personas, de acuerdo con un programa de habilidades conductuales, en el manejo y consumo de los medicamentos –en esta fase se hace utilizando placebos-. Una vez que se considera que las personas disponen de las habilidades y los conocimientos requeridos, son turnados con el médico, quien explica detalladamente qué tipo de medicamentos se consumirán, los posibles efectos colaterales y, si es necesario, qué otro tipo de medicamentos se les pueden administrar (tarea esta última que se encuentra firmemente asociada a la realización de pruebas de laboratorio y de exámenes clínicos frecuentes, teniendo en cuenta las limitaciones ya mencionadas sobre ese respecto).

Ciertamente, tal y como se mencionó en alguna parte del trabajo, poner en marcha un programa de intervención global con las características ya señaladas, supone hacer frente a problemas de diferente envergadura y complejidad. Estamos convencidos que a partir de esta primer experiencia y teniendo como sustento al modelo psicológico de salud biológica y al análisis contingencial como metodología para evaluar el cambio conductual, dispondremos de mejores y más completos elementos para ofrecer nuestros servicios, con la oportunidad y calidad que requieren las personas que viven con el VIH o el SIDA.

REFERENCIAS

- Barry, M., Mulcahy, F., & Back, D. J. (1998). Antiretroviral therapy for patients with HIV disease. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 45, 221-228.
- Bartlett, J. G., & Moore, R. D. (1998). Improving HIV therapy. *Scientific American*, 238, 64-68.
- Baum, A., & Poslusny, D. M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Bayés, R., & Ribes, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J. A. Piña, *Psicología y Salud: aportes del análisis de la conducta* (pp. 1-21). Hermosillo, México: Editorial UNISON.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meanings, CD4 decline, and AIDS-related mortality among beavered HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Burack, J. H., Barrett, D. C., Stall, R. D., Chesney, M. A., Eckstrand, M. L., & Coates, T. J. (1993). Depressive symptoms and CD4 decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124-133.
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., Schneiderman, A. N., Ironson, G., McCabe, P., Fernández, J. B., Cruess, S. E., et al. (2000). Cognitive-behavioral stress management increases free testosterone and decreases psychological distress in HIV-seropositive men. *Health Psychology*, 19, 12-20.
- Evans, D. L., Folds, J. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Pederson, C. A., & Corrigan, M. (1992). Circulatory natural killer cell phenotypes in men and women with major depression. *Archives General of Psychiatry*, 44, 388-395.
- Evans, D. L., Leserman, J., Perkins, D. O., Stern, R. A., Murphy, C., Zheng, B., & Gettes, D. (1997). Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 154, 630-634.
- Gallant, J. E. (2000). Strategies for long-term success in the treatment of HIV infection. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1329-1334.
- Hillman, R. J., Beck, E. J., Mandalia, S., Saherthwaiter, H., Rogers, P. A., Forster, G. E., & Goh, B. T. (1997). Tratamiento y supervivencia de pacientes con SIDA, 1984-1993: experiencia de un pequeño

- centro para VIH del oriente de Londres. British Medical Journal Latinoamericana: número especial sobre VIH/SIDA, 15-19.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A., La Perriere, A., Simoneay, J., & Schneiderman, N. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men with human immunodeficiency virus. International Journal of Behavioral Medicine, 1, 90-105.
- Kelly, J. A., Otto-Salaj, L. L., Sikkema, K. J., Pinkerton, S. D., & Bloom, F. R. (1998). Implications of HIV treatment advances for behavioral research on AIDS: Protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. Health Psychology, 17, 310-319.
- Laraque, F., Greene, A., Triano-Davis, J. W., Altman, R., & Lin-Greenberg, A. (1996). Effect of comprehensive intervention program on survival of patients with human immunodeficiency virus infection. Archives of Internal Medicine, 156, 169-176.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N, Gu, H., Perkins, D. O., Silva, S. G., et al. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression in AIDS. American Journal of Psychiatry, 157, 1221-1228.
- Maier, S. F., Watkins, L. R., & Fleshner, M. (1994). Psychoneuroimmunology: The interface between behavior, brain, and immunity. American Psychologist, 49, 1004-1017.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., Klerman, G. L., & Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. Archives of General Psychiatry, 55, 452-457.
- Mulder, C. L., Antoni, M. H., Duivenvoorden, H. J., Kauffman, R. H., & Goodkin, K. (1995). Active confrontational coping predicts decreased clinical progression over a one-year period in HIV-infected homosexual men. Journal of Psychosomatic Research, 39, 957-965.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. Psychological Bulletin, 108, 362-382.
- Organización Mundial de la Salud (1998, Marzo). Estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA; Informe del Director General, Documento A41/S. Ginebra, Suiza: OMS.
- Pakenham, K. J., Dadds, M. R., & Terry, D. J. (1994). Relationship between adjustment to HIV and both social support and coping. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1194-1203.
- Piña, J. A., & Bullé, R. (1994). La psicología en el ámbito de la salud pública: perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y prevención. Psicología y Salud, 4, 177-185.
- Piña, J. A., & Corral, V. (en prensa). Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología.
- Piña, J. A., de la Cruz, H., Navarro, R., Mada, G., & Fierros, L. E. Mortalidad por SIDA en el estado de Sonora de 1990 a 1999: implicaciones futuras para el diseño de programas de intervención. Manuscrito presentado para su publicación.
- Piña, J. A., Fierros, L. E., de la Cruz, H., & Magis, C. Predictores conductuales y sociodemográficos de riesgo para el contagio del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población en general. Manuscrito presentado para su publicación.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Vissher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. Health Psychology, 18, 354-363.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M., & Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. Cuadernos de Psicología, 8, 27-52.
- Rodríguez, M., Moreno, D., Robles, S., & Díaz, E. (2000). El SIDA desde el modelo psicológico de salud biológica. Psicología y Salud, 10, 161-175.
- Snigh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong-Nguyen, M., & Yu, V.L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: Prospective assessment with implications for enhancing compliance. AIDS Care, 8, 261-269.
- Vanable, P., Ostrow, D. G., Mc Kirnan, D. J., Taywaditep, K. J., & Hope, B. A. (2000). Impact of combination therapies on HIV risk perceptions and sexual risk among HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual men. Health Psychology, 19, 134-145.
- Weidle, P. J., Ganera, C. E., Irwin, K. I., Mc Gowan, J. P., Ernst, J. A., Olivo, N., & Holmberg, S. D. (1999). Adherence to antiretroviral medications in a inner-city populations. Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome, 22, 498-502.

NORMAS DE PUBLICACION

Los trabajos deben ser inéditos y se enviarán al Director de la revista, en diskette (Word versión 6.0 en adelante) impreso y en triplicado. No deben exceder las 28 páginas, tamaño carta, doble espacio, con márgenes derecho e izquierdo no inferiores a 3 cm.

SE SOLICITA ENVIAR:

- Página de título que incluya:
 - (a) Título del trabajo que resuma en forma clara la idea principal de la investigación.
 - (b) Nombre del autor o autores del trabajo y la institución en la cual se llevó a cabo la investigación.
- Resumen (abstract): resumen breve pero abarcador sobre el contenido de la monografía. El resumen no debe exceder de 120 palabras con su correspondiente traducción en inglés.
- Gráficos y tablas se insertarán en el texto, debidamente numerados según su orden de presentación en el texto. Cada uno debe tener un título breve que indique claramente su contenido.

REFERENCIAS

Al final del trabajo se incluirá un listado ordenado alfabéticamente siguiendo normas internacionales (APA). Los elementos generales son:

Citas de referencias en el texto:

Este método de citar por autor(a) - fecha (apellido y fecha de publicación), permite al lector localizar la fuente de información en orden alfabético, en la lista de referencias al final del trabajo.

A. Ejemplos de citar en el texto una obra por un autor(a):

1. Rivera (1994) comparó los tiempos de reacción...
2. En un estudio reciente sobre tiempos de reacción... (Rivera, 1994).
3. En 1994, Rivera comparó los tiempos de reacción...

Cuando el apellido del autor(a) forma parte de la narrativa (ejemplo 1), se incluye solamente el año de publicación del artículo entre paréntesis. En el ejemplo 2, el apellido y fecha de publicación no forman parte de la narrativa del texto, por consiguiente se incluyen entre paréntesis ambos elementos, separados por una coma. Cuando la fecha y el apellido forman parte de la oración (ejemplo 3), no llevan paréntesis.

B. Obras con múltiples autores(as):

1. **Cuando un trabajo tiene dos autores(as)**, se debe citar ambos cada vez que la referencia ocurre en el texto.
2. **Cuando un trabajo tiene tres, cuatro o cinco autores(as)**, se cita a todos los autores(as) la primera vez que ocurre la referencia en el texto. En las citas posteriores del mismo trabajo, se nombra el apellido del(la) primer(a) autor(a) seguido de la frase “**et al.**” y el año de publicación.

Ejemplo:

Ramírez, Santos, Aguilera y Santiago (1985) encontraron que los pacientes... (primera vez que se cita en el texto).

Ramírez et al. (1985) concluyeron que... (próxima vez que se menciona en el texto).

3. **Cuando una obra se compone de seis o más autores(as)**, se cita solamente el apellido del(la) primer(a) autor(a) seguido por la frase “**et al.**” y el año de publicación, desde la primera vez que aparece en el texto. (En la lista de referencias, sin embargo, se reportan los apellidos de todos los autores.)
4. **En el caso que se citen dos o más obras por diferentes autores(as) en una misma referencia**, se escriben los apellidos y respectivos años de publicación separados por un punto y coma dentro de un mismo paréntesis.

Ejemplo:

En varias investigaciones (Ayala, 1984; Conde, 1986; López & Muñoz, 1994) concluyeron que...

La lista bibliográfica según el estilo **APA** guarda una relación exacta con las citas que aparecen en el texto del trabajo. Solamente incluye aquellos recursos que se utilizaron para llevar a cabo la investigación y preparación del trabajo. Los siguientes elementos se aplican en la preparación de fichas bibliográficas:

- La lista bibliográfica se titulará: **REFERENCIAS**.

- La lista tiene un orden alfabético por apellido del autor(a) y se incluye con las iniciales de sus nombres de pila.
- La lista se escribe a doble espacio.
- Se subraya los **títulos de revistas o de libros**; en el caso de revistas, el subrayado comprende desde el título de la revista hasta el número del volumen (subraye las comas antes y después del número del volumen).

Elementos generales (los ejemplos de fichas bibliográficas que aparecen a continuación, se realizaron a espacio sencillo para guardar espacio en la redacción de esta guía. Las mismas deben aparecer a espacio doble en la lista de referencias de su trabajo).

- Publicaciones periódicas (revistas)
Autor, A.A. (año). Título del artículo. Título de la revista, vol., páginas.
- Publicaciones no periódicas (libros)
Autor, A.A. (año). Título de la obra. Lugar de publicación: Editor o casa publicadora.

Ejemplos de referencias según APA:

A. Revistas profesionales o “journals”

- *Artículo con un solo autor (paginación continua):*
Bekerian, D. A. (1993). In search of the typical eyewitness. American Psychologist, 48, 574-576.
- *Artículo con dos autores (paginación separada):*
Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 45(2), 10-36.
- En este ejemplo se incluye tanto el volumen como el número en la ficha bibliográfica ya que cada edición enumera sus páginas por separado. El (2) corresponde al número de la edición; el subrayado se extiende hasta el volumen de la revista.
- Los nombres de los autores (cuando son más de uno) se unen con el símbolo del **ampersand (&)**. No se utilizan con este propósito las conjunciones **y** o **and**.

B. Artículos de periódicos

- Millán Pabón, C. (1995, Febrero 12). Endereza el curso de la reforma. El Nuevo Día, p.4.
- En los artículos de periódicos, se utiliza la abreviatura **p.** cuando la cita se encuentra en una sola página. En citas de dos o más páginas se utiliza la abreviatura **pp.**

C. Ejemplos de referencia a libros

- Cone, J. D., & Foster, S. L. (1993). Dissertations and theses from start to finish: Psychology and related fields. Washington, DC: American Psychological Association.
Libro con nueva edición:
Mitchell, T. R., & Larson, J. R., Jr. (1987). People in organizations: An introduction to organizational behavior (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- *Libro con autor colectivo* (agencia de gobierno, asociaciones, institutos científicos, etc.):
American Psychological Association. (1994). Publication Manual of the American Psychological Association (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Cuando el autor y editor son los mismos, se utiliza la palabra **Author** para identificar la casa publicadora.
- Enciclopedias:
Bergman, P. G. (1993). Relativity. In The new encyclopedia Britannica (Vol. 26, pp. 501-508). Chicago: Encyclopedia Britannica.
García Font, J. (1977). Magia y santería. En Enciclopedia Planeta de las ciencias ocultas y parapsicología (Vol. 5, pp. 141- 155). Barcelona: Editorial Planeta.

D. Medios electrónicos

- Resumen (abstract) en CD-ROM:
Bleiberg, E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence [CD-ROM]. American Journal of Psychotherapy, 48, 30-51. Abstract from: ProQuest File: Periodical Abstracts Item: 01962688.
- Programa de computadora (software):

Rosenberg, V. (1992). Pro-Cite 2.0 version for the IBM [Computer software]. Ann Arbor, MI: Personal Bibliographic Software.

No se subrayan los nombres de los programas o lenguajes de computadoras.

Recursos de los servicios de INTERNET

La 4ta. edición del manual de estilo según APA fue publicado antes de la aceptación universal de los protocolos de INTERNET (http, telnet, etc.) y el desarrollo de este medio a través del **World Wide Web (www)**. Los ejemplos a continuación están basados en un modelo que se ha propuesto para redactar aquellas referencias que provienen del Internet:

Formato básico

Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si esta disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. <URL> [Fecha de acceso].

Ejemplos

Pequeroles, J. (1997, junio 28). Las grandes ballenas. [En línea]. Mare Nostrum. <<http://www.conexis.es/~mpontes/ballenas.htm>> [1999, febrero 9].

Ribera, R. (1996, marzo 19). Para una historización de la globalización. [En línea]. La UCA de Managua. <<http://www.uca.ni/ellcuria/globo.htm>> [1999, febrero 9].

URL (Uniform Resource Locator): el **localizador uniforme de recursos** es un estándar para localizar documentos de Internet en **http** y otros protocolos; generalmente la dirección del recurso en Internet.

Las siguientes referencias se pueden acceder a través del **World Wide Web (www)** y proponen ejemplos para citar recursos en formato electrónico según el manual de estilo **APA**:

Guffey, M., E. (1998, Aug. 22). APA style electronic formats. [Online]. <http://www.westwords.com/guffey.apa_z.html> [1999, Feb. 10].

Li, X., & Crane, N. (1996, Jul. 27). Electronic sources: APA style of citation. [Online]. University of Vermont. <<http://www.uvm.edu/~xli/reference/apa.html>> [1999, Feb. 8].

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 ser enviados a:
Director Revista Chilena de Psicología
Colegio de Psicólogos de Chile (A.G.)
Av. General Bustamante 250 Of. H
Providencia – Santiago de Chile

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA (ISBN 0716-3630)

SUSCRIPCION

Nombre suscriptor: _____ Profesión: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

País: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Suscripción: 1 año: 2 años: 3 años:

Pago: Cheque N°: _____ por la cantidad de: _____ ó US\$: _____

Suscripción Anual (2 publicaciones)	Profesionales	Estudiantes*
Chile	\$ 18.000.-	\$ 7.000.-
Extranjero	US\$ 40 Correo Aéreo Extranjero US\$ 45 Correo Aéreo Certificado	US\$ 10 Correo Aéreo Extranjero US\$ 15 Correo Aéreo Certificado

Todo pago con cheque debe ser nominativo a nombre de Colegio de Psicólogos de Chile, dirigido a:
Revista Chilena de Psicología, Av. General Bustamante 250 Dpto. H, Providencia – Santiago – Chile

* Los estudiantes deben adjuntar un documento que los acredite como tales

No se entrega boleta ni factura, sólo un comprobante de pago

**REVISTA
CHILENA
DE PSICOLOGÍA**

Vol. 1, No. 1, 1978
Vol. 2, No. 1, 1979
Vol. 3, No. 1, 1980
Vol. 4, No. 1, 1981
Vol. 5, No. 1, 1982



**COLEGIO
DE PSICÓLOGOS
DE CHILE**

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE A.G.

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGÍA

Colegio de Psicólogos de Chile (A.G.)
Director: Emilio Moyano Díaz
Fundada en 1978

Canjes con:

Archivos Hispanoamericanos de Psicología (México)

Papeles del Psicólogo - Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de España
(España)

Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios (Chile)

Revista de Familias y Terapias (Chile)

Revista Interamericana de Psicología Ocupacional (Colombia)

Revista Intercontinental de Psicología y Educación (México)

Revista Psicología de la Universidad Católica del Norte (Chile)

Revista Psicología y Ciencias Humanas (Chile)

Revista Psicología y Sociedad (Chile)

Revista de Psicología del Deporte (España)

Terapia Psicológica - Revista Chilena de Psicología Clínica (Chile)

- ✓ **Psicología**
- ✓ **Psicoanálisis**
- ✓ **Salud Mental**

la
máxima
 información en un
solo lugar



Librería Especializada Olejnik

✓ *Solicite Catálogo General*

Merced 820, Local 18

Fonos: (02) 638.7363 - (02) 638.7364

Fax: (02) 632.0981 - Santiago

1 Oriente 1069, Local 5

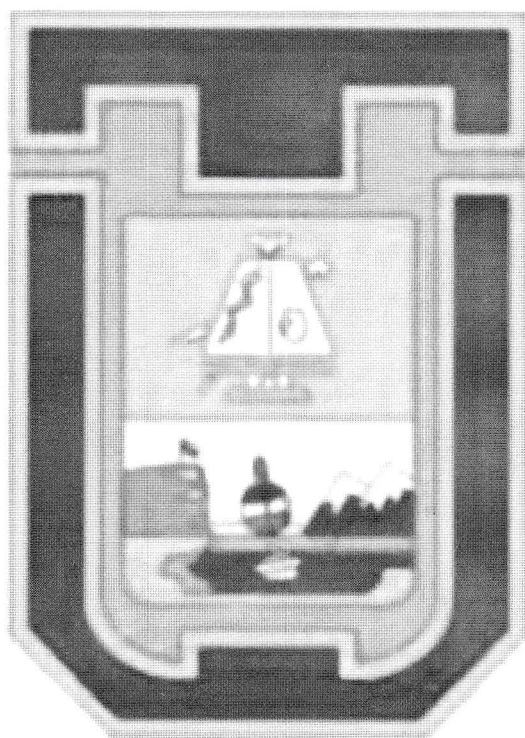
Fono/Fax: (71) 23.76.45

Talca

<http://www.olejnik.com>

e-mail: ventas@olejnik.com

**Este volumen es publicado con el auspicio de la
Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas de la
Universidad de Tarapacá, Arica-Chile**



Indice

Volumen 20 N°2 – Año 1999

ESTUDIO NORMATIVO DEL RORSCHACH BASADO EN EL SISTEMA COMPREHENSIVO DE UNA MUESTRA DE VIÑA DEL MAR – VALPARAÍSO Y SU COMPARACIÓN CON NORMAS ESTADOUNIDENSES Y NACIONALES <i>Nelson Cavour, Luis S. González</i>	5
CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD SUPRANACIONAL EN CHILE Y VENEZUELA <i>Julio Villegas, José Miguel Salazar</i>	17
FANTASIAS SEXUALES <i>Enrique Barra Almagiá</i>	24
PERCEPCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTALIDAD DE TRANSITO <i>Pablo Olivos Jara</i>	31
LA TEORÍA DEL GESTALTKREIS (CÍRCULO GESTÁLTICO) DE V. V. WEIZSÄCKER DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LOS AFECTOS Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS <i>Niklas Bornhauser, Stefan Brunnhuber</i>	43
ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA <i>Pía Santelices</i>	55

Volumen 21 N°1 – Año 2000

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO A LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COGNITIVA

EDITORIAL	67
PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: UNA ALIANZA EMERGENTE <i>Francisco Ugalde B.</i>	69
CONSTRUCCIÓN DE UN TEST PARA MEDIR ESTRÉS GENERAL UNIVERSITARIO: T.E.G.U. <i>Víctor Huaquín, Emilio Moyano Díaz, Renato Loaiza</i>	78
INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA PREPARACIÓN A LA SITUACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS <i>Mónica Alvarado, Pamela Cabrera, Beatriz Urrutia, Verónica Vera, Pablo Vera-Villarroel</i>	97
LA HERENCIA DE SERGIO YULIS: UNA PERSPECTIVA PERSONAL <i>Luis Montesinos</i>	105
DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DE LA SALUD: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL <i>Juan Preciado</i>	111
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MÉDICA – PSICOLÓGICA DIRIGIDO A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA <i>Julio Piña López, Carlos Togawa, Margarita Coronado Monroy, Luis Fierros Dávila</i>	119