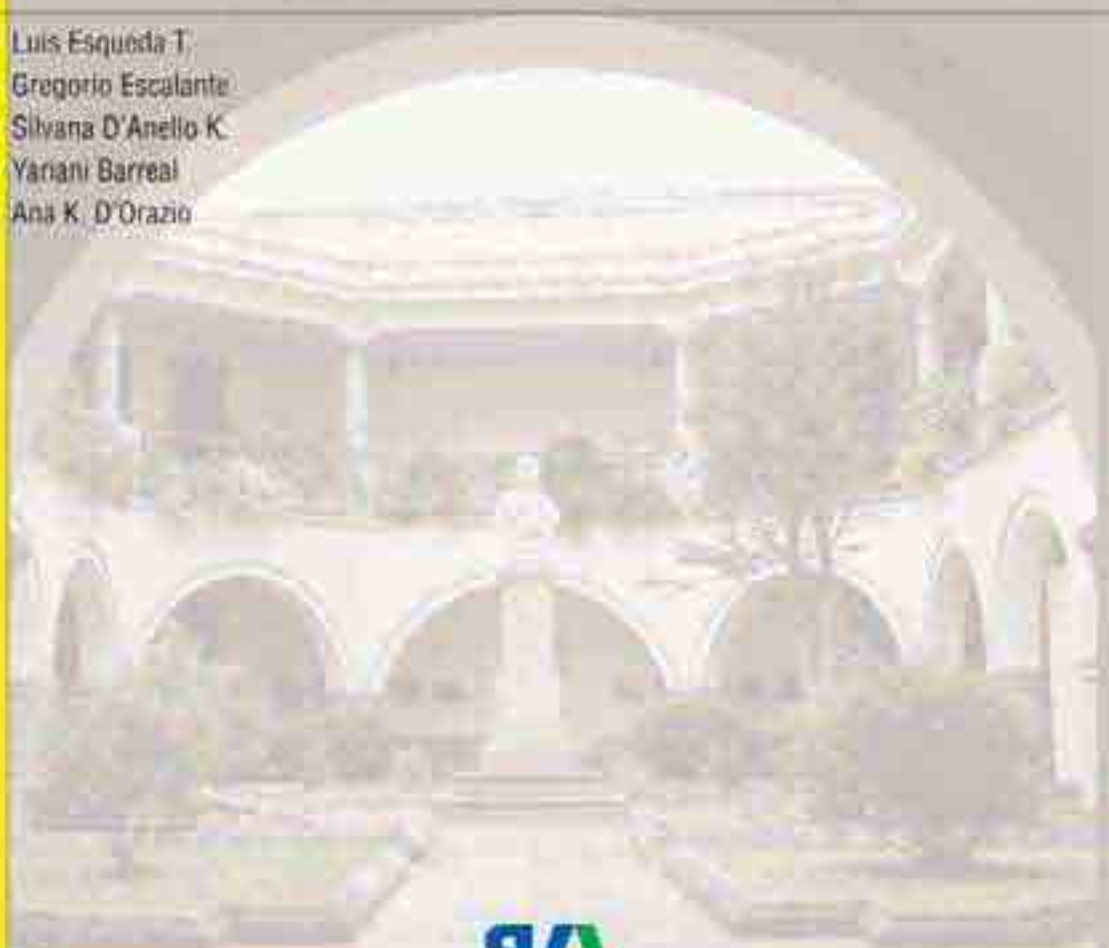
Aportes

a la psicología social de la salud

- Luis Esqueda T.
- Gregorio Escalante
- Silvana D'Anello K.
- Yaniani Barreal
- Ana K. D'Orazio



PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO

Aportes a la psicología social de la salud

PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Autoridades Universitarias

- *Rector*
  Mario Bonucci Rossini
- *Vicerrectora Académica*
  Patricia Rosenzweig Levy
- *Vicerrector Administrativo*
  Manuel Aranguren Rincón
- *Secretario*
  José María Andérez

PUBLICACIONES
VICERRECTORADO
ACADÉMICO

- *Dirección editorial*
  Patricia Rosenzweig Levy
- *Coordinación editorial*
  Víctor García
- *Coordinación del Consejo editorial*
  Roberto Donoso
- *Consejo editorial*
  Rosa Amelia Asuaje
  Pedro Rivas
  Rosalba Linares
  Carlos Baptista
  Tomász Suárez Litvin
  Ricardo Rafael Contreras
- *Producción editorial*
  Yelliza García A.

COLECCIÓN
Textos Universitarios
Publicaciones
Vicerrectorado
Académico

Aportes a la psicología social de la salud
Primera edición 2006
Primera edición digital 2010
© Universidad de Los Andes
Vicerrectorado Académico
© Luis Esqueda T., Gregorio Escalante, Silvana D'Anello K. Yariani Barreat, Ana K. D'Orazio, Kareen Lisbeth Escalante, Karen Lorena Escalante, Félix Ángeles, Francisco Linares.

Concepto de colección
Kataliñ Alava
Correción
Freddy Parra Jahn
Diseño Gráfico
Jéssica Lopez R.
Lilyan Carolina Matos P.

HECHO EL DEPÓSITO DE LEY
Depósito legal:
ISBN:

Derechos reservados
Prohibida la reproducción total
o parcial de esta obra sin la autorización
escrita del autor y el editor

Universidad de Los Andes
Av. 3 Independencia
Edif. Central del Rectorado
Mérida, Venezuela
publicacionesva@ula.ve
publicacionesva@gmail.com

http://viceacademico.ula.ve/publicacionesva

- Los trabajos publicados
  en la Colección Textos Universitarios
  han sido rigurosamente
  seleccionados y arbitrados
  por especialistas en las
  diferentes disciplinas.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Autoridades Universitarias

- *Rector*
  Mario Bonucci Rossini
- *Vicerrectora Académica*
  Patricia Rosenzweig
- *Vicerrector Administrativo*
  Manuel Aranguren Rincón
- *Secretario*
  José María Andérez

PUBLICACIONES
VICERRECTORADO
ACADÉMICO

- *Dirección editorial*
  Patricia Rosenzweig
- *Coordinación editorial*
  Víctor García
- *Coordinación del Consejo editorial*
  Roberto Donoso
- *Consejo editorial*
  Rosa Amelia Asuaje
  Pedro Rivas
  Rosalba Linares
  Carlos Baptista
  Tomasz Suárez Litvin
  Ricardo Rafael Contreras
- *Producción editorial*
  Yelliza García A.
- *Producción libro electrónico*
  Miguel Rodríguez

Primera edición digital 2011

Hecho el depósito de ley

Universidad de Los Andes
Av. 3 Independencia
Edificio Central del Rectorado
Mérida, Venezuela
publicacionesva@ula.ve
publicacionesva@gmail.com
www2.ula.ve/publicacionesacademico

Los trabajos publicados en esta Colección han sido rigurosamente seleccionados y arbitrados por especialistas en las diferentes disciplinas

Presentación

El título que sustenta el presente conjunto de textos: *Aportes a la Psicología Social de la Salud* pareciera quizás revelador de alguna presunción; mas, no es tal; sólo nos anima hacer justicia a las intenciones y a los contenidos aquí ofrecidos, pues se trata de una serie de artículos cuyas características comunes son tres: se ocupan del ser humano y de los problemas más generales que afectan su salud; ofrecen explicaciones centradas en los procesos sociales, más que individuales y, por último, buscan ofrecer alternativas para que los estudiantes y otros profesionales de la salud puedan desarrollar sus propias líneas de reflexión, de acción o de investigación, dentro de la nueva perspectiva que sugiere que el hombre y la sociedad son los principales agentes de su propia salud.

Cierto es que durante mucho tiempo el hombre careció de control y poder sobre sus enfermedades. No podía explicarse cómo las bacterias y los virus lo devoraban. Una acción sanitaria proactiva tenía serias limitaciones y sólo podía esperarse que una plaga o epidemia no se declarara, para tener alguna esperanza de larga vida. Pero después del descubrimiento de los microorganismos, después de los avances en la síntesis de medicinas como los antibióticos, la mayoría de las enfermedades modernas ocurren como resultado de las conductas y decisiones individuales o sociales.

Y descubrir, en los tiempos modernos, que el individuo es el principal responsable de su salud, trajo como consecuencia el desarrollo

de disciplinas muy cercanas entre sí como la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En ambos casos, los esfuerzos se dirigen a comprender qué hace o deja de hacer el hombre para enfermarse, combatir la enfermedad, aumentar o disminuir la eficiencia de los tratamientos, soportar el dolor y la muerte.

Como era de esperarse, los progresos de la psicología de la salud y de la medicina conductual han puesto en evidencia que hay mucho más: existe una cultura de la salud, una postura social ante la enfermedad, una forma particular de juzgar la salud que se origina en el grupo de referencia y que puede tener consecuencias directas sobre las actitudes y las conductas del paciente, de su médico y de la institución tratante en su totalidad. Ello dio pie al nacimiento de la psicología social de la salud.

En las páginas que siguen, el lector encontrará un conjunto de materiales y de trabajos de investigación, en su mayoría, realizados por investigadores adscritos al Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes. Los reportes ofrecen información actualizada sobre problemas de salud que tocan las preocupaciones más relevantes de la sociedad moderna. Y más allá de dichos problemas, se presentan materiales que sirven para que los profesionales de la salud adquieran conocimientos y destrezas que les permitan comprender y actuar eficientemente ante los mismos.

Luis Esqueda Torres
Director - Centro de Investigaciones Psicológicas
Universidad de los Andes

capítulo 1

Violencia en la familia

Gregorio Escalante

La violencia familiar se ha convertido en un problema de salud pública muy serio en casi todos los países del mundo. Mucho se ha discutido, hablado y escrito sobre las consecuencias de la violencia pero en realidad es poco lo que se hace para efectivamente tratar de reducirla interviniendo sus antecedentes. La revisión de la literatura especializada indica que hay violencia en gran escala contra los niños, contra las esposas, contra los maridos, contra los padres, contra los ancianos y prácticamente contra todo el mundo.

En Estados Unidos mueren diariamente cinco niños (unos 2.000 al año) en las manos de sus propios padres, cifra a la cual deben agregarse unas 1.200 muertes derivadas del abuso y el abandono infantil, que no son incluidas en las estadísticas sobre homicidio. En el mismo lapso 18.000 niños resultan permanentemente lisiados y otros 142.000 son víctimas de heridas graves a consecuencia de maltratos severos. La violencia doméstica[1] suele estar muy asociada a este tipo de problemas y frecuentemente la responsabilidad se asigna a las mujeres (madres o cuidadoras) (The APA Monitor, agosto, 1995).

[1] Para una revisión de las principales teorías explicativas de la violencia familiar, véase Gelles (1985: 359-361). Interesantes aspectos sobre la contribución ambiental en la transmisión de la violencia se hallan en Widom (1989) y sobre la contribución genética, en DiLalla y Gottesman (1991).

De acuerdo con estadísticas del FBI (US Department of Justice, 1984) una quinta parte de los asesinatos registrados se cometen entre miembros de las familias y casi un tercio de las muertes femeninas ocurren a manos de sus esposos o sus novios. En 1982 fueron oficialmente reportados casi un millón de casos de maltrato infantil, y se cree que tales cifras son subestimaciones de la incidencia verdadera. Para 1986 los datos indican que los propios padres fueron los perpetradores del 81% de los 500.000 casos de abuso sexual[2] y físico registrados en adolescentes (Emery, 1989). En una muestra al azar de mujeres residentes en Los Ángeles se reveló que un 2,5% habían sido obligadas por sus padres, sus padres adoptivos o sus hermanos, antes de cumplir los 18 años, a practicar coitos anales, orales o vaginales con ellos (Russell, 1983).

También se han reportado niveles comparables de violencia de los hijos entre 15 y 17 años hacia sus padres. Una encuesta nacional sobre violencia familiar reveló que uno de cada ocho esposos ejecutó al menos un acto de violencia contra su cónyuge, estimándose que cerca de dos millones de esposas fueron golpeadas en 1985 (Holtzworth Munroe y Stuart, 1994). Por lo demás, se calcula que en el mundo hay unos 100 millones de niños en estado de abandono viviendo literalmente en las calles, y de ellos unos 40 millones se encuentran en América Latina.

En Venezuela las estadísticas sobre maltrato infantil y juvenil son prácticamente inexistentes. Periódicamente se producen algunas denuncias en la prensa nacional y en varios diarios locales que de algún modo parecen indicar la gravedad del problema. Según *El Nacional* (Caracas, 21.03.90) «se maltrata a un niño cada hora». Según *El Espacio* (Barinas, 29.06.94) «Fondenima recibe mensualmente más de 300 denuncias de maltrato infantil». De acuerdo con *El Nacional* (11.07.87) «El maltrato a los niños se incrementa en Venezuela». Y así en otros diarios de las diferentes regiones (*Frontera*, Mérida, 11.09.96: 1B, por ejemplo). Pero es difícil hallar en cualquiera de ellos un seña-

[2] La incidencia de abuso sexual en EE. UU. ha sido estimada en 2,1 por 1000 para 1986 (unos 133.600 casos) y en 6,3 por 1000 para 1991 (unos 404.100 casos). La tasa registrada de violaciones en niños entre 12 y 15 años fue de 1,8 por 1000 en 1990 (Emery, 1989).

lamiento adecuado con estimaciones confiables de la magnitud real del problema.

Resulta evidente que, también en este caso, la incidencia verdadera no es bien conocida, ni siquiera por los organismos del Estado que directa o indirectamente deben ocuparse del asunto. También se han escrito algunas 'tesis' de grado que constituyen aproximaciones al tema, contentivas de información estadística ingenua y literatura rimbombante, pero carentes de datos que definitivamente ayuden a dilucidar los verdaderos alcances que el problema tiene, por lo menos, a nivel regional (León y Gutiérrez, 1990; Ramírez y Rodríguez, 1991).

Según datos obtenidos del INAM (Mérida. Dpto. de Ayuda Juvenil) en el año 1994 fueron reportados 109 casos de maltrato, de los cuales el 78% se incluyen en la categoría maltrato físico y 22% en la categoría maltrato psicológico, en niños de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 1 y 17 años. De los 109 casos, 73 eran varones y el resto hembras. Para el año 93 se reportaron 90 casos con proporciones por categorías de maltrato prácticamente idénticas. No se reportan casos de abuso sexual.

En cuanto a los tipos de maltrato y sobre la base de 10 casos seleccionados de la muestra total para el año 1994 (edad promedio: 8,8 años), los diagnósticos varían desde las simples escoriaciones, hematomas, irritaciones dérmicas y quemaduras, hasta dislocamiento de la mandíbula, fracturas de cráneo y contusión cerebral. El análisis de la submuestra revela que el padre es el responsable del maltrato un 50% de las veces, la madre es responsable un 10 %, un 20% la responsable es la cuidadora y el 20% restante la culpa recae sobre otros familiares o vecinos.

De acuerdo con el mismo tipo de análisis, la gran mayoría de los casos parece proceder de hogares clasificados como 'desintegrados' y 'marginales'. Según datos de Fondenima (Fundación Nacional de Denuncias del Niño Maltratado. Caracas) en el año 94 se produjeron 406 denuncias de maltrato físico (44%), psicológico (37%), sexual (6%) y negligencia (13%) en niños de ambos sexos entre 1 y 17 años. Y en una altísima proporción los responsables del maltrato eran los propios padres.

En un estudio sobre el maltrato infantil en Tijuana, Méjico (Martínez y Reyes, 1993), la violación aparece con las proporciones más altas (89,4%), seguida por el estupro (8,5%) y el incesto (2,1%).

La edad de los niños maltratados oscila entre 1 y 18 años, con una concentración mayor (46,8%) en el grupo de edad de 11-15 años. La incidencia anual en los Estados Unidos de actos definibles como violentos se coloca entre un 3,8 y un 4 por ciento, no importa si se trata de niños entre 3 y 17 años, esposas o maridos.[3]

El estudio nacional de Straus y otros (1980) reveló que en una cuarta parte de los hogares con violencia conyugal las víctimas eran los hombres, que en una cuarta parte las víctimas eran las mujeres y que en la mitad de esos mismos hogares existía violencia masculina y violencia femenina, aunque no pudo establecerse si esta última era una violencia retaliatoria o de autodefensa. La mayoría de las esposas que asesinan a sus maridos han alegado autodefensa debido a que sistemáticamente han sido maltratadas y en lugar de abandonar el hogar prefieren la eliminación física de sus cónyuges.

Gelles (1985) señala tres factores que son definitivos en la permanencia o no de la esposa en hogares violentos: frecuencia y severidad de las golpizas; educación y habilidades laborales (las esposas económicamente dependientes suelen permanecer más tiempo con un esposo abusivo), y experiencia previa de maltratos (las mujeres que durante la niñez fueron sometidas a abusos suelen tolerar más violencia en el hogar).

En la búsqueda de características etiológicas de individuos que golpean a sus esposas, la más frecuente es el alcoholismo, asociado

[3] Los datos sobre violencia contra los esposos en los Estados Unidos revelan porcentajes más altos. Pero se les considera datos no válidos argumentando (a) que el estudio nacional no midió las consecuencias de la violencia y (b) tampoco evaluó el contexto de la violencia. También fueron rechazados los datos que indicaban cifras abultadas de maltrato a los esposos porque no cuadraban con datos de la investigación clínica indicadora de poquísimos casos de maridos golpeados. La verdad es que además de las preocupaciones metodológicas lo verdaderamente relevante en el criticismo fue el temor de que tanto la atención como los recursos fueran desviados del programa del abuso a las esposas (véase Straus y otros, 1980). La incidencia de abuso sexual en EE. UU. ha sido estimada en 2,1 por 1000 para 1986 (unos 133.600 casos) y en 6,3 por 1000 para 1991 (unos 404.100 casos). La tasa registrada de violaciones en niños entre 12 y 15 años fue de 1,8 por 1000 en 1990 (Emery, 1989).

con por lo menos la mitad de tales incidentes. La escasa asertividad o la agresividad desusada de las esposas también han sido vistas como factores relevantes. Igualmente se ha señalado que la pugna entre ideologías tradicionalistas, conservadoras y patriarcales de los esposos e ideologías no tradicionales y liberales de las esposas, pudiera también estar en la raíz de la violencia conyugal, así como ciertas actitudes hostiles hacia la mujer.

De la misma manera, el haber experimentado abusos o presenciado violencia marital durante la niñez parece ser también un factor que predispone al niño para asumir esos roles cuando adulto. Y en la niña, esos mismos elementos la hacen más dispuesta como esposa a tolerar abusos que pareciera haber legitimado ya como un aspecto normal de la vida conyugal (Rosenbaum y O'Leary, 1981). Gelles (1985) incluye otros factores consistentemente relacionados a la violencia doméstica: la transmisión intergeneracional de la violencia; estatus socioeconómico bajo; estrés estructural y social; aislamiento social; baja autoestima y psicopatología (véase Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994).

A estas alturas, creemos que es necesario considerar interacciones entre las distintas variables para explicar la violencia en la familia. Asumiendo que los modelos ecológicos que tratan de explicarla, mayormente basados en la teoría del aprendizaje social, también ofrecen explicaciones no precisamente subsidiarias. Según tales modelos, la violencia familiar es aprendida y recompensada mientras que las alternativas no lo han sido. El problema es que los modelos derivados de la teoría tienen mucho que decir acerca de cómo podemos ser socializados para convertirnos en personas abusivas y violentas, pero dicen muy poco acerca de lo que debemos hacer para inhibir la violencia. Además, tales modelos también fallan en la escasa consideración que otorgan a las emociones en la generación de ciertos tipos de violencia familiar. Sea cuales fueren los verdaderos determinantes, la verdad es que este tipo de violencia no ha cesado. Y lo peor de todo es que los métodos actuales, legales o psicoterapéuticos empleados para prevenirla parecen resultar inefectivos.

Hacia una etiología del maltrato infantil

En la explicación del problema, la literatura reciente parece afiliarse a la formulación de Bronfenbrenner (1977), quien ofrece un esquema con puntos de partida diferentes que subrayan el papel del niño, los patrones de interacción familiar, el estrés social y los valores culturales asociables a la etiología de la violencia, y que resulta particularmente útil en la explicación del maltrato infantil.

Bronfenbrenner (1977) divide el espacio ecológico en cuatro niveles: un nivel *ontogenético* (individual), representado por todo aquello que los padres abusivos traen consigo a la familia y a su función parental; uno *microsistémico* (la familia), que representa el contexto familiar real dentro del cual se efectúan los maltratos específicos; un nivel *exosistémico* (la comunidad) representado por el conjunto de estructuras sociales formales o informales (el trabajo, la vecindad) que sin contener al niño, irremediablemente influencian su entorno familiar; y el nivel *macrosistémico* (la cultura) que abarca los valores culturales y el sistema de creencias que pueden facilitar la comisión del maltrato (o impedirlo) e influir decisivamente en los otros niveles anteriores.

Cuando se toma el primer nivel aisladamente pareciera que la hipótesis de la Transmisión Intergeneracional del maltrato (Curtis, 1963; Spinetta y Rigler, 1972) adquiere gran relevancia. Y que la historia de socialización de los padres surgiera como agente etiológico crucial del abuso infantil. De acuerdo con ello, si los padres han sido víctimas de abuso cuando niños, la probabilidad es alta de que a su vez maltraten a sus hijos... Por otra parte, los efectos extensamente estudiados de la observación de conductas agresivas, parecieran también justificar la conclusión de que la exposición a la violencia cuando niños puede resultar en la adopción de estrategias de naturaleza agresiva para enfrentar los conflictos derivados de la crianza de los hijos. Además, esas conductas de tipo punitivo e insensibles, típicas de algunos padres, pudieran ser el reflejo de la propia experiencia de rechazo parental sufrido y de la deprivación emocional que ello supone.

Independiente de si las afirmaciones se originan en nociones de aprendizaje social como el modelado o el refuerzo o se acomodan de acuerdo con algún esquema derivado de la psicología dinámica, la verdad es que no resulta del todo bueno ni correcto suponer que

lo uno necesariamente debe conducir a lo otro: muchos padres con historias de maltrato en su infancia resultan excelentes padres cuando adultos. Es muy probable que la crianza recibida antes esté relacionada con la crianza que se ofrece después, pero mediada por altos niveles de estrés familiar o por demandas excesivas planteadas al seno de la familia, cuestiones que pudieran originar estrategias erradas en la interacción con los hijos. La imagen puede quedar un poco mejor terminada si agregamos la grosera ignorancia que una gran parte de los padres tienen acerca de la organización secuencial del desarrollo infantil. De manera que este tipo de consideraciones acerca de una supuesta relación lineal entre historias deficitarias de socialización y estilos de crianza deficitarios, deben ser asumidas con cautela.

Al examinar el nivel microsistémico, lo primero que debe ser considerado frente al problema del maltrato infantil, es la pareja conyugal. Pero también es necesario entender que el niño mismo potencialmente puede contribuir a la comisión del abuso. La idea es no ver al niño como la simple víctima inocente del maltrato sino también como una persona con características esenciales que pudieran convertirlo en agente causal del mismo. Lo único que se está haciendo al plantearlo de este modo es reconocer que el niño, al mismo tiempo que recibe las influencias de sus padres, también ejerce las suyas propias sobre el resto del esquema familiar. Aparentemente, en el niño hay algunas características como el temperamento, la hiperactividad, la apariencia física, los cólicos, la irritabilidad y el llanto incesante, que juegan un papel crítico en la generación de conductas parentales abusivas y se convierten en predictoras de actitudes maternales hostiles durante el primer año de vida (Fontana, 1971 y Bell y Harper, 1977).

De este modo, y siempre dentro del microsistema familiar, la agresión se convierte en un proceso interactivo cuyo análisis ha revelado algunas condiciones muy importantes. Las madres de familias abusivas y descuidadas, por ejemplo, evidencian menos interacción positiva (conductas de apoyo y afecto) y más conductas negativas (amenazas y quejas) que las madres de familias «normales». De la misma manera, los niños de hogares abusivos muestran un número mayor de conductas negativas que los niños insertos en hogares control. Claro que sobre la base de tales hallazgos no es posible establecer si es la conducta parental la que desencadena y nutre la conducta infantil negativa, o si es

esta misma conducta la que origina la hostilidad parental. Pero es muy probable que el maltrato infantil pudiera ser la consecuencia eventual de una escalada en el ciclo de conflicto y agresión intrafamiliar.

Los estallidos de cólera por parte de los padres surgen cuando ocurren episodios que producen «desbalances» en el ordenamiento ecológico de la familia. Tales episodios varían desde la aparición de un reporte negativo del rendimiento escolar infantil hasta la rotura de algún bien muy querido del patrimonio familiar. Son esos episodios, asociados a un estilo de respuesta parental agresivo frente al estrés, los que pudieran plantear salidas disciplinarias de alta violencia y agresividad que culminan en maltrato.

Por lo demás y puesto que la familia también anida en su seno las relaciones marido-mujer, parece evidente que cualquier cosa que altere la relación conyugal debe reflejarse en el patrón de relaciones padres-hijos. La tensión y el conflicto en la pareja deberán de algún modo resultar en esquemas relacionales de alta o baja competencia[4] en el trato de los hijos. De hecho ha podido demostrarse que cuando los padres emplean tácticas agresivas (físicas o verbales) para la resolución de sus propias disputas, hay la tendencia a emplear tácticas similares para disciplinar a los hijos (Burgess y Conger, 1978).

La misma intrusión de los hijos en la relación conyugal puede convertirlos en blancos para la violencia (Bakan, 1971) especialmente si los niveles tolerables de estrés son sobrepasados, o cuando la desorganización familiar logra límites que no permiten un uso racional de los recursos para enfrentar la adversidad. Tales modelos de agresión, además de que suelen ser desplazados hacia el trato con los niños, muy probablemente son contribuyentes poderosos en la contaminación del proceso global de socialización.

El espacio ecológico sugerido en Bronfenbrenner (1977) como exosistema, está referido a la forma particular de relación entre la familia y otras unidades sociales mayores. La indagación sociológica identifica dos áreas de este espacio que pudieran jugar un papel importante en la generación del maltrato, debido a su influencia inequívoca sobre el microsistema familiar: el trabajo y el vecindario.

[4] La noción de competencia parental puede ser definida como la posesión de sensibilidad y responsividad muy altas ante las señales del niño, calidad en la verbalización y en el contacto físico, baja ansiedad y flexibilidad adecuada.

La investigación realizada sobre desempleo provee una base fuerte para la asunción de que las conexiones con el mundo laboral se asocian con el maltrato infantil (Gelles, 1978). Muchísimos casos de abuso han ocurrido mientras los padres están desempleados o en el período inmediatamente posterior a la pérdida del empleo. Es muy probable que las relaciones en el microsistema familiar se compliquen enormemente al no poder el padre aportar los recursos financieros necesarios para el mantenimiento, situación que en cierto modo le hace perder su notoria función como proveedor básico de bienes y servicios. Además, al permanecer el padre mucho más tiempo en casa, las fricciones deben aumentar precisamente porque es mayor la oportunidad para el conflicto.

Los propios niveles de satisfacción laboral deben también ejercer notable influencia en el microsistema, sobre todo cuando se examinan desde el punto de vista de los resultados logrados en el proceso global de socialización, especialmente en todo aquello que tiene que ver con la resolución de situaciones familiares críticas y adversidades. Naturalmente imbricados con estos niveles de satisfacción deben estar los correlatos derivados de una situación laboral ejercida con autonomía o mediada por la obediencia a una autoridad determinada. Dependiendo de la situación real vivida, las condiciones para el maltrato pueden variar en cada familia, y seguramente que todo ello estará determinado por los valores reales de alienación presentes en cada caso.

En cuanto a la influencia del vecindario, la investigación revisada coincide en mostrar que las familias abusivas suelen ser microsistemas que funcionan aislados de los otros sistemas de apoyo formales e informales (Bakan, 1971). Cuando la variable aislamiento social ha sido examinada, se ha encontrado que las familias donde el maltrato se produce, muy particularmente en tiempos de dificultad, son unidades que carecen de amigos o familiares hacia quienes dirigirse para buscar ayuda. Es obvio que la asistencia material y emocional es un elemento de importancia esencial en la promoción y mantenimiento de la salud familiar, muy especialmente en situaciones difíciles.

Según este punto de vista el aislamiento necesariamente debe ser entendido como un producto originado en la familia misma. Muy frecuentemente resulta de la inhabilidad o falta de oportunidades para establecer y mantener con el resto del vecindario relaciones sociales

amistosas. Y suele enfatizarse puesto que en tales condiciones la familia no recibe feedback acerca de los patrones de cuidado materno utilizados, precisamente porque casi nadie tiene la oportunidad de examinar esos patrones y ofrecer las adecuadas recomendaciones de ajuste cuando las normas son violadas.

Hay, sin embargo, otras opiniones según las cuales las familias maltratadas no necesariamente son familias socialmente aisladas (Thompson y Wilcox, 1995). Algunos padres abusivos están siendo apoyados por redes de protección social que en nada reducen su potencial hacia el maltrato. En otros casos, los beneficios que se reciben resultan inadecuados frente a otros problemas familiares salientes como el uso de drogas, la resistencia a ser socialmente asistidos o la presencia de recursos y habilidades sociales limitadas. Y habrá que tomar en cuenta que en muchos casos el vecindario es más bien una fuente de problemas y no un recurso de apoyo realmente confiable.

Innegablemente, una de las funciones de los sistemas de apoyo social, de la asistencia y la ayuda comunitaria, es precisamente proveer a la familia con modelos que estén regidos por el comportamiento social estándar. Es una forma bastante segura para no tener que renunciar también a los nexos derivados de la conformidad social. Pero el enorme entusiasmo que suele tenerse hacia los sistemas de apoyo social como vía expedita para reducir la violencia en la familia y el maltrato infantil parece no tener verdadero fundamento (Thompson, 1995).

Finalmente, el espacio denominado macrosistema incluye los módulos culturales mayores dentro de los cuales se insertan el individuo, la familia y la comunidad. En este aspecto revisten particular importancia las actitudes sociales mantenidas por la cultura global hacia los niños, la violencia y el castigo físico. Es muy cierto que en la gran mayoría de los países la violencia ha alcanzado niveles que exceden los límites tolerables. Dependiendo de la capacidad social para aceptar y tolerar la violencia, es indudable que, en mayor o menor grado, habrá reflejos básicos de la misma en la estructura familiar. Y que al producirse, esa violencia deberá manifestarse de muy variadas formas, una de las cuales, seguramente, es el maltrato infantil.

Por lo demás, el castigo corporal casi siempre ha sido bien admitido como correctivo disciplinario. Las variaciones del mismo es lo único que puede hacerlo más o menos tolerable. Hay quienes

piensan que golpear al niño en las nalgas con las manos resulta un tratamiento beneficioso y necesario ante el mal comportamiento infantil. Pero la verdad es que a los niños se les golpea con látigos, correas y trozos de cuerda tejidos, que también suelen ser considerados formas de castigo físico[5] 'normal' para ejercer sobre ellos control y garantizar obediencia

En cuanto a las actitudes generalizadas hacia los niños, una de las más dañinas es la que los concibe como propiedades que los padres pueden manejar a su antojo. Esto hace que los derechos infantiles tan estrambóticamente cacareados por casi toda clase de organizaciones sociales, no sean impedimento para que el abuso se cometa casi a cada instante. La verdad es que los derechos infantiles parecen ser distintos a los derechos del resto de la gente. Y quienes se quejan del maltrato a prisioneros culpables de asesinatos y otras monstruosidades, o de los abusos cometidos con los toros de lidia en los ruedos de la fiesta brava, parecen no estar interesados en proponer argumentaciones idénticas cuando se trata de niños.

En sociedades en las cuales la violencia diaria es un aspecto normal en la convivencia humana, donde el castigo corporal es aceptado como una técnica «sana» de control y donde los estilos de crianza asumen que los niños son propiedad de los padres, es bastante difícil, si no imposible, que el maltrato físico pueda ser corregido y ejemplarmente castigado cuando ocurre. Ya sabemos que todo lo que carece de verdadero valor no es bien tratado. Y pareciera que ese es el caso de los niños, a quienes apenas suele concederse un cierto valor dependiente de ciertas actitudes culturales prevalecientes en la sociedad adulta.

Es necesario agregar que la violencia contra el niño no es solamente física o sexual. También se es violento contra el niño cuando se le niega educación, alimentación y abrigo o cuando no se le ofrece los cuidados médicos necesarios, se le retira el afecto, se somete a malos tratos verbales o se le tortura mentalmente sometiéndolo a sistemas de enseñanza carenciales en instituciones educativas de grandes deficiencias.

---

[5] La incidencia de castigo físico en USA para niños entre 0 y 17 años de edad fue de 498,6 x 1000 en 1985 (unos 31.401.329 casos), cifra que excluye las de castigo corporal en instituciones escolares (Emery, 1989).

El niño maltratado

En la literatura referida a maltrato infantil, además de problemas de naturaleza metodológica, muestras escasas y mal definidas, la dificultad más seria parece ser la mezcla del abuso físico, el abuso sexual, el descuido o abandono infantil (y a veces hasta el maltrato psicológico) en una sola categoría de maltrato. Los diferentes tipos de abuso parecen compartir algunas características, pero también deben suponer importantes diferencias... Es lo que se desprende de la poca similitud observable en el tipo de reportes preparados por profesionales para tipologías tan variables de maltrato. A todo lo anterior deben añadirse la escasez de estudios longitudinales y prospectivos y, por supuesto, las agudas diferencias planteadas en la definición operacional del abuso (Egeland et al., 1980).

El maltrato infantil típicamente es definido como un acto o como un acto y sus consecuencias. Cuando lo saliente en la definición es el acto, el maltrato supone golpear a un niño con algún objeto cuyo impacto es recibido en algún lugar topográficamente bien localizado del cuerpo. Cuando la definición se basa en las consecuencias del acto, entonces el maltrato supone daños tisulares que van desde los rasguños y las contusiones, a las heridas, las fracturas y la desfiguración craneofacial (Emery, 1989). Todo lo anterior, evidentemente, se relaciona con el maltrato físico.

Hay otras formas de definir al maltrato, pero ateniéndonos a la consideración de consecuencias que, si bien es cierto no ocasionan daños tisulares significativos, sí entrañan secuelas de naturaleza emocional o psicológica y que pudieran ser los efectos más importantes del abuso cometido. En este caso la referencia principal se hace al abuso sexual y al maltrato psicológico. El problema es que si tratamos de entender el maltrato infantil sin utilizar otros patrones de referencia que no sean los puramente consecuenciales, probablemente estaremos haciendo un mero ejercicio circular que no toma en consideración a sus verdaderos agentes causales.

Por lo demás, el maltrato físico es considerado abusivo solamente cuando se golpea al niño con ciertos objetos y en ciertas partes del cuerpo, pero no cuando los objetos empleados y los sitios de impacto son otros. Así, es abusivo golpear a un niño con la hebilla del cinturón o con el puño, pero no lo es si se le golpea con el cintu-

rón solamente. Es abusivo el trato si el niño es golpeado en la cara, pero no lo es si recibe el impacto en la espalda o en el pecho... Para efectos del presente trabajo, el maltrato infantil será considerado en tres categorías perfectamente bien diferenciadas: el abuso sexual, el maltrato físico y el maltrato psicológico. Cada una de tales categorías será examinada en las páginas que siguen, tratando en lo posible de realizar un acopio distintivo de la literatura disponible.

Abuso sexual

Finkelhor (1984) insiste en afirmar que el abuso sexual durante la niñez juega un importante papel en el desarrollo a largo plazo de una serie de problemas personales que van desde la *anorexia nerviosa* a la prostitución, pasando por ataques depresivos recurrentes. En las páginas que siguen intentaremos examinar alguna literatura relevante contentiva de evidencia empírica sobre las consecuencias reales del abuso sexual y de otros tipos de maltrato infantil, aun cuando una gran parte de esa evidencia resulta bastante contradictoria.

El maltrato infantil del cual nos ocuparemos en esta sección envuelve dos formas de interacción: la imposición forzosa de actividad sexual a un niño y la actividad sexual no coercitiva entre un niño y otra persona mayor. Conviene aclarar que la mayoría de los estudios revisados no coinciden en la categorización anterior. Algunos solamente enfocan la actividad sexual cuando la misma ocurre en contextos extrafamiliares (Weiselman, 1978) y otros se refieren a los abusos sexuales que han sido cometidos por miembros de la propia familia (Goodwin y otros, 1983). Unos estudios tratan el problema con muestras pertenecientes al mismo grupo etario, mientras otros incluyen muestras cuyos rangos etarios son más amplios. Hay unos cuantos trabajos que enfocan exclusivamente el problema del incesto (Frances y Frances, 1976). Varios estudios combinan datos sobre experiencias sexuales infantiles en las cuales se supone que hubo consentimiento, con otros datos a partir de los cuales debe suponerse que la actividad sexual fue forzada (Constantine y Martinson, 1980). Resulta obvio que establecer comparaciones con diseños muestrales tan dispares no siempre resulta tarea fácil. Y a todo lo anterior hay que agregar que una gran parte de tales trabajos se refieren exclusiva-

mente a víctimas del sexo femenino, de modo que cuando se habla de consecuencias, es muy poco lo que se puede decir sobre víctimas masculinas del abuso sexual.

Puede agregarse que en la gran mayoría de los casos las consecuencias de la victimización implican una sintomatología física portadora de grandes niveles de ansiedad, generadora de perturbaciones del sueño y alteraciones de los hábitos alimentarios, sin olvidarse de la otra consecuencia física importante que supone el embarazo. También se han observado efectos sobre la sexualidad de las víctimas, normalmente traducibles en precocidad sexual, masturbación, curiosidad sexual excesiva y exposición frecuente y abierta de los genitales.

En el funcionamiento social general, las consecuencias a corto plazo incluyen dificultades en la esfera del rendimiento académico, altos índices de inasistencia, repitencia y deserción escolar, así como abandono del hogar y matrimonio a edades muy tempranas. Es normal en la misma literatura el señalamiento de conexiones entre abuso sexual, abandono del hogar y delincuencia, aunque tales cuestiones suelen ser también un efecto común producido por el maltrato físico y el abandono. Según Weiselman (1978) un 50% de las víctimas de incesto abandonan el hogar antes de los 18 años. Y un alto porcentaje de los niños que abandonan el hogar, desertan de las escuelas, o que son declaradas como personas extraviadas, han sido víctimas de incesto. Parecidos antecedentes suelen también evidenciarse en una gran parte de las adolescentes que son catalogadas como delincuentes juveniles.

La gran mayoría de los factores de riesgo para el abuso sexual en realidad son factores ambientales. Y aunque no hay una entera coincidencia en los señalamientos, parece ser que los factores primarios de riesgo son la ausencia del padre y el conflicto intrafamiliar (Benedict y Zantra, 1983). Otros factores de riesgo señalados son la pobreza hogareña, el aislamiento social, una fuerte necesidad de atención y las incapacidades físicas, sobre todo aquellas que suponen manejo físico directo del niño. Conviene hacer notar que una gran parte de la evidencia disponible sobre los efectos adversos de la victimización sexual está basada en el trabajo psiquiátrico o en la investigación con muestras clínicas. Y aunque no hay una total coincidencia en la mayoría de los estudios revisados, conviene destacar que mientras

mayor sea la exposición al abuso mucho más graves y duraderas serán sus consecuencias.

Una importante extensión de los nexos entre abuso sexual y posteriores comportamientos sexuales de naturaleza irregular parece derivarse de la relación observada entre el maltrato y la prostitución. En un estudio realizado con prostitutas de San Francisco se reveló que el 60 por ciento habían sido víctimas de maltrato sexual antes de los 16 años. En el mismo estudio se indica que los perpetradores de la ofensa, en su gran mayoría, habían sido los propios padres. Pero también los hermanos y otros familiares cercanos estaban implicados. Un 82 por ciento de las víctimas reportaron un alto grado de coerción en la comisión del acto, y muchas indicaron también heridas, embarazos y enfermedades venéreas (Silbert y Pines, 1981).

El abuso sexual suele también asumir caracterizaciones de naturaleza multigeneracional. En un trabajo sobre incesto abuelo-nieta se pudo determinar que en la mayoría de los casos ya se habían producido abusos sexuales con la hija o con la hija adoptiva (Goodwin y otros, 1983). Los datos obtenidos de las historias clínicas de niños sometidos a abuso sexual y cuyo padre también reporta una niñez de maltratos, tienden a dar crédito a la hipótesis de patrones de abuso intergeneraciones, aunque no necesariamente debe creerse que la relación sea uno a uno. La verdad es que las relaciones causales no han logrado ser bien establecidas. Seguramente hay otras variables de tipo familiar o biológico contribuyentes a la caracterización de familias que son intergeneracionalmente abusivas. Y es muy probable que la proporción de persistencia transgeneracional del abuso sea de un 30%, cifra que tampoco debe ser considerada de escasa significación.

Hay también evidencias de que algunos niños sexualmente maltratados a su vez se convierten en niños sexualmente agresivos, especialmente cuando han sido sometidos a abusos sexuales muy severos. En tales casos suelen señalarse algunos efectos clínicos bastante graves derivados de ese abuso sexual prolongado, tales como perturbaciones de la personalidad, síntomas disociativos y personalidad múltiple (Putnam, 1993). Claro que muchos de tales desórdenes suelen estar también asociados a historias de abuso físico, lo cual, aparentemente, conduce al desarrollo posterior de conductas sexuales violentas. La literatura clínica incluye a la depresión como el efecto a largo plazo más comúnmente reportado por adultos que durante su

niñez fueron víctimas de abuso sexual, muy especialmente cuando la coerción estuvo presente en el hecho. Igualmente se señala la aparición de conductas autodestructivas e intentos de suicidio (Constantine y Martinson, 1980).

Otros efectos generalmente reportados incluyen ataques de ansiedad, miedo, pesadillas, perturbaciones del sueño, hostilidad, nerviosismo, aislamiento, tensión extrema, ansiedad somática, estigmatización, baja autoestima y alienación (Herman,1981). También se ha señalado que las víctimas de incesto evidencian serias dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales íntimas con esposos o compañeros sexuales, así como renuencia a contraer matrimonio.

Aparentemente, las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual cuando niñas también tienden a ser mucho más vulnerables en su vida sexual posterior. Igualmente se suele reportar que este tipo de mujeres vuelven a ser violadas o atacadas sexualmente cuando adultas, y que son víctimas de esposos o de otros compañeros sexualmente violentos, además de que resultan golpeadas con mucha más frecuencia que otras mujeres no victimizadas (Herman, 1981). Las víctimas de abuso sexual temprano tienden también a evidenciar incrementos en sus niveles de conducta sexual (promiscuidad), y hasta se ha llegado a afirmar que tales mujeres emplean un repertorio de conductas sexuales muy estilizadas para obtener atención y afecto (Herman, 1981). Semejante hallazgo, sin embargo, pudiera ser el resultado de las numerosas autoatribuciones negativas que suelen acompañar a este tipo de víctimas y no de su conducta sexual real...

La precocidad sexual y la promiscuidad derivadas debieran ser entendidas como una alteración en la normativa conductual de la niña como efecto de la participación temprana en actividades sexuales sin consentimiento, y que probablemente pudiera terminar en prostitución tardía (Silbert y Pines, 1981). En la literatura hay cierto apoyo empírico también para la idea de que el abuso sexual temprano conduce al empleo posterior de drogas, especialmente alcohol. Por lo menos un tercio de la muestra clínica que se describe en Herman (1981), oriunda de relaciones incestuosas, reconoció haber empleado las drogas y el alcohol.

Finalmente, en McMillen, Zuravin y Rideout (1995) se reportan percepciones de 154 mujeres de bajo ingreso que fueron sometidas a abuso sexual cuando niñas. Casi la mitad (46,8%) de la muestra, pa-

radójicamente, asumió la derivación de algunos beneficios a partir del infortunio sufrido. Los beneficios se agrupan en cuatro categorías:

(1) disposición más elevada a proteger a los propios hijos de experiencias similares;
(2) tendencia más directa a evitar volver a ser victimizadas;
(3) mejor conocimiento del abuso sexual infantil y de sus consecuencias; y
(4) mayor sentimiento de fortaleza personal.

El grado de percepción de tales beneficios se asocian con varios indicadores de mayor ajuste personal. Hay indicaciones de más alta autoestima en quienes reportan mayor fortaleza; y quienes afirman mejor conocimiento del abuso sexual infantil mantienen puntos de vista más favorables sobre los otros.

Caracterización del abuso sexual

Aun cuando una gran parte de los estudios (Williamson y otros, 1991; Constantine y Martinson, 1980; Silbert y Pines, 1981; Benedict y Zantra, 1983) ofrecen resultados contradictorios, la especulación acerca de cuál tipo de abuso produce cuál tipo de efecto ha conducido al señalamiento de varias situaciones en las cuales el maltrato se produce, y a intentar dilucidar, por lo menos en la experiencia clínica, las características diferenciales de esas situaciones en términos de consecuencias para la víctima. Aparentemente los efectos más graves se producen:

(a) cuando el abuso sexual es prolongado;
(b) cuando ocurre con un familiar muy próximo;
(c) cuando supone penetración, y
(d) cuando está acompañado de agresión.

A esta lista se añaden otras características que agravan las consecuencias de la victimización, y entre ellas sobresalen: participación del niño en algún grado, la negativa de los padres a revelar el abuso y la edad en la cual el maltrato se realiza (Williamson y otros, 1991).

La gran mayoría de los clínicos coinciden en que mientras más tiempo dure la experiencia del maltrato sexual muchos más traumáticos serán sus efectos para el niño (Tsai y otros, 1979). Por lo general se ha encontrado que la salud mental general de las víctimas adultas

(medida por indicadores como depresión, psiconeurosis, ideación suicida y consultas al psiquiatra) es peor en los casos en que el abuso tuvo larga duración (más de cinco años). Otros estudios, sin embargo, no han evidenciado relación alguna entre larga duración del abuso y efectos traumáticos posteriores. Y hay, incluso, estudios en los cuales se indica una relación inversa: víctimas de experiencias duraderas de abuso sexual reportaron menos traumas (Courtois, 1979).

También se hallan serias inconsistencias en lo relativo al tipo de parentesco y calidad del trauma generado. Algunos trabajos asientan que el trauma mayor se produce cuando el niño es víctima de un pariente próximo (padre, hermano, abuelo). Otros reportes indican que la experiencia es más traumática si se realiza con una persona distante, porque el acto supone mucha más agresión y miedo, siendo, por ello, más negativa (Benedict y Zantra, 1983). Pareciera que la distinción pariente/no pariente no es un buen predictor del trauma en víctimas del maltrato sexual.

La literatura resulta mucho más consistente en la consideración del trauma cuando la relación envuelve al padre o a figuras paternas, si se compara con casos en los cuales el abuso ha sido cometido por otras personas dentro o fuera de la familia. Aparentemente el nivel de ansiedad es menor cuando se trata del padre biológico que cuando se trata del padre adoptivo (Finkelhor, 1984; Russell, 1986).

Al examinar lo referente al tipo de abuso sexual, también la relación con el trauma es alta. Tal parece que las consecuencias son peores cuando el abuso supone la realización del acto sexual completo y no cuando solamente se refiere al simple manoseo de senos y genitales. De acuerdo con esto, la penetración es la variable que explica en más alto grado la severidad del desajuste mental posterior sufrido por la víctima, seguido por coito anal, fellatio, analingus y cunnilingus. En general y pasando por sobre las numerosas inconsistencias observadas en la literatura, puede decirse que los contactos sexuales menos íntimos se asocian con secuelas psicoso-ciales de menor impacto.

En la consideración de los casos individuales, creemos que el uso de la fuerza en la comisión del abuso es una de las mayores influencias traumatogénicas a tomar en cuenta. En cuanto a la disputa de si los efectos son peores cuando al abuso se comete con niños de corta edad tampoco logra una solución satisfactoria. En este caso todo se resuelve sobre la base de suposiciones según las cuales los niños

más pequeños resultan más vulnerables debido a su mayor impresionabilidad. Pero pudiera también pensarse que es precisamente su ingenuidad la protección más fuerte que tienen estos niños contra los efectos traumáticos del abuso.

De todos modos, los efectos son más desastrosos cuando el abuso es cometido antes de la pubertad, aunque algunos estudios sugieren una tendencia no significativa en la asociación entre abuso sexual a corta edad (antes de los 9 años) y trauma a largo plazo (Finkelhor, 1984; Russell, 1986). La verdad es que hasta que no se realicen estudios analíticos más sofisticados no puede afirmarse nada definitivo sobre supuestas relaciones no significativas entre la edad de los niños y los efectos del maltrato sexual.

En cuanto a la actitud de los padres y su relación con los efectos a largo plazo del maltrato sexual, parece ser que cuando las madres reaccionan con rabia y actúan punitivamente sobre el niño, éste manifiesta perturbaciones conductuales mayores. Pero ningún estudio ha logrado demostrar que una respuesta maternal positiva necesariamente conduce a mejores índices de ajuste. Si bien es cierto que una reacción negativa tiende a agravar el trauma producido, también es cierto que una reacción positiva de los padres no lo mejora...

Hacen falta más análisis que examinen el tipo de reacciones maternas y expliquen su efecto sobre el niño, especialmente cuando éste ha sido víctima de una relación incestuosa. De la misma manera es importante abordar el tipo y la calidad de la respuesta institucional frente al problema. Aparentemente, cuando el niño es removido de su hogar después de haber sido sexualmente maltratado con severidad, suele evidenciar más problemas conductuales graves (especialmente agresión) que cuando permanece en la familia. Al enjuiciar las consecuencias del abuso sexual debe considerarse el hecho de que muchos niños son víctimas del mismo debido a ciertas condiciones de naturaleza premórbida como el conflicto familiar o el abandono. Hay otras situaciones de su entorno familiar (alcoholismo parental, por ejemplo) que suele hacerlos mucho más vulnerables. Habrá que considerar también que la experiencia de maltrato para el niño puede ser de escaso significado comparada con el tipo de reacciones sociales posteriores que suele desencadenar el conocimiento del abuso entre miembros de la familia. Una reacción exagerada puede ser más dañina para el niño que el mismo acto sexual practicado con o sin su consentimiento.

Incesto

A pesar de las fuertes prohibiciones morales y sociales en torno al incesto, es evidente que las relaciones sexuales entre miembros de la familia realmente existen y son más frecuentes de lo que generalmente se piensa. Se sabe que en la mayoría de los casos los abusos sexuales con niños son cometidos por personas muy próximas y que una gran parte de los responsables son los propios familiares del menor (abuelo, padre, madre, padre adoptivo, hermano, hermana). Pero debido precisamente al secreto que suele rodear la violación de este tabú sexual, la literatura clínica disponible sobre el mismo es muy escasa.

Dadas las implicaciones sociales que supone este tipo de delito, una buena parte de los hechos de tal naturaleza no son conocidos. Y de los casos conocidos, la proporción dominante suele estar representada por relaciones incestuosas, con un patrón que casi siempre se repite: el 92% de las víctimas infantiles son hembras y el 97% de los ofensores son varones (Russell, 1986). Por otra parte y debido a la fuerte respuesta emocional que el incesto provoca, también el análisis desapasionado del mismo es muy escaso. La mayoría de la información procede de casos llevados a las cortes, pero, en general, la respuesta común suele ser la negación del acto, inducida al niño mismo por la propia madre o por el terapeuta, dado lo repugnante que resulta. El propio Freud (1897) se muestra incrédulo ante las respuestas de sus pacientes femeninos. Y es a partir de esa incredulidad que parece desarrollar sus conceptos de sexualidad y neurosis infantiles.

Freud se negaba a creer que actos de tal naturaleza pudieran producirse en familias respetables. Y en lugar de ahondar en las declaraciones de sus fuentes, él y sus seguidores continuaron presumiendo fantasías y de este modo convirtieron los deseos y las fantasías infantiles en el eje de la indagación psicológica.

No es del todo cierto que el incesto sea típico de familias empobrecidas. El análisis de casos individuales revela que los padres incestuosos proceden de prácticamente todas las clases sociales y todas las profesiones (Cox, 1981: 206). Independientemente de la clase social de adscripción, las características dominantes en la familia son, por un lado, la desorganización y, por el otro, la carencia de nexos afectivos sólidos entre madres e hijas. Las madres en estas familias o estaban parcialmente incapacitadas o sufrían alguna enfermedad, incluyendo

alcoholismo. Muchas de ellas habían pasado toda o una gran parte de su niñez en orfanatos o habían sido abandonadas por sus padres, lo cual había impedido un aprendizaje real de los roles maternos y facilitado en ellas la tarea de no actuar como agente restrictivo de la conducta del padre (Meiselman, 1978). Sea como fuere, su condición las mantenía alejadas de las responsabilidades hogareñas, que normalmente pasaban a manos de la hija mayor.

Por otra parte, entre los futuros padres incestuosos parecen abundar las historias de deprivación emocional temprana y las situaciones hogareñas de moderados a extremos niveles de pobreza. También parecen haber sufrido durante los años de formación la deserción de su propio padre, además de haber abandonado sus hogares cuando jóvenes y vivido por su cuenta en ambientes no familiares hasta que se casaron y fundaron sus propias familias. De acuerdo con Riemer (1940) la ausencia de la figura paterna a edades tempranas puede ser un factor importante en el desencadenamiento de la conducta incestuosa, porque facilitaría ignorar el tabú del incesto al no enfatizar lo suficiente el valor especial que tiene la relación padre-hijo.

También se ha establecido en quienes cometieron incesto con hijas menores de 12 años una muy pobre relación con sus padres y preferencias muy notables por sus madres, lo cual parece sugerir el deseo por una unión incestuosa con la progenitora, de naturaleza claramente edípica, o el deseo de venganza hacia la madre vista como fuente importante de deprivaciones. Cuando la relación incestuosa ocurre con hijas mayores de 16 años el cuadro suele cambiar completamente: las relaciones del padre incestuoso con sus progenitores son buenas, sin preferencias por ninguno de los dos. Y pareciera que mientras más 'saludables' hayan sido los antecedentes familiares y los nexos con la familia de origen, mucho más tardía es la relación sexual con la hija (Meiselman, 1978).

El cociente intelectual del padre ha sido objeto de mucho debate frente a la noción de incesto. Se ha dicho, por ejemplo, que una inteligencia subnormal contribuye mucho al desarrollo de la conducta incestuosa (Weinberg, 1955). Pero también han sido identificados padres incestuosos con inteligencia normal y superior. Los padres cuya relación incestuosa se realizó con hijas menores de 12 años eran padres bastante inteligentes, mientras que aquellos cuyo incesto se efectuó con hijas mayores de 16 años resultaron ser padres de inteligencia

inferior al promedio, lo cual parece sugerir que el desajuste personal puede ser un factor más importante en la determinación del incesto prepuberal que la inteligencia (Gebhard y otros, 1965). La etiología del incesto incluye también dominación paterna, abuso físico, promiscuidad, psicosis, drogas, alcohol, hipersexualidad, personalidad psicopática, desórdenes paranoides y pedofilia. Y en la madre se han señalado otras características que parecen ser contribuyentes poderosos al desarrollo de una relación incestuosa en el hogar: pasividad, dependencia, promiscuidad sexual y masoquismo (Meiselman, 1978).

La reacción de la hija frente a los avances sexuales de su padre fluctúa entre resistencia y aceptación del acto incestuoso. La mayor parte de las veces la hija es intimidada y obligada a la relación, actuando entonces como participante pasiva. En algunos pocos casos la hija colabora abiertamente con el padre, pero casi siempre la conducta generalizada es la resistencia pasiva (Riemer, 1940; Weinberg, 1955). Hay una cierta tendencia entre las hijas mayores a ser más cooperadoras, pero, en general, puede decirse que la conducta de la hija frente a los avances sexuales del padre puede clasificarse así: cooperación inequívoca, pasividad sin evidenciar resistencia, pasividad por temor al castigo del padre (con ofrecimiento de resistencia) y resistencia inequívoca que desafía los ataques del padre.[6]

Algunos investigadores clínicos han observado que la actividad sexual incestuosa puede ser placentera en casos de niñas que han sido severamente deprivadas de afecto físico. En otros casos puede existir la ocurrencia de gratificaciones no sexuales (recompensas materiales o adquisición de estatus de niña 'favorecida') que ayudan al mantenimiento de la relación incestuosa. En solamente una minoría de los casos han sido detectadas motivaciones sexuales verdaderas, muy especialmente cuando se trata de padres adoptivos (Maisch, 1972).

---

[6] La palabra pasividad en este caso significa muchas cosas: la más pasiva de todas es la hija que pretende estar dormida cuando su padre llega hasta su lecho durante la noche; cuando la niña es muy joven, pasividad puede significar la construcción de la relación incestuosa como un juego; pasividad también puede ser aceptación del acto por temor a las represalias del padre; y puede significar que la hija en realidad está recibiendo gratificación sexual del padre, lo cual explicaría la duración de muchas relaciones incestuosas durante años, especialmente cuando se trata de padres adoptivos.

Una vez iniciados los avances sexuales del padre hacia la hija, ésta generalmente no acude a la madre por ayuda o protección, simplemente porque tal protección no es esperable, o por miedo. En muchos casos las madres suelen enterarse de la situación pero la ignoran o actúan frente a ella con total indiferencia. Algunas madres reaccionan enviando a sus hijas a cargo de instituciones o impidiendo que el incesto se conozca, protegiendo de este modo al marido por el simple temor a perderlo. En una buena proporción de los casos, las relaciones madre-hija son reconocidas como abiertamente hostiles y acompañadas de actitudes maternas notoriamente ambivalentes, injustas y crueles.

Algunas consecuencias del incesto

Las mujeres víctimas de incesto, mucho más que la población general, evidencian un riesgo mayor de problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, baja autoestima, ideación suicida, sentimientos de culpa, desórdenes alimentarios, uso de drogas y relaciones interpersonales conflictivas. Quejas muy frecuentes en este tipo de personas suelen ser también un ajuste social pobre, aislamiento y desconfianza en los otros. La rabia y la hostilidad suele ser otro de los problemas confrontados por las víctimas de incesto, pero no expresadas hacia el abusador sino manifiesta en las interacciones con los otros, lo cual daña fuertemente las relaciones interpersonales (Freedman y Enright, 1996).

Los efectos del incesto en la conducta sexual posterior de quienes han sido sus víctimas parecen ser muy consistentes. La mujer adulta víctima de una relación incestuosa, cuando decide casarse, pasa luego a quejarse de severos conflictos maritales, de malos tratos o de indiferencia frente a los reclamos sexuales de su cónyuge. Y cuando permanece soltera, entonces se queja de profundas distorsiones en sus relaciones con los hombres, traducibles en sentimientos negativos hacia ellos (Cox, 198l).

En muchos casos tales mujeres se relacionan con hombres intensamente crueles y abusivos, y suelen tolerar dosis muy altas de maltrato. Las razones para este tipo de relaciones masoquistas parecen residir en una autoimagen negativa que las hace verse a sí mismas como socialmente «marcadas», o como expiando su culpa y aliviando

su vergüenza dándose y sirviendo a otros y aceptando ser usada sin reparos y casi con orgullo. Buena prueba de que la relación incestuosa verdaderamente hizo daño y dejó en ellas marcas indelebles...

Cuando estas mujeres se convierten a su vez en madres lucen preocupadas por el temor a no ser capaces de realizar una buena crianza. Muchas buscan asistencia psiquiátrica cuando descubren sentimientos de rabia y resentimiento hacia los hijos, especialmente las hembras. En algunas persiste el temor de que sus hijas sean también víctimas del incesto y terminan por crear el «clima» hogareño ideal para que la condición incestuosa se repita...

Un buen resumen de las consecuencias del abuso sexual puede plantearse en los siguientes términos: para niños en edad preescolar, suelen ser comunes síntomas como ansiedad, pesadillas, depresión, inhibición, estrés postraumático generalizado, agresión, conducta antisocial y conducta sexual inadecuada. Para niños en edad escolar los síntomas suelen ser miedo, neurosis, agresión, hiperactividad, problemas escolares, pesadillas y conducta regresiva. En el caso de los adolescentes, los síntomas son aislamiento, depresión, conductas autodestructivas y suicidas, trastornos somáticos, actos ilegales, uso de drogas y abandono del hogar.

En los tres grupos de edad la depresión resulta ser un síntoma sobresaliente, así como los problemas escolares y de aprendizaje. Del mismo modo, la conducta sexual inadecuada es también uno de los efectos prominentes, que parece permanecer en estado de latencia durante los años escolares para emerger luego durante la adolescencia como promiscuidad, prostitución y agresión sexual (Kendall Tackett y otros, 1993).

Anécdotas sobre incesto

Se cree que el tipo de incesto más generalizado en la familia nuclear es el perpetrado entre hermanos, que suele ser también menos severamente criticado que otros tipos de incesto. Debido a lo menos riguroso del tabú, pareciera razonable suponer que el incesto entre hermanos ocurre con mucha más frecuencia en la población general (Lester, 1972). También se piensa que de todos los tipos de relaciones incestuosas la menos común es el incesto madre-hijo. De hecho en la

muestra de 203 casos registrados por Weinberg (1955) solamente dos fueron de este último tipo.

La literatura suele establecer una muy clara relación entre psicopatología e incesto madre-hijo. Para Barry (1965) y en casi todos los casos, el hijo subsecuentemente se vuelve psicótico. Para Frances y Frances (1976), en aquellas familias donde el incesto madre-hijo es consumado, uno de los dos o ambos miembros de la relación siempre son psicóticos.

Se conoce una relación consensual establecida entre una madre y su hijo en la cual no se reconoció deficiencia mental o psico-patología alguna. La familia vivía en una región aislada de Kentucky y el padre era un borracho que abandonó a la familia cuando su hijo tenía 23 años. El médico aconsejó a éste que era su deber permanecer al lado de la enfermiza madre y tomar el lugar de su padre en el hogar. Evidentemente, el hijo tomó el consejo del galeno demasiado al pie de la letra, y cuando el incesto fue revelado, no manifestó sentimientos de culpa de ninguna clase porque «una autoridad le había dicho que lo hiciera...» (Barry y Johnson, 1958).

Otro caso es el de un joven que, en medio de un episodio de esquizofrenia paranoide, intentó el coito con su viuda madre. Las voces le decían que era necesaria la relación con alguien, pero que al tenerla con otra mujer estaría actuando como un hijo infiel. O el caso de un joven de 21 años, quien en medio de una crisis de esquizofrenia sufrida inmediatamente después de la muerte de su padre, consumó el incesto en el dormitorio de la madre (Meiselman, 1978).

En cuanto a relaciones incestuosas iniciadas por la madre, los casos examinados parecen revelar mayor psicopatía en la madre que en el hijo, cuyas perturbaciones suelen aparecer luego del incesto. En varios casos de jóvenes esquizofrénicos se ha observado en sus madres conductas groseramente seductoras, y parece no haber duda de que el tipo de conducta materna contribuye en alto grado al desarrollo de formas patológicas severas en el hijo. En otros casos la relación sexual nunca llega hasta el coito y se reduce a manipulación genital pretendiendo razones 'higiénicas'. En Berry (1975) se describe el caso de un joven de 17 años en tratamiento por homosexualidad, cuya madre no solamente acostumbraba dormir con él durante la niñez y la adolescencia temprana sino que también insistía en inspeccionar regularmente su pene «para ver si estaba creciendo adecuadamente».

Por lo menos en una ocasión la madre pidió al joven le inspeccionara también sus genitales.

Otro caso ligeramente distinto es el de un joven esquizofrénico de 20 años que estaba manteniendo una continua relación sexual con su madre a instancias de ésta. Cuando se le hospitalizó por un brote esquizofrénico agudo, el joven hizo referencias a estimulaciones sexuales realizadas por la madre, que no fueron tomadas en cuenta. Pero pronto se notó que cada vez que se le daba de alta y se dejaba al cuidado de su madre, regresaba al hospital en estado catatónico. Cuando se intentó impedir que el joven regresara al hogar, la madre escribió cartas a su representante en el Congreso y a la Legión Americana para quejarse de interferencia con su 'amor maternal'. La madre era una mujer muy inestable que se había casado cinco veces. Cuando estaba casada, rechazaba a su hijo con extrema crueldad. Pero cuando carecía de un compañero sexual, entonces se volvía hacia su hijo y se hacía extremadamente sobreprotectora y solícita. La relación generalmente se iniciaba con la consigna de que se volvería homosexual si no aceptaba el «entrenamiento especial» que le ofrecía. Es obvio que en este caso la relación incestuosa había precipitado el brote esquizofrénico (Wahl, 1960).

Maltrato físico

En el análisis del maltrato físico, una gran parte de la consideración ha sido concedida a la intencionalidad del acto. Y la intención típicamente se define como el deseo de dañar a la víctima, pero generalmente evaluada tomando en cuenta la deseabilidad social del acto, que pudiera ser simplemente disciplinario, o asumiendo que el daño ocurrió por accidente. Es obvio que en la evaluación deben ser también tomadas en cuenta la cronicidad del acto y la severidad de sus consecuencias sobre el niño, anotando que estas últimas pueden ser físicas o psicológicas.

En la literatura revisada (Deykin y otros, 1985; Burgess y Conger, 1978) es común observar un apoyo creciente a los modelos que incluyen la interacción de características parentales, atributos del niño y factores ambientales en la explicación del maltrato infantil. Derivados de tales modelos aparecen ciertos factores de riesgo que, de algún

modo, pueden ser utilizados como punto de partida para lograr una mejor comprensión del problema y sirven como guía valedera para plantear nuevas y mejores indagaciones, aun cuando una gran parte de la evidencia aportada hasta ahora no resulta del todo concluyente y limita en alto grado una verdadera generalización de los resultados.

Un factor de riesgo ampliamente investigado tiene que ver con niños prematuros y niños de bajo peso al nacer (Goldberg, 1979), cuestiones que se consideran indirectamente relacionadas con el maltrato, debido a que suponen características neonatales que producen una seria disrupción en el proceso de relación afectiva con los padres y crean profundas resistencias en la madre para el establecimiento de niveles de apego adecuados con el hijo. Otros autores (Knutson, 1995), sin embargo, no han logrado esclarecer la plena vigencia de la misma conclusión. Las enfermedades tempranas de la niñez también han sido vistas como desencadenantes de abuso y descuido infantil, particularmente en los tres primeros años de la vida. Muy especialmente los niños con retardo físico o mental parecen originar grandes dosis de estrés crónico lo cual hace a sus padres o cuidadores proclives a la comisión de abusos.

Aparentemente, los niños con dificultades cognitivas, sensoriales, lingüísticas o motrices, lucen muy expuestos al maltrato. Y el problema en estos casos parece ser doblemente preocupante habida cuenta de que la condición puede ser derivada del maltrato mismo. Sea como fuere, la evidencia reportada sugiere que en un 47% de los casos de maltrato físico registrados, un factor de riesgo relevante ha sido precisamente alguna deficiencia en el niño (Knutson, 1995). Los niños sometidos a maltratos exhiben significativos retrasos en sus índices de desarrollo, además de que suelen evidenciar cocientes intelectuales bajos, baja inteligencia verbal, problemas de aprendizaje o desajustes emocionales. Algunas de estas condiciones suelen conducir a los niños en edad escolar a mostrar severos problemas académicos, que luego se convierten en elementos redundantes asociados al maltrato.

Además, las interacciones punitivas de padres o cuidadores pueden ser desencadenadas cuando el niño o la niña son poco atractivos. Indagaciones al respecto señalan que la apariencia funciona como disruptor del afecto que una madre puede prodigar a su hijo, y que ello puede influir en la emergencia del maltrato, igual que las anormalidades físicas. Por lo demás, parece ser que la visión que

tienen los padres del niño maltratado es más negativa que la del niño no maltratado, aún en la misma familia. Y esto pudiera dar origen al empleo de estrategias erradas en el manejo de problemas conductuales, lo cual acarrearía muy serias desviaciones en los estilos disciplinarios usados por los padres para influenciar la conducta infantil.

Por otra parte, la mayoría de los reportes conducentes a una evaluación de las características conductuales de los niños sometidos a abuso físico[7] coinciden en señalar que este tipo de niños evidencian más conductas negativas, suelen ser más desordenados, ansiosos, hiperactivos, más agresivos y con un número mayor de problemas de atención y concentración que los niños normales.

Es obvio que la probabilidad de que el padre o la madre amenace o golpee a su hijo va a estar en gran parte determinada por el tipo de problemas conductuales que el niño presenta. De este modo, el abuso pudiera ser visto unas veces como consecuencia de un repertorio conductual infantil inadecuado (que desencadena en los padres la interacción punitiva), pero también puede ser considerado como antecedente (la sistemática interacción punitiva puede generar fracciones aversivas de conducta inadecuada). Esto convierte el problema en algo positivamente difícil de examinar y evaluar con precisión. Pero todo el asunto simplemente sugiere que en la ontogenia de las conductas inflexibles y desadaptadas de los niños sometidos a maltrato, pueden estar implicados ciertos patrones de interacción parental evocadores de respuestas agresivas en el niño...

En el caso de la hiperactividad y los desórdenes de atención, por ejemplo, parece ser que los padres ejercen un control físico mucho más intenso y evidencian rasgos actitudinales menos positivos en sus interacciones. Además, la evidencia documentada de abuso sobre tales niños es mucho más significativa y seguramente desencadenada por las reacciones de irritabilidad que tales desórdenes producen en los padres (Burgess y Conger, 1978). Algunos reportes destacan que los niños que son víctimas de maltrato físico suelen sufrir de depresión y evidenciar un riesgo más elevado hacia el suicidio (Deykin y otros,

[7] Para 1985 fueron registrados en Estados Unidos 1.480.007 casos de abuso físico entre niños de 0 a 17 años (23,5 x 1000). En 1991 se reportaron 673.500 casos (10,5 x 1000) entre niños del mismo grupo de edad (National Youth Survey, 1991).

1985). Y una historia continuada de abuso físico suele estar asociada con altos niveles de ansiedad, además de que también puede producir conductas de automutilación.

Por lo demás, los estilos parentales que suponen rechazo o que se caracterizan por la insensibilidad o por bajos niveles de responsabilidad durante el primer año de la vida del niño, suelen conducir a patrones de apego infantil inseguros. Se ha demostrado (Matas, L. y otros, 1978) que ese tipo de apego infantil suele predecir deficiencias posteriores en la ejecución de competencias que tienen que ver con la interacción, la exploración del espacio no personal, el juego simbólico y el desarrollo de habilidades cognitivas. Cuando los esquemas de apego son realmente carenciales puede observarse en el niño un mayor número de conductas de evitación y de rechazo hacia cuidadores no parentales, además de frustración, agresión, afecto negativo, niveles inferiores de desarrollo y bajas en los procesos de integración social, emocional y cognitiva.

Maltrato psicológico

Comparado con el maltrato físico y el abuso sexual, el maltrato psicológico (también llamado «daño mental», «abandono», «maltrato emocional» o «abuso emocional») resulta más difícil de identificar y definir. Sus caracterizaciones ofrecen un amplísimo rango de actitudes presentes en padres y cuidadores que van desde amenazas de matar o abandonar al niño hasta esos otros actos de crueldad manifiesta como encerrarlo en un closet bajo llave... El término en realidad engloba todos los aspectos cognitivos y afectivos derivados del maltrato infantil, incluyendo, por supuesto, aquellos que son propios del abuso sexual y el maltrato físico.

Este tipo de maltrato[8] suele conducir a problemas emocionales y conductuales muy severos en el niño, que se asocian a problemas de aprendizaje durante la edad escolar y a otro tipo de problemas

[8] La incidencia del maltrato psicológico en niños entre 0 y 17 años en Estados Unidos ha sido estimado en 3,0 por 1000 para 1988 (unos 188.100 casos) y en 2,5 por 1000 para 1991 (unos 161.640 casos). (National Youth Survey, 1991).

durante la edad adulta. Entre sus consecuencias más directas suelen mencionarse bajas en la autoestima, desajustes emocionales, agresión, dependencia, subrendimiento, depresión, así como conductas homicidas y suicidas. El maltrato psicológico supone toda una gama de amplias categorías conductuales exhibidas por padres o cuidadores tendentes a evitar en el niño la plena satisfacción de necesidades psicológicas básicas, que inhiben o dañan su funcionamiento físico, conductual, cognitivo o afectivo, y que puede ser expresado en actos como rechazar, aislar, ridiculizar, aterrorizar, ignorar, degradar, amenazar o corromper (Rosenberg, 1987).

Tales categorías adquieren significado formal cuando los padres castigan emocional o verbalmente al niño, cuando consistentemente niegan atención a sus necesidades, cuando se previene o se castiga el desarrollo normal de habilidades interpersonales, se interfiere en el logro de su autonomía personal e integridad o se inhibe de algún modo la ejecución de sus potencialidades. Varias de esas cosas se logran mediante el rechazo sistemático, por medio del ridículo o usando esquemas disciplinarios coercitivos, rígidos y erráticos; o cuando se fundan para el niño expectativas conductuales no realistas, se le obliga a vivir en un ambiente familiar caótico o no se le ofrece asistencia o amparo emocional. El maltrato psicológico parece ser la forma más inclusiva del maltrato infantil, porque (a) está presente en todas las formas de maltrato; (b) sus mayores efectos negativos son de naturaleza psicológica, y (c) en muy alto grado aclara y unifica los procesos que subrayan el poder destructivo de todas las demás formas de maltrato (Hart y Brassard, 1987).

Existen características cuya correlación con el maltrato psicológico es muy alta. En las madres y cuidadoras tales características son agresión, historias de abuso, necesidades psicológicas básicas no satisfechas y estrategias de cuidado infantil deficitarias. En la familia, tales características suelen ser dificultades económicas y conyugales, falta de apoyo social y aislamiento extremo. Y en el niño, las deficiencias físicas o intelectuales y los tipos temperamentales difíciles. De nuevo, la relación entre tales características y el maltrato no debe ser entendida como una relación uno a uno. Hay familias que deben soportar altos niveles de estrés económico y social y, sin embargo, no cometen abusos; y hay niños cuyas características conductuales son consideradas aberrantes pero que no desencadenan conductas abusivas en sus padres o cuidadores.

Tampoco es correcto asumir que el maltrato psicológico es subproducto de la familia solamente. Este es el tipo de maltrato que parece más generalizado y cuya recurrencia en el plano institucional no debe ser ignorado. Algunas prácticas escolares y muchas maestras lo producen diariamente cuando deciden ejercer el control de los niños vía intimidación y degradación, cuando limitan la interacción normal aislando al niño o cuando insisten en someterlo y limitar su independencia. La verdad es que el maltrato psicológico generado en las aulas escolares por prácticas docentes de alta rigidez, durante mucho tiempo ha sido ignorado por investigadores y profesionales y es muy poco lo que actualmente se hace para corregirlo (Escalante, 1980).

Al tratar de entender porqué la victimización de los niños es tan común en muchas sociedades surgen algunas generalizaciones que resultan perfectamente aplicables. Una de ellas tiene que ver con la evidente incapacidad física del niño para protegerse de quienes abusan de él basados en su mayor poder y fuerza. La otra se refiere a la tolerancia social del castigo físico, basada en la creencia muy generalizada de que los niños son propiedad de los padres. Y, finalmente, las escasas escogencias de asociación disponibles para los niños es otro factor de riesgo. El niño que vive en un vecindario peligroso no puede decidir mudarse a otro lugar en busca de protección. Tampoco puede hacerlo el niño que vive en familias que sistemá-ticamente lo maltratan. Esta falta de escogencia sobre las personas y sobre los ambientes hace a los niños mucho más vulnerables ante la victimización hogareña y la amenaza callejera.

Uno de los problemas que debe enfrentarse y resolverse es tratar de determinar si las formas de victimización ocurren aisladamente o si algunos tipos de violencia (como el abuso sexual) crean otras vulnerabilidades (como el maltrato físico). Del mismo modo, conviene indagar de qué manera los niños procesan el trauma derivado y cómo los efectos del maltrato se expresan a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo infantil. También es importante determinar cuál es el curso que siguen la sintomatología y el proceso de recuperación a lo largo del tiempo y cómo pueden incidir tales procesos no solamente en el plano conductual y emocional sino de qué manera afectan el desarrollo social y cognitivo posterior del niño. Y, además, habrá que incidir en el efecto que el apoyo y la protección familiar tienen sobre el niño victimizado.

¿De tal palo, tal astilla?

La teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia pareciera ser un buen punto de partida para intentar examinar por qué hay padres abusivos y padres que no lo son. La teoría (Curtis, 1963; Spinetta y Rigler, 1972) sostiene que cuando los padres fueron sometidos a abusos durante su niñez es más alta la probabilidad de que también sean abusivos con sus propios hijos, pero en ningún caso la relación debe ser considerada de uno a uno: muchos padres que fueron maltratados no acostumbran maltratar a sus hijos, de modo que la teoría no puede ser tomada como punto de partida único para explicar los casos numerosos de abuso infantil que se cometen.

Los distintos puntos de vista teóricos sobre el funcionamiento de la personalidad han dado origen a distintos modelos explicativos del maltrato infantil. Ello supone la evaluación de ciertos atributos de la personalidad de los padres que pudieran convertirse en indicadores de ciertas fallas caracterológicas que definirían comportamientos agresivos derivados de pérdida de control, aislamiento, distorsión de problemas infantiles o emergencia de resentimiento y rabia, convertida luego en ataques contra los miembros de la propia familia.

Una de las conceptualizaciones iniciales asigna la primacía a factores afectivos, cognitivos y motivacionales, descartando de algún modo la importancia que pudieran tener en el problema las variables ambientales contemporáneas. El modelo, a veces denominado psiquiátrico, en forma general sostiene que el control de impulsos, la autoestima o la depresión pudieran ser elementos participantes en la conducta abusiva de los padres. En suma, el modelo asigna toda la responsabilidad a la psicopatología parental (Spinetta y Rigler, 1972; Sloan y Meier, 1983).

El otro punto de vista es el modelo interaccional social (Burguess y Conger, 1978; Wolfe, 1985) que insiste en el cruce de influencias conductuales entre los miembros de la familia como antecedentes básicos que precipitan el abuso. El modelo destaca los segmentos conductuales actuales del padre abusivo en el contexto familiar y comunal, al mismo tiempo que incide en su historia de aprendizaje y su experiencia interpersonal, características predisponentes que contribuyen de manera muy importante al desarrollo de episodios abusivos o patrones conductuales tendentes al abuso. La idea es des-

tacar que tanto la presencia de conductas aversivas en el niño como los niveles de estrés presentes en el contexto familiar, son condiciones precipitantes que interactúan con la experiencia y la competencia parental para dar origen a las conductas de maltrato.

En el tratamiento del tema del abuso infantil es común encontrar la expresión «desorden severo de personalidad». También es común que la expresión sea intercambiable por conceptos como «inadecuado control de impulsos» o «personalidad inmadura». Pero la verdad es que la tendencia actual parece descartar la idea de que detrás de un padre abusivo exista un 'defecto' de personalidad que justifique una expresión demasiado «libre» de los impulsos agresivos. Y lo que surge como contrapartida en la comparación de padres abusivos y padres que no lo son, es una serie de diferencias conductuales que son situacionales, y que tienen mucho que ver con percepciones y expectativas en relación con los niños, los esquemas de interacción familiar y el volumen de las dificultades sentidas.

Los hallazgos revelan que la habilidad parental suele ser significativamente influida por eventos que están dentro o fuera de la familia. El padre o la madre pueden evidenciar dosis elevadas de estrés emocional cuando se les expone a una serie de demandas difíciles de controlar. Y ello originaría síntomas diversos expresables por el individuo de modo contextual y en situaciones como la crianza de los hijos o el conflicto familiar. Conductas como agresión, depresión, abuso verbal o físico, pueden ser reacciones parentales frente al estrés familiar, muchas veces y en dosis variables, producido por demandas infantiles aversivas.

Los padres abusivos perciben el ambiente como más adverso, estresante y difícil de predecir. Tales percepciones suelen mostrar una fuerte asociación con el fracaso de tales padres para emplear las fuentes externas de apoyo social. Y aunque no se ha revelado que los padres abusivos muestran síntomas indicativos de algún desorden psicológico, sí evidencian otros signos y síntomas como problemas de salud y depresión, que parecen influir negativamente en sus niveles de competencia parental (Wolfe, 1985)

De esta manera, el abuso infantil surge como el intento de los padres para ganar control sobre la multitud de eventos aversivos presentes en su ambiente, de modo que la probabilidad de abuso supuestamente debe reducirse cuando los padres son capaces de apelar

a esquemas de acción personal efectivos en el manejo de tales eventos. También las exigencias planteadas a niveles desusadamente altos y una percepción distorsionada de la conducta infantil, son elementos que aceleran la aparición de conductas parentales no apropiadas. También el desconocimiento de las necesidades infantiles ha sido asociado con la inmadurez de los padres y con su propia historia anterior de privaciones (Spinetta y Rigler, 1972).

Algunas características salientes del niño (desobediencia, tono de la voz o expresión facial) suelen asociarse con frustración en los padres y baja eficiencia en el manejo de problemas, de modo que el estilo perceptual y cognitivo del padre abusivo pudiera ser un patrón de respuesta aprendido, útil solamente para perpetuar en la familia el conflicto y la desarmonía, aun cuando en la conducta infantil puedan ocurrir realmente cambios y/o mejoras (Egeland y otros, 1980).

Al examinar los niveles de conflicto presentes en las familias abusivas, de nuevo la teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia parece adquirir relevancia. La exposición a castigos fuertes cuando niño y la desarmonía y violencia conyugales cuando adulto, suelen asociarse con proporciones severas de violencia hacia los niños. Por otra parte, son las madres quienes tienen una mayor tendencia al empleo del castigo físico, amén de que la asociación entre violencia marital y violencia hacia los niños es más fuerte en las mujeres que en los hombres (Straus y otros, 1980). En general puede admitirse:

a) que el abuso infantil se asocia con el conflicto y los problemas de conducta en el hogar.
b) que los patrones de interacción son menos positivos en fami lias abusivas, y
c) que los conflictos adultos también pueden ser un fundamento básico para el surgimiento de conductas inapropiadas en el trato con los niños (Wolfe, 1985).

Por lo demás, es peor para el niño la persistencia del conflicto que la separación. Y en los niños, mucho más que en las niñas, se produce la respuesta negativa más prominente en cuanto a problemas conductuales y desarrollo social deficitario.

La observación de los estilos de interacción familiar apoya los puntos de vista clínicos y teóricos sobre la prevalencia de esquemas coercitivos y altamente negativos con los niños en familias dadas al abuso. Cuando se examinan los conflictos padre-madre lo normal

es hallar coerción excesiva y falta de armonía en la interacción, que suelen precipitar serios problemas en los estilos de conducción de la crianza, una de cuyas consecuencias más directas es el maltrato o el abandono de los hijos.

Cuando los conflictos de la pareja son abiertamente hostiles, el resultado es la repetida exposición del niño a interacciones parentales cada vez más patogénicas (Rutter, 1985). Igual cosa debe ocurrir cuando los conflictos familiares duran por largos períodos.

También se han señalado relaciones entre características de la madre y patrones de crianza: las 'buenas' madres poseen mayor inteligencia, reaccionan más positivamente frente al embarazo y evidencian expectativas positivas y mejor comprensión de su rol parental que las madres 'inadecuadas' (Wolfe, 1985). Aparentemente, todo ello resulta ser un buen moderador del impacto producido en la familia por eventos vitales adversos.

En el trabajo de asesoramiento que pudiera plantearse a los padres debe tenerse en consideración una gran parte de todo lo señalado. Pero el dato más significativo en la intervención debiera ser la calidad real de la relación actual entre padres e hijos y sus manifestaciones más precisas en términos conductuales y actitudinales. En todo caso debe haber un escenario social provisional y muy cambiante sobre el cual deben producirse los intercambios y las relaciones. La percepción de ese escenario debe ser hecha en relación con otros sistemas en los cuales hay participación del niño, y los esfuerzos deben orientarse a la revisión de los efectos de la conducta parental global sobre esos otros sistemas.

La investigación sobre los antecedentes básicos de referencia en el advenimiento de la conducta parental irregular debe ser iniciada cuanto antes, especialmente desde el punto de vista de la naturaleza de los conflictos familiares generadores del maltrato infantil de cualquier tipo, sus efectos sobre los niveles de desarrollo y esquemas de conducta, sus manifestaciones actuales y ramificaciones futuras. Ello pudiera ofrecer una imagen acertada de los síntomas de verdadero desvío, a condición de que la asistencia se fundamente en las experiencias pasadas, presentes y futuras, tal como el propio niño las concibe...

Bibliografía

- Bakan, D. (1971). *Slaughter of the innocents.* San Francisco: JosseyBass.
- Barry, M. J. Jr. (1965). Incest. En R. Slovenko (Ed.) *Sexual Behavior and the Law.* Springfield, Ill.: Thomas.
- Barry, M. J. y Johnson, A. M. (1958). The incest barrier. *Psychoanalytic Quarterly, 27*: 485-500.
- Bell, R. Q. y Harper, L. (1977). *Child effects on adults.* Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Benedict, Ll. W. y Zantra, A. J. (1983). Family environment characteristics as risk factors for child sexual abuse. *J. of Cons. And Clin. Psych., 22*: 365-374.
- Berry, G. W. (1975). Incest: Some clinical variations on a classical theme. *J. of the Am. Academy of Psychoanalysis, 3*: 151-161.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*: 513-531.
- Burguess, R. L. y Conger, R. (1978). Family interaction in abusive, neglectful and normal families. *Child Development, 49*: 1163-1173.
- Constantine, L. y Martison, F. M. (1980). *Children and sex*. Boston: Little, Brown.
- Courtois, C. (1979). The incest experience and its aftermath. *Victimology. 4*: 337-347.
- Cox, S. (1981). *Female Psychology* (2nd Ed.). N.Y.: St. Martin's Press.
- Curtis, G. (1963). Violence breeds violence. *American J. of Psychiatry, 120*: 386-387.
- Deykin, E. Y., Alpert, J. y McNamara, J. (1985). A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am. J. of Psychiatry, 142*: 1299-1303.
- Egeland, B., Breitenbucher, M. y Rosenberg, D. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *J. of Cons and Clin. Psych., 48*: 195-205.
- Emery, R. E. (1989). Family violence. *American Psych., 44*: 321-328.
- Escalante, G. (1980). *Autoritarismo y estilo docente*. Mérida, Venezuela: Laboratorio de Psicología, Nº 11.
- Filkerhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Fontana, V. (1971). *The maltreated child.* Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Frances, V. y Frances, A. (1976). The incest taboo and family structure. *Family Process, 15*: 235-244.
- Freddman, S. R. y Robert D. Enright (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *J. of Consulting and Clinical Psych., 64* (5): 983-992.

- Freud, S. (1897). *Cartas a Wilhelm Fliess*. Nueva York: Basic Books.
- Gebhard, P. H. y otros (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper and Row.
- Gelles, R. J. (1978). Violence toward children in the United States. *Am. J. of Ortopsych., 48*: 580-592.
- Gelles, R. J. (1985). Family violence. *Ann. Rev. of Sociology, 11*: 347-367.
- Goodwin, J., Cormier, L. y Owen, J. (1983). Grandfather-grandaughter incest: A trigenerational view. *Child Abuse Neglect, 7*: 163-170.
- Goldberg, S. (1979). Premature birth: consequences for parentinfant relationship. *Am. Science, 67*: 214-220.
- Hart, S. N. y Brassard, M. R. (1987). A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment, *Am. Psych., 42*, 2: 160-165.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Holtzworth Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psych. Bulletin, 116* (3): 476-497.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer W., L., y Filkerhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psych. Bulletin, 113*, 1: 164-180.
- Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristics of maltreated children. *Annual Review of Psych., 46*: 401-431.
- León C., Magaly y Miriam Gutiérrez (1990). *Actitud de los padres frente al maltrato de niños en edad preescolar*. Mérida: Escuela de Educación. ULA. Tesis de grado.
- Lester, D. (1972). Incest. *Journal of Sex Research, 8*: 268-285.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clin. Psychology, 63* (6): 1037-1043.
- Maisch, H. (1972). *Incest*. New York: Stein & Day.
- Martínez, E. y Reyes, R. (1993). Maltrato infantil: Un problema inquietante. *Boletín Med. Hosp. Inf. Mex., 50* ,8: 557-563.
- Matas, L., Arend, R. A. y Sroufe, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49*, 547-556.
- Meiselman, Karin C. (1978). *Incest*. San Francisco: JosseyBass Publishers.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child abuse and Neglect, 17*: 39-45.
- Ramírez, T. Ana y Rodríguez, G. Lilia (1991). *Actitud del maestro de preescolar ante el maltrato físico en el niño*. Mérida. Escuela de Educación, ULA. Tesis de grado.

- Riemer, S. (1940). A research note on incest. *American Journal of Sociology, 45*: 566-575.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, D. K. (1981). Marital violence. Characteristics of abusive couples. *J. of Cons. and Clinical Psych., 49*, 1: 63-71.
- Rosenberg, M. S. (1987). New directions for research on the psychological maltreatment of children. *American Psych., 42*, 2: 166-171.
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child abuse and Neglect, 7*: 133-146.
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. N.Y.: Basic Books.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British J. of Psych. 147*: 598-611.
- Silbert, M. H. y Pines, A. M. (1981). Sexual abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse and Neglect. 5*: 407-411.
- Sloan, M. P. y Meir, J. (1983). Typology for parents of abused children. *Child abuse and Neglect, 7*: 443-450.
- Spinetta, J. y Rigler, D. (1972). The child-abusing parent: A psychological review. *Psych. Bulletin, 77*: 296-304.
- Strauss, M. A., Gelles, R. J. y Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, New York: Anchor.
- *The APA Monitor*. (1995). American Psychological Association. Agosto.
- Thompson, R. A. (1995). *Preventing child maltreatment through social support: A critical analysis*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Thompson, R. A. y Wilcox, B. L. (1995). Child maltreatment research. *American Psych. 50*,9: 789-793.
- Tsai, M., Feldman Summers, S. y Edgar M. (1979). Childhood molestation. *J. of Abnormal Psych., 88*: 407-417.
- Wahl, C. W. (1960). The psychodynamics of consummated maternal incest: A report of two cases. *Archives of General Psychiatry, 3*: 188-193.
- Weinberg, S. K. (1955). *Incest Behavior*. New York: Citadel.
- Weiselman, K. (1978). *Incest*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Williamson, J. M., Borduin, Ch. M. y Howe, B. A. (1991). The ecology of adolescent maltreatment. *J. of Cons. and Clin. Psych., 59*, 3: 449-457.
- Wolfe, David A. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psych. Bulletin, 97, 3: 46-56*.

capítulo 2

Sida: la crisis continúa[1]

Gregorio Escalante
Kareen Lisbeth Escalante

Sobre la expresión sexual humana

La investigación sociológica que trata de esclarecer lo relativo a influencias y procesos que afectan directamente la expresión sexual humana es relativamente reciente. El análisis de una literatura mayormente descriptiva sugiere tres grandes áreas problemáticas de cuya resolución se han ocupado los sociólogos desde 1965: los controles sociales de la sexualidad, los contenidos conductuales derivados y la influencia ejercida sobre el individuo.

Si bien es cierto que el potencial para la conducta sexual es de naturaleza biológica, es indudable que sus modos de expresión son determinados por factores socioculturales. En cada sociedad hay limitaciones impuestas a la edad, el sexo, el parentesco y el lugar para expresarse sexualmente. La sociedad controla por medio de sus instituciones la conducta sexual de sus individuos, ya sea formulando una serie de normas (código generalizado de conducta) que sirvan de base para el autocontrol, o proponiendo sistemas de sanción que son activados cuando las normas se violan.

Las dos instituciones cuya influencia resulta definitiva en este aspecto son la Iglesia y la familia. La denominación religiosa suele

[1] Versión actualizada, enero del 2002

estar muy asociada con las actitudes que la gente mantiene sobre el sexo. En sociedades donde predomina la tradición judeocristiana la orientación sexual está dirigida básicamente hacia la procreación, de modo que cualquiera otra finalidad es prohibida. Todo lo que escape hacia esa dirección es condenado vía formulación de tabúes de diferente naturaleza que prohíben la homosexualidad, la masturbación, la sodomía, la actividad sexual con niños y en general toda práctica sexual sin potencial reproductivo. Como la concepción no es posible durante la menstruación, embarazo o menopausia, se prohíbe el coito durante tales períodos. En esta tradición religiosa se observa para el sexo una perspectiva profamilia muy acentuada, de modo que el matrimonio es la única forma de legitimarlo...

La familia también tiene un papel fundamental en la regulación sexual. En ella se promueve el casamiento como única forma admitida de lograr pleno acceso a las gratificaciones derivadas del sexo. La familia evalúa y decide qué es funcional y qué no lo es en materia sexual: si el coito prematrimonial contribuye positivamente para el matrimonio, entonces es generalmente aceptado. Contribuir positivamente significa ir en favor de la formación y continuación de la familia, con lo cual también resulta enfatizado el aspecto reproductivo de la expresión sexual.

En este contexto la familia suele mantener una serie de temas fundamentales entre los cuales destacan:

(a) dentro del matrimonio es obligatoria la relación sexual con fines reproductivos;
(b) la expresión sexual debe limitarse al coito vaginal, única forma de procrear;
(c) toda relación pre, extra o post matrimonial es incorrecta;
(d) el sexo casual no debe permitirse; y
(e) la relación sexual debe plantearse en climas psicológica y emocionalmente íntimos.

En realidad todo ello forma parte de lo que pudiera llamarse una teoría del 'sentido común' sobre conducta sexual que, obviamente, debe sufrir serias disrupciones y contrastes en las diferentes subculturas disueltas en la cultura mayor.

Recientemente las prácticas sexuales se han hecho mucho más liberales y cada día es mayor el número de individuos que ignoran tales dispositivos formales de control, manteniendo relaciones sexuales

pre o extra matrimoniales o acogiendo técnicas de expresión sexual 'desreguladas'. Lo anterior es especialmente cierto entre la gente joven, cuya conducta sexual pareciera ser ahora mucho más liberal que antes. Por lo demás, los jóvenes suelen abandonar el hogar a edades cada vez más tempranas y se someten a influencias del grupo de compañeros más fuertes y consistentes que la influencia tradicional de la Iglesia y la familia, lo cual termina por generar cambios apreciables en su comportamiento sexual global (Walster, Walster y Traupman, 1978, Delamater, 1981).

Modelos explicativos del SIDA

Hay tres modelos etiológicos del síndrome. El primero, que pudiera llamarse modelo del "agente único", afirma que la enfermedad es causada por uno o más patógenos de naturaleza generalmente viral que conducen a una situación de incompetencia inmunológica (la enfermedad primaria) lo cual posteriormente lleva al organismo huésped a un estado de indefensión ante un sinnúmero de enfermedades secundarias de origen viral, protozoico y micobacterial.

El segundo modelo sustenta la tesis de una "sobrecarga inmunológica" y difiere del primero en lo atinente a los mecanismos que conducen a la inmunosupresión. En lugar de proponer un agente patógeno único sugiere que el agente causal es la "mala vida" característica del homosexual urbano, que genera enormes desafíos al sistema inmunológico, derivados del uso excesivo de drogas, exposición frente al semen, hábitos sanitarios deficientes y exposición repetida a virus como el EpsteinBarr, el citomegalovirus o el virus de la hepatitis B. La idea detrás del modelo es que tales desafíos suelen combinarse para producir un estado irreversible de supresión (o mejor) indefensión inmunológica.

El tercero es un modelo de naturaleza interactiva que combina los términos del primero y el segundo y postula que la exposición al agente productor del SIDA conducirá a una sintomatología clínicamente significativa solamente cuando el huésped es vulnerable, conforme con las proposiciones básicas del segundo modelo. El postulado resulta especialmente útil cuando se toman en cuenta los hechos más recientes de la investigación psiconeuroinmunológica, que sugieren

una compleja cadena causal entre eventos cognitivos y ambientales, alteraciones del sistema inmunológico y surgimiento de la enfermedad, todo ello mediado por influencias del sistema nervioso central sobre procesos de regulación hormonal (Martin y Vance, 1984).

Todo lo anterior simplemente sugiere que los hechos decisivos en la inmunosupresión van mucho más allá de las sustancias y agentes cuyas consecuencias sobre el sistema inmunológico ya han sido plenamente demostradas, hasta cubrir un rango amplísimo de factores psicosociales y datos conductuales que pueden ser definitivos en el proceso de trasmisión del SIDA.

Conducta sexual y SIDA

La información disponible sobre conducta sexual de algún modo puede ayudar al desarrollo de métodos más efectivos para la prevención conductual de la epidemia. Debe admitirse, sin embargo, que una buena parte de la información conocida evidencia serias limitaciones derivadas de muestreos inadecuados y empleo de instrumentos de medición no muy confiables, en los cuales suelen mezclarse cuestiones actitudinales, conductuales y cognitivas.

Por lo demás, el trabajo de recolección de datos no siempre queda a cargo de personal experimentado capaz de mantener un clima profesional e interpersonal adecuado durante las entrevistas, de modo que las confusiones, las ambigüedades del lenguaje y la terminología sofisticada puede ayudar a introducir errores en los protocolos. Lo anterior resulta especialmente cierto cuando se entiende que en estos casos se trata de colectar información sobre temas potencialmente egoamenazantes y ante los cuales las personas suelen evidenciar márgenes de sensibilidad muy elevados.

La forma primaria de transmisión del SIDA sigue siendo el contacto sexual entre homosexuales. La literatura, sin embargo, menciona otras conductas sexuales que son relevantes en el contagio, porque suponen un número variable de compañeros en la relación sexual. Conviene agregar que cuando se habla de relación sexual la referencia se hace a una serie de dimensiones distintas muy correlacionadas que incluyen el número de compañeros, número de actos sexuales, tipo de ejecuciones y lugar donde las mismas se realizan. Debido a que

todavía no se sabe cuáles aspectos de la conducta sexual comportan el riesgo más grave en la transmisión del SIDA, es entonces importante caracterizar a los individuos no sólo en términos de qué hacen, sino también con quién, cómo y dónde lo hacen.

Entre las conductas sexuales consideradas riesgosas en la transmisión del SIDA suelen mencionarse las relaciones sexuales extramaritales, que suponen riesgo potencial de infección para el compañero monógamo. Es potencialmente riesgoso el coito anal, conducta que se considera particularmente rara en la población heterosexual, cuestión que parece formar parte de un estereotipo cuyas consecuencias reales no son del todo confiables. Según Gardner y Wilcox (1993: 975) esta conducta sexual no es nada rara entre adolescentes. También supone gran riesgo el sexo con prostitutas, aun cuando parece que la transmisión del VIH es mucho más común de macho a hembra que al revés. Otro factor de riesgo es la interacción entre grupos de orientación sexual distinta, especialmente drogadictos intravenosos (iv) y homosexuales. Finalmente, los contactos sexuales durante visitas a ciudades con alta prevalencia del VIH es otro factor de riesgo. En este grupo deben considerarse los trabajadores migratorios, los camioneros y los reclutas jóvenes.

Debe aclararse que en el caso de drogadictos, homosexuales, prostitutas, camioneros, etc., el riesgo es puramente conductual y no debido a la pertenencia a un grupo determinado. La determinación exacta del tipo y nivel de interacción sexual predominante en los distintos segmentos sociales sería necesaria para poder hacer predicciones epidemiológicas más seguras. Un error muy frecuente es la elección de estos grupos de alto riesgo para centrar en ellos las campañas de prevención, un esfuerzo que nos parece conveniente, pero que también puede originar en la población general percepciones equivocadas acerca de que el SIDA solamente es un problema 'para esa clase de gente'...

Otro de los errores más frecuentes consiste en asumir que al identificar a la persona como heterosexual u homosexual, de una vez se está estableciendo el sexo de su compañero. Semejante predicción no es del todo confiable: entre un 62 y un 79 por ciento de los homosexuales han tenido también relaciones heterosexuales, y entre 15 y 26 por ciento han estado casados. Para el caso de las mujeres reconocidas como lesbianas, un 81 por ciento han tenido por lo

menos un coito heterosexual, un 74 por ciento reportan haber hecho el amor con un hombre por lo menos una vez a partir de los 18 años, y entre 20 y 35 por ciento estuvieron casadas (Reinisch, Sanders y Ziemba-Davis, 1988).

Drogadicción y SIDA

En Europa y Estados Unidos los drogadictos iv forman el segundo grupo mayor con SIDA, después de los homosexuales. De todos los casos de contagio reconocidos en Estados Unidos hasta abril de 1988, una cuarta parte evidencia como factor de riesgo el uso intravenoso de drogas. Y, lo mismo es cierto para una quinta parte de los casos reconocidos en Europa.

En Estados Unidos casi tres cuartas partes de los casos de SIDA del tipo iv están ubicados en New York, New Jersey y Connecticut. Para agosto de 1987, las diez ciudades estadounidenses con el mayor número de casos reportados de SIDA eran New York, Newark (NJ), San Francisco, Los Ángeles, Houston, Washington (DC), Miami, Chicago, Philadelphia y Dallas. A mediados de 1990 se habían declarado en los Estados Unidos unos 120.000 casos entre adultos y adolescentes y cerca de 2.000 casos de SIDA pediátrico (en niños menores de 13 años).

De los 66.464 casos reportados hasta julio de 1988 en Estados Unidos, 5.757 eran mujeres. Para 1987 se estimaba que a escala nacional unas cien mil mujeres estaban contagiadas del virus, que solamente en Nueva York unas 50.000 eran seropositivas y que 40.000 de ellas probablemente eran negras o latinas (New York Times).

Para Europa la concentración mayor de casos del tipo iv se localiza en Italia, el sur de Francia y España. En realidad España e Italia son los únicos dos países en el mundo donde la mayoría de los casos de SIDA observados son del tipo asociado con el uso intravenoso de drogas.

Cuando el virus se establece entre los drogadictos de cualquier área geográfica, esta condición deviene la fuente principal para el contagio heterosexual y perinatal. Solamente en Nueva York casi el 90% de los casos de transmisión del SIDA supone el contacto entre un drogadicto y otra persona heterosexual que no usa drogas, y alrededor

del 80% de los casos de SIDA perinatal supone el uso intravenoso de drogas por la madre o por su compañero sexual.

El virus puede transmitirse también a través de la sangre en drogadictos que comparten agujas contaminadas y en transfusiones de sangre o hemoderivados. Las madres transmiten a sus hijos el virus en la etapa perinatal y tan precozmente como en el primer trimestre de embarazo. También se puede transmitir de la madre al niño durante la lactancia, pero no hay prueba alguna de que su transmisión se realice vía contactos casuales o por medio de picaduras de insectos.

Antes de la aparición del SIDA era costumbre entre los drogadictos iv compartir con sus amigos más próximos o compañeros sexuales los distintos utensilios del equipo de inyección, sin restricciones de ninguna clase. Después del SIDA los controles en la venta de agujas y jeringas se endurecieron, de modo que la disponibilidad de tales enseres se hizo cada vez más escasa, sobre todo en países donde existen impedimentos para su venta libre, cuando los farmaceutas rehúsan venderlas a sospechosos de drogadicción, cuando su posesión genera sospechas de tal naturaleza, o cuando existen regulaciones que hacen ilegal la posesión de los mismos. Frente a tales circunstancias resulta obvio que los drogadictos del tipo iv hayan terminado por alterar su comportamiento usando agujas estériles con mayor frecuencia, esterilizando más cuidadosamente las agujas con alcohol o cloro, negándose a compartirlas, reduciendo el consumo de drogas por vía intravenosa o reduciendo el número de inyecciones por semana.

De todos modos, los estudios revelan que no es suficiente ofrecer información sobre el SIDA entre la población de alto riesgo para producir disminuciones reales en los niveles de expansión de la epidemia. Aparentemente, y a pesar de la difusión del riesgo vía agujas contaminadas, muchos drogadictos continúan compartiendo sus agujas y practicando sobre ellas esquemas de desinfección bastante deficitarios (Latkin et al., 1994). Es necesario que los mecanismos útiles para el cambio de conducta estén realmente disponibles, tal como se demostró en Nueva Jersey (donde se ofreció tratamiento gratis a los drogadictos), en San Francisco (donde se proveyó cloro para la esterilización de los equipos de inyección) y en Amsterdam (donde las agujas usadas eran intercambiadas por equipo nuevo gratis) (Des Jarlais y Friedman, 1988).

Homosexualidad y SIDA

Seguramente lo más dañino del SIDA es la total incertidumbre etiológica que lo acompaña. La detección temprana no es posible. No existe forma alguna de tratamiento efectivo. Y en materia de profilaxis realmente es poco lo que puede hacerse. Algunos precursores del síndrome (fatiga, diarrea, sudores nocturnos y pérdida de peso) son ocurrencias tan comunes que no pueden ser usadas como mecanismos de diferenciación. Pero por sobre todo esto, la enfermedad comporta toda una serie de estigmas altamente dañinos que van desde la carencia de apoyo social hasta la desesperanza, pasando por una pérdida casi total de la autoestima, miedo al contagio, ostracismo y preocupación acerca de las opciones médicas disponibles.

Para la minoría más seriamente afectada (la población de homosexuales) el SIDA representa aislamiento grave y estigmatización. De hecho, el nombre inicialmente propuesto para el síndrome fue GRID (Gay Related Inmune Deficiency). La cobertura formal en la prensa estadounidense, cuando la enfermedad era solamente definida como típica de grupos marginales, se refería a la misma como "the gay plague". El primero de marzo de 1986 el New York Times recogía la idea de que "a quien se le detecte SIDA se le debe tatuar en el antebrazo para proteger a otros drogadictos y en las nalgas para evitar que otros homosexuales sean sus víctimas" (p. A27). El American Spectator (febrero 1987: 29) recomendaba que se hicieran "pruebas de sangre a la población todos los meses para detectar la presencia de SIDA", y sugería que quienes estén "contagiados con el virus, aun siendo solamente portadores, deben ser inmediata, compulsiva y permanentemente aislados..."

En Estados Unidos y en otras partes del mundo el nexo entre SIDA y grupos estigmatizados provoca reacciones públicas casi exclusivamente dirigidas hacia homosexuales, drogadictos, minorías raciales (negros o hispanos) y extranjeros en general (particularmente haitianos). La verdad es que el SIDA se ha convertido en un símbolo bastante útil para estigmatizarlos. La consecuencia de ello ha sido el desarrollo de una compleja trabazón de opiniones y sensaciones mediadas por el temor ante una enfermedad letal prevaleciente entre grupos minoritarios que, aun antes de su aparición, ya eran el flanco predilecto de toda clase de prejuicios. Las encuestas en *Los*

Ángeles Times (diciembre 5, 1985; julio 9, 1986 y julio 24, 1987) consis-tentemente revelan que el SIDA "es un castigo divino para los homosexuales por su manera de vivir". Es obvio que la conversión del SIDA en un símbolo de esta naturaleza ayuda muy poco a comprender que la enfermedad en realidad es una epidemia de transmisión heterosexual...

El virus

A partir de la médula ósea adulta se derivan los linfocitos, células básicas del sistema inmunológico. Algunas de estas células se denominan linfocitos B y permanecen en la médula ósea hasta que maduran. Otros linfocitos se denominan células T (tímicos) debido a que su maduración se produce en el timo. Ambos tipos de células suelen circular a través de la corriente sanguínea y el sistema linfático antes de fijarse en los nódulos linfáticos, las amígdalas y otros órganos linfáticos periféricos del organismo.

Allí permanecen inactivos hasta que elementos patógenos amenazantes (toxinas, virus, bacterias) ingresan al organismo. Las células B entonces enfrentan la amenaza produciendo proteínas (anticuerpos) capaces de destruirla. Las células T responden también de modo muy específico mediante una serie de mecanismos altamente especializados que van desde ayudar a las células T a producir anticuerpos hasta la destrucción de antígenos con químicos letales propios.

Algunos de estos mediadores químicos juegan un papel importante en la modulación de procesos fisiológicos tradicionalmente no incluidos en el esquema clásico de la respuesta inmunológica. Así, la Interleucina 1 estimula el tipo de sueño durante el cual ocurre la producción de la hormona del crecimiento, contribuyendo a la reparación de tejidos dañados, al mismo tiempo que induce una respuesta febril que incrementa la actividad biológica de los linfocitos y debilita organismos microbianos dañinos.

El agente responsable del SIDA es el VIH, un retrovirus humano del grupo de los lentivirus, que al entrar en las células T cambia su composición genética y luego pasa a destruirlas. Las infecciones por VIH resultan únicas básicamente por dos razones: primero, su ARN es integrado en el material genético de la célula huésped, y resulta muy

dudoso el desarrollo de un tratamiento que sea capaz de remover de ella el material genético viral; y, segundo, el virus posee la ominosa propiedad de cambiar su cubierta proteínica, y la base molecular de semejante variación se desconoce. No todas las células permiten al VIH su adherencia y las principalmente afectadas son los linfocitos CD4 (células T), responsables por la generación de la respuesta inmunológica. El individuo infectado resulta entonces incapaz para combatir agentes infecciosos que de otro modo toleraría fácilmente. Al producirse la insuficiencia del sistema inmunológico por aniquilación de las células T, la oportunidad es mayor para que organismos productores de enfermedad proliferen. De ahí la noción "infecciones oportunistas". La evidencia indica que otras células atacadas son las del sistema monocitomacrófago. Estas células no son destruidas y en este período la enfermedad no puede ser detectada además de que no existen síntomas que indiquen su presencia.

Como en esta fase de la enfermedad tampoco existen anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pruebas como ELISA (inmunoabsorción ligada a enzimas) no sirven para detectarlo. Los resultados deben ser confirmados con otras pruebas diagnósticas mucho más específicas para la detección de anticuerpos como la prueba de la mancha de western, que permite la detección de anticuerpos frente a proteínas virales específicas. Otras pruebas muy usadas en lo mismo son la inmunofluorescencia (IFA) y la radioinmunoprecipitación (RIPA). Sin la detección temprana, muchos individuos pueden convertirse en portadores inocentes del virus. Algunas personas infectadas resultan incapaces de vencer las otras infecciones y mueren. A este síndrome se le llama SIDA. Otros individuos expuestos al VIH pueden evidenciar inexplicables pérdidas de peso, sudores nocturnos, diarrea crónica, fatiga, fiebres e infecciones virales, conjunto de síntomas que en la literatura recibe la denominación de "complejo proSIDA". En realidad no importa cuál tipo de 'síndrome' tiene la persona, pues la mayoría de la gente sufrirá consecuencias médicas severas como efecto de la infección. No está claro porqué unas personas desarrollan SIDA y otras no. Y parece que un factor muy importante es el tiempo transcurrido desde la infección: a mayor tiempo mayor la probabilidad. La infección por VIH no tiene síntomas específicos, de modo que el diagnóstico está fundamentalmente basado en pruebas de laboratorio. Pero de modo general puede

decirse que síntomas persistentes como diarrea, pérdida de peso no justificada e inflamación de nódulos línfáticos puede indicar una infección por VIH.

La etapa siguiente supone la aparición de ciertas infecciones oportunistas o el desarrollo del sarcoma de Kaposi, anatomopatológicamente caracterizado por una proliferación celular mixta que incluye células endoteliales, y que puede ocurrir exclusivamente en la piel y en forma de pápulas que evolucionan gradualmente hacia nódulos de coloración azulosa y rojizo púrpura.

Una infección oportunista muy frecuente en sujetos víctimas del SIDA es la neumonía por el protozoo Pneumocyistis carinii. Otra, que también suele acompañar y acelerar la aparición del síndrome, es el herpes simple, virus que está presente en el organismo de muchos individuos sanos y allí permanece hasta que surge la oportunidad para expresarse en algún microambiente corporal. La oportunidad puede ser creada por la simple exposición al sol o por la ansiedad que generan ciertas tareas complicadas o estresantes. No es raro que el enfermo de SIDA presente más de una infección oportunista simultáneamente. Además de la neumonía y el herpes, suelen ser frecuentes las infecciones por Candida albicans, Mycobacterium tuberculosis, Citomegalovirus, Issospora belli, Cryptococus neoformans, Toxoplasma gondii, Cryptosporidium y varias especies de Salmonella (Fauci y Cliford Lane, 1991).

Siempre se creyó que los retrovirus podían trasmitir enfermedades malignas, pero ahora se sabe que algunos carecen de tal habilidad. Los asociados a enfermedades persistentes y crónicas (tuberculosis, artritis o anemia hemolítica) son llamados lentivirus, grupo al cual pertenece el VIH. Ahora también se sabe que el VIH comparte algunas características con el virus de inmunodeficiencia felina y con el de la anemia infecciosa equina. Y aunque posee cualidades únicas, el VIH comparte ciertas similitudes con lentivirus que existen en otras especies, incluyendo primates. De allí la hipótesis según la cual el VIH existió en otras especies como el mono verde africano antes de que se instalara en los humanos.

Los primeros reportes sobre el SIDA pronto lo convirtieron en un tópico de gran envergadura para la investigación médica y epidemiológica. Al comienzo se pensaba que algo andaba muy mal en los 'aberrantes' estilos de vida de los homosexuales y que ese algo estaba

causando serias disfunciones en su sistema inmunológico. Después, cuando el virus fue identificado en haitianos, entonces se pensó en un agente viral oriundo de ese país caribeño, tal vez un mutante de alguna clase de gripe africana. Más tarde se creyó que no existía virus de ninguna clase sino que todo estaba siendo causado por una sobrecarga en el sistema inmunológico debida a excesiva actividad sexual, múltiples enfermedades venéreas, uso de drogas y mala nutrición. Tampoco se sabía en esa época que el VIH podía ser transmitido in útero. Y se creyó también que podía ser contagiado casualmente a los niños habitantes de vecindarios de alto riesgo especialmente problemáticos (Batchelor, 1984).

En realidad no existe un VIH único sino toda una familia con distintas características cuyas mayores divergencias son observadas a nivel de la cubierta proteínica. Y ello pudiera representar una estrategia que los mismos lentivirus han desarrollado para evitar su destrucción por el sistema inmunológico del huésped, debido a que la cubierta exterior es precisamente el blanco más vulnerable de los anticuerpos neutralizantes. Si tal es el caso, entonces el anticuerpo que pudiera neutralizar una forma de VIH resultará inútil al tratar de neutralizar otra. La entrada del VIH en una célula no supone necesariamente su destrucción. Es lo que ocurre cuando el virus penetra y permanece enclaustrado en las células del sistema monocito-macrófago, de modo que estos tipos de fagocitos pueden ser su reservorio y servir como medio de transporte para difundir el virus por el organismo. El solo hecho de que pueda el virus residir en ellos y reproducirse sin generar efectos dañinos supone también una forma eficiente de evitar ser detectado por anticuerpos del sistema inmunológico.

Por lo demás, esta habilidad del VIH para fijar su residencia en monocitos y macrófagos y permanecer en las células T hasta su activación, puede explicar la prolongada y variadísima latencia entre la exposición inicial y la expresión de los síntomas. Ahora se sabe que el período de latencia (en promedio unos 10 años según Bacchetti y Moss (1989) puede ser influenciado por el uso de drogas, la dieta, el estrés, el ejercicio y la personalidad del individuo infectado, factores todos asociados con alteraciones en el funcionamiento de la respuesta inmunológica (Hall y Goldstein, 1986; Kiecolt Glasser y Glasser, 1988).

El entorno de la crisis

SIDA y subdesarrollo

La alarma del VIH resonó en la OMS en 1981, cuando tres norteamericanos evidenciaron una extraña sintomatología. Para ese momento, docenas de miles de enfermos de SIDA habían ya fallecido en varios países de África (Barbero, 1996). Actualmente se afirma que 33,4 millones de personas viven en el mundo con el VIH/SIDA, de las cuales 32,2 millones son adultos (personas entre 15 y 49 años) y 1,2 millones son niños menores de 15 años. Se estima que desde el inicio de la epidemia han muerto de SIDA 13,9 millones de personas, de los cuales 10,7 eran adultos (6 millones hombres y 4,7 millones mujeres) y 3,2 millones eran niños.

Es bien sabido que desde su aparición, la enfermedad ha venido complicando la situación en la mayoría de los países del Tercer Mundo. El 80 por ciento de los infectados se encuentran en países pobres de África, Asia y América Latina y, según las estimaciones, al iniciarse el nuevo milenio ese porcentaje será superior al 90%. Los países más afectados siguen siendo Uganda, Zambia, Malawi, Ruanda y Zimbabwe, en los cuales el SIDA ha reducido la esperanza de vida de forma realmente impresionante: en Uganda, de 43 años ha sido reducida a 31; en Zambia, de 66 a 33; en Zimbabwe, de 70 a 40. Apenas un 9% de la población mundial vive en el continente africano, pero el 71% de los casos registrados de SIDA están localizados allí (Wright, 1992). A escala mundial se estimó que durante el año 98 las enfermedades asociadas al VIH causaron la muerte de 2 millones y medio de personas, incluyendo unas 900.000 mujeres y 510.000 niños menores de 15 años.

El drama humano que se vive en África no afecta solamente a las personas, sino también afecta a los distintos países cuya producción (en minería, agricultura o petróleo, por ejemplo) ha retrocedido en casi un tercio. El caso de Rodesia ilustra bastante bien la situación real. Antes de su independencia, en 1980, Rodesia sobrevivió a dos décadas de guerra civil, aislamiento político y sanciones económicas de la ONU, simplemente porque era una nación capaz de alimentarse por sí misma. Pero su situación actual con relación al SIDA aparentemente producirá más estragos que los producidos por todas aquellas presiones de los años 70 (Wright, 1992).

En lo relativo a las posibilidades reales de recibir tratamiento y en el modo como se invierte el presupuesto en los servicios de salud, hay también enormes diferencias. Para la mayoría de los enfermos de SIDA que viven en el Tercer Mundo, los fármacos antirretrovirales capaces de prolongar la vida de los infectados (AZT, d4T, 3TC) resultan inalcanzables debido a su altísimo costo.

SIDA y sexo

Igual que en muchas otras circunstancias, frente a la enfermedad del siglo, los grupos humanos no son tratados igual: el 26% de las mujeres infectadas por VIH no están bajo seguimiento médico, mientras que la proporción de hombres en la misma situación es de solamente 6,5%. Hasta diciembre de 1996 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CCPEUSA) han registrado 85.000 casos de SIDA entre mujeres adolescentes y adultas, de las cuales 48.186 han muerto. Entre 1985 y 1996, la proporción de casos de SIDA en mujeres en Estados Unidos aumentó de 7 a 20 por ciento, y el VIH es ahora la tercera causa de muerte en mujeres entre 25 y 44 años y la primera entre mujeres negras del mismo grupo etario.

De los casos reportados en 1996, cuarenta por ciento se atribuyen a contactos heterosexuales y 34 por ciento al empleo de drogas iv. La mayoría de otros casos, que fueron inicialmente atribuidos a exposición "no conocida", fueron luego reclasificados como atribuibles a exposición heterosexual. Las mujeres de los grupos llamados minoritarios están siendo afectadas por la enfermedad de modo desproporcionado: 56% de los casos reportados se refieren a mujeres negras y 20% a mujeres hispanas. Y de acuerdo con la información disponible hasta diciembre 1 del 98 (CCPE, Online), aproximadamente un 43% de los 32,2 millones de adultos que viven con el SIDA a nivel mundial resultan ser mujeres.[2]

SIDA perinatal

La mayoría de casos registrados (entre 50 y 80 por ciento de las infecciones) ocurren probablemente durante el embarazo tardío o el nacimiento. El mecanismo exacto de transmisión se desconoce, pero se piensa que el VIH puede ser transmitido cuando la sangre materna pasa a la circulación fetal o por exposición al virus durante el trabajo

[2] http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/stats/internat.htm

de parto. El riesgo de transmisión perinatal aumenta cuando el VIH materno está avanzado, cuando hay grandes cantidades de VIH en su corriente sanguínea o pocas células CD4+T. Otros factores que pueden incrementar el riesgo son el uso de drogas por la madre, inflamación severa de las membranas fetales o un período prolongado entre rotura de membranas y parto.

El SIDA en Venezuela

En el período enero 82 - agosto 99 (Vigilancia Epidemiológica, OPLSIDA/MSAS) han sido registrados 7.658 casos de SIDA (6861 en varones (89,6%) y 797 en hembras (10,4%). Para ambos sexos la mayor concentración de casos se sitúa entre los 20 y los 39 años de edad. En el mismo período han ocurrido un total de 4.071 defunciones del sexo masculino (59,3%) y 436 del sexo femenino (54,7%). Las entidades federales más afectadas son Distrito Federal, Zulia, Miranda, Aragua y Carabobo (las de mayor concentración demográfica). Entre los estados andinos Mérida encabeza la lista con 186 casos, seguido por Táchira con 175 y Trujillo con 118. (Conviene notar que según la Comisión Estatal del SIDA, desde 1985 hasta enero del 98 se registró para el estado Mérida un total de 320 positivos, 277 hombres y 43 mujeres, sin incluir datos para el año 86). Los estados con menor incidencia son Delta Amacuro con 7 casos, Amazonas con 8 y Cojedes con 11. La vía de transmisión predominante en Venezuela es la sexual, tal como se muestra en la tabla siguiente:

tabla 1

Vías de transmisión del VIH, por sexos (1982 - 1999)

Vía	Masculino	Femenino
Homosexual	2038	1
Bisexual	843	0
Heterosexual	1051	438
Droga iv	86	14
Perinatal	85	66
Hemofílicos	68	0
Transfusiones	24	26
Sanguínea	178	40
Mixto	113	0

Los casos reportados a la OMS desde 1983 hasta marzo de 1998 aparecen en la tabla que sigue:

tabla 2

Casos de SIDA por años de registro.
Venezuela (Último reporte: 31/03/98)[3]

1983	3
1984	29
1985	20
1986	87
1987	165
1988	347
1989	489
1990	609
1991	730
1992	886
1993	978
1994	1101
1995	972
1996	667
1997	194
1998	5
Total	7282

Prevención y tratamiento

En las sociedades industriales avanzadas pareciera muy difícil convivir con la muerte. Tal vez por eso la tendencia a mentirle a los enfermos terminales y tal vez, por la misma razón, los pacientes acostumbran también mentir sobre su enfermedad. A los pacientes con cáncer se les miente seguramente porque la enfermedad se considera algunas veces de mal augurio y otras veces repugnante, abominable para los sentidos (Sontag, 1996). Tal vez otros quieran asignar a la enfermedad connotaciones mágicas o demoníacas, igual que antes ocurría con la sífilis, la tuberculosis o la lepra, seguramente todavía afiliados a una psicología perturbadora y demencial que funcionó muy bien... en los tiempos de Juana de Arco.

Con el SIDA está ocurriendo lo mismo. Todo el mundo sabe cómo se contrae la enfermedad y en la mayoría de los casos no ha

[3] (UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet June 1998)

habido 'accidentes' que puedan explicar el contagio: el SIDA es algo que la persona misma se busca cuando las protecciones normales no se implementan. A nivel mundial, más del 75% de todas las infecciones en adultos son el resultado de coitos heterosexuales. En USA, la proporción de casos en adultos atribuibles a contactos heterosexuales pasó de 8,5% (en 1991) a 17,5 (en 1996). Y la proporción de casos reportados en mujeres cada año, pasó de 7% (en 1985) a 22% (en 1997).

Se sabe que los tres modelos básicos de transmisión son el coito no protegido, la inyección directa de sangre contaminada en usuarios de drogas ilícitas o vía transfusiones de sangre, y la transmisión vertical de madre a hijo, o SIDA perinatal. Muy raramente algunas personas han sido infectadas por rutas diferentes como inseminación artificial, transplante de órganos, o exposición demasiado intensa a la sangre y otros fluidos corporales. Y aun cuando la epidemiología no pueda "probar" la imposibilidad de transmisión por otras vías, la verdad es que en más de una decena de estudios separados no se han demostrado contagios en los hogares de más de 200.000 personas con SIDA, y tampoco han ocurrido infecciones entre niños que han estado en contacto con otros niños infectados.

Pero estar enfermo de SIDA es algo que posee implicaciones sociales muy severas: unas veces se habla de exceso sexual y otras veces los gritos van en dirección de la perversión sexual. Y durante mucho tiempo se le ha estado considerando como un castigo divino que, primero, pone al enfermo en evidencia como miembro de alguna comunidad de parias de muy malas costumbres y, segundo, deja en entredicho una imagen muy decepcionante de la ciencia.

Las complicaciones mayores de los pacientes con SIDA, especialmente en la fase tardía de la enfermedad, son las infecciones oportunistas, los tumores y las enfermedades neurológicas. Su atención debe ser individualizada, continua e integral para tratar de cubrir necesidades físicas, psicológicas, sociales, familiares y espirituales. La relación médicopaciente con este tipo de enfermos terminales debe estar orientada a mantener la confianza entre el paciente y su médico, asumiendo la tarea de acoger responsablemente los sentimientos de ira, tristeza, rabia, negación, aislamiento, desesperanza y miedo que, necesariamente, deberán producirse. La creación de falsas expectativas sobre nuevos procesos de curación es un tema que también deberá ser abordado con suma claridad, así como también el papel de

la familia como centro de apoyo fundamental para el enfermo, pero aclarando bien lo relativo a los prejuicios del contagio. Recuérdese que el SIDA es una enfermedad mortal generadora de un gran deterioro físico e inmunológico que no solamente se contagia, sino que también margina.

Los homosexuales varones y los drogadictos iv han sido históricamente los grupos de más alto riesgo en todas partes en lo atinente a infecciones por VIH. Y precisamente, debido a que conforman grupos subculturales muy diferentes los unos de los otros, es evidente que con ellos no puede emplearse el mismo estilo educacional que pudiera resultar efectivo con otros grupos de la población.

Es también evidente que en ausencia de una vacuna efectiva contra el virus, los únicos modelos útiles para tratar de contener la epidemia de SIDA deben ser derivados de la psicología. Un modelo psicosocial apropiado trataría de alterar las conductas que incremen-tan el riesgo de infección y procuraría diseñar esquemas de intervención que ayuden a conocer mejor los distintos problemas relacionados con la etiología y progreso de la enfermedad, así como los factores conductuales específicos que contribuyen a su diseminación.

El VIH parece permanecer en estado latente por períodos de duración variable. Y aunque mata menos gente que las lesiones cardíacas, el cáncer y otras enfermedades comunes en nuestro tiempo, es una disfunción muy nueva y muy severa, además de contagiosa. Saber acerca de su etiología, la actividad del virus, el progreso de la enfermedad y los elementos conductuales responsables de su dispersión, son todos factores importantísimos para el desarrollo de modelos de intervención y ataque. De hecho, la mayor parte del esfuerzo de las ciencias sociales ha sido encaminado en esa dirección, tratando prioritariamente de alterar las conductas propiciatorias de alto riesgo frente al VIH.

En materia de información, por ejemplo, son comunes las campañas que intentan acrecentar el conocimiento sobre tipos específicos de comportamientos preventivos capaces de aminorar el riesgo de infección. Y a ello deben añadirse los esfuerzos encaminados a la producción de efectos positivos en materia de conducta sexual, uso de drogas y actitudes prevalecientes entre distintos grupos 'subculturales' bien definidos: drogadictos iv, homosexuales, adolescentes.

Los adolescentes son un grupo de alto riesgo debido a que se están convirtiendo en personas sexualmente activas y porque, tal como ha podido ser demostrado, no suelen ser muy aficionados a tomar precauciones en cuanto a la transmisión de enfermedades sexuales y la preñez (Geiss, 1984; Morrison, 1985). En USA y a pesar de los cambios logrados en la tecnología contraceptiva, el 10% de todas las mujeres adolescentes (casi 1.140.000) resultaron embarazadas en 1978. Ochenta por ciento de tales embarazos fueron premaritales y 40% terminaron en aborto. Para el año siguiente, un tercio de todos los abortos se realizaron en mujeres menores de 20 años (Morrison, 1985).

En 1982 se habían diagnosticado en Estados Unidos unos 250 casos de SIDA. Para 1993 los casos diagnosticados son casi 300.000. Diagnosticar los primeros 100.000 casos fue una tarea que tomó 8 años, mientras que los segundos 100.000 fueron diagnosticados en apenas dos. El SIDA es en ese país la segunda causa de muerte entre hombres de 18 a 44 años y la sexta causa de muerte entre mujeres del mismo rango etario (Kelly y otros, 1993).

Información reciente nos habla de 808 casos de SIDA entre adolescentes de 13 a 19 años (menos del 0,4% de todos los casos reportados en Estados Unidos). Se sabe también de 8.402 casos entre individuos de 20 a 24 años y unos 33.226 entre 25 a 29 (Gardner y Wilcox, 1993). Pero recuérdese que el período promedio de incubación estimado para la enfermedad es de casi 10 años, de modo que quienes recibieron diagnósticos en la juventud temprana, seguramente fueron infectados en plena adolescencia.

Las estimaciones de seroprevalencia entre adolescentes indican que, aunque la enfermedad no es rara entre ellos, lo es más que entre estudiantes universitarios y mucho más frecuente entre adolescentes que escapan del hogar o que carecen de él, y entre adolescentes procedentes de grupos sociales educacionalmente en desventaja. Los adolescentes sexualmente activos suelen ser víctimas de muchas enfermedades de origen sexual que amplifican los riesgos de infección por el VIH. Por lo demás, los cambios (período 70-88) en el porcentaje de muchachas estadounidenses que han tenido relaciones sexuales han sido realmente notables, según puede observarse en la siguiente tabla. Ello, evidentemente, complica en alto grado el panorama:

tabla 3

Incrementos porcentuales en relaciones sexuales de muchachas entre 15 y 19 años. 1970-1988. USA.

Edades	Porcentajes		
	1970	1980	1988
15	4.6	20.0	25.6
16	20.3	30.4	31.8
17	32.3	41.7	51.0
18	39.4	53.2	69.5
19	48.2	70.7	75.3

Centers for Disease Control (1991)

Para los homosexuales, especialmente quienes han sido sexualmente activos fuera de una relación monógama, la cuestión terapéutica crítica a atender es la reducción de los altos niveles de ansiedad que produce el temor a haber sido contagiado en los últimos 2 o 3 años. El estrés psicológico derivado puede estar contribuyendo a fallas graves en la eficacia del sistema inmunológico, de modo que las técnicas tendientes a la reducción de la ansiedad pueden ayudar a una inversión de esos niveles de eficiencia. En este tipo de individuos, de los cuales puede decirse que sufren del "complejo proSIDA" debe atenderse prioritariamente su funcionamiento social y ocupacional deficitario, su falta de iniciativa y sus bajos niveles de autoestima, probablemente derivados del temor creciente a ser estigmatizados.

Las reacciones de homosexuales asintomáticos pueden variar entre síntomas psicológicos agudos (hipocondriasis, ansiedad generalizada, pánico) y reacciones somáticas que de algún modo imitan la sintomatología del SIDA (fatiga, enflaquecimiento, sudores nocturnos). Pueden existir pensamientos obsesivos sobre la enfermedad, miedo a la muerte y/o temor a perder el atractivo físico. El problema central del terapeuta reside en cómo lograr que el cliente recupere un apropiado sentido de control sobre su ansiedad y sobre los síntomas somáticos. Además de todo ello, es necesario desarrollar técnicas que ayuden a los individuos en tal situación a la práctica de una relación sexual segura por la vía de escogencias sexuales positivas. La idea es lograr un reajuste en los patrones sexuales para reducir la ansiedad generada por el miedo al contagio...

Añadido a todo esto, el terapeuta debe también ofrecer asistencia en lo relativo a promover en su cliente asertividad y ayudarle a generar estilos de negociación que faciliten al homosexual la tarea de plantear al compañero límites bien definidos en la relación sexual, sobre todo en lo relativo a la evitación del sexo anónimo con distintos sujetos y la sexualidad compulsiva. Claro que tales recomendaciones carecerán de sentido muchas veces, habida cuenta de la gran desconfianza existente frente a la información médica y científica contradictoria en relación al SIDA. Por lo demás, los conocidos puntos de tensión entre la comunidad de homosexuales y heterosexuales tampoco ayudan mucho a plantear salidas al problema.

Recuérdese que desde el inicio, el SIDA fue considerado una plaga de los homosexuales, precisamente porque los primeros casos reportados en 1981 fueron de este tipo. Pero recuérdese también que la incidencia de la enfermedad se duplica cada seis meses. Que desde su aparición, más del 80% de los casos han muerto en los dos primeros años después de la diagnosis. Que semanalmente se reportan entre 80 y 100 nuevos casos. Que desde el comienzo de la epidemia hasta el 2000, unos 8,2 millones de niños menores de 15 años han quedado huérfanos a nivel mundial debido a la muerte prematura de padres infectados. Que en los países subdesarrollados puede convertirse en la primera causa de mortalidad infantil en los próximos años. Y que de los 1500 millones de dólares que anualmente se gastan tratando de contener la epidemia, apenas 200 millones van a parar al mundo subdesarrollado.

Una premisa básica al tratar de explorar los determinantes psicosociales de la conducta y del cambio conductual con relación al SIDA, es la asunción de una perspectiva ampliada capaz de mejorar tanto la comprensión de los factores de riesgo como lo relativo a la incidencia de la enfermedad y su progresión. Será también necesario que el esfuerzo en tal sentido vaya mucho más allá de la simple investigación sobre modelos de conducta sexual y drogadicción y pase a la consideración de variables cuya relación con otras enfermedades ya esté suficientemente establecida.

Es bueno recordar, también, que el SIDA acaba de entrar en su tercera década y que la vacuna que lo cure o pueda prevenirlo todavía no existe. Que en los últimos 10 años han sido probadas unas 25 vacunas experimentales en estudios con participación de un número

reducido de voluntarios, pero es necesario admitir que, aun bajo los más optimistas escenarios, el desarrollo de una vacuna efectiva tomará años, y, entre tanto, el riesgo para la humanidad, particularmente en ciertas regiones del globo, sigue creciendo. Que el éxito de los tratamientos específicos para las infecciones oportunistas es muy variado y depende de las condiciones actuales del paciente y del grado de su enfermedad. Que las drogas antivirales disponibles (AZT, d4T, 3TC, inhibidores de la proteasa) son costosas y apenas marginalmente exitosas. Que a pesar de los éxitos logrados en los últimos 12 años, es muy poco probable el logro de una 'cura' para el SIDA, y lo más que se puede esperar, por ahora, es una droga o una combinación de drogas que pueda prolongar la vida productiva de los infectados. Que del SIDA lo único que se conoce bien es su epidemiología. Y que, exactamente igual que al comienzo de la epidemia, el cambio conductual sigue siendo el único método seguro de prevención primaria.

Muchas de las respuestas necesarias para enfrentar ventajosamente la epidemia de SIDA pueden surgir del campo de la psicología de la salud, la psiconeuroinmunología o la medicina conductual, del mismo modo, como se ha hecho ya en la investigación, tratamiento, prevención y control de las enfermedades cardíacas o el cáncer. A pesar de lo difícil que parece ser el terreno que se pisa, no hay razones para creer que el SIDA deba ser diferente.

Bibliografía

- Bacchetti, P. y Moss, A. (1989). Incubation period for AIDS in San Francisco. *Nature, 338,* 251-253.
- Barbero Gutiérrez J. (1996). Sida y eutanasia: más allá de la responsabilidad individual. En: Urraca S, (Ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto.* Madrid: Noesis, 102.
- Batchelor, W. F. (1984). AIDS: A public health and psychological emergency. *Am. Psych., 39*(11), 1279-1284.
- Centers for Disease Control (1991). Premarital sexual experience among adolescent women. USA. 1970-1980. *Mortality and Morbidity Weekly Review, 39,* 929-932.
- Delamater, J. (1981). The social control of sexuality. *Ann. Rev. of Sociology, 7,* 263-290.
- Des Jarlais, D. C. y Friedman, S. R. (1988). The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users. *American Psych., 43*(11), 865-870.
- Fauci, A. S. y Cliford Lane, H. (1991). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En Wilson et al (Eds.), *Principios de Medicina Interna.* 12a edición. Méjico: Interamericana- McGrawHill.
- Gardner, W. y Wilcox, B. L. (1993). Political intervention in scientific peer review. Research on adolescent sexual behavior. *American Psychologist, 48*(9), 972-983.
- Geiss, B. D. (1984). Predicting male and female contraceptive behavior. *J. of Personality and S. Psych., 46,* 669-680.
- Hall, Nichols R. y Goldstein A. R. (1986). Thinking well: The chemical links between emotions and health. *The Sciences,* march, 34-41.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkhema, K. J. y Kalichman, S. C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *Am. Psychologist, 48*(10), 1023-1034.
- Kiecolt-Glasser, J. K. y Glasser, R. (1988). Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *American Psychologist, 43*(11), 892-898.
- Latkin, C., Wallace M., Blahov, D., Oziemkowska, M., Knowlton, M. y Celentano, D. (1994). My place, your place and no place: Behavior settings as a risk factor for HIV related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *Am. J. of Comm. Psych., 22*, 3, 415-430.
- Martin, J. L y Vance, C. S. (1984). Behavioral and psychosocial factors in AIDS. *Am. Psych., 39*(11), 1303-1308.
- Morrison, D. (1985). Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin, 98*(3), 538-568.

- New York Times. Bleak lives: Women carrying *AIDS*. Agosto 27, 1987, pp. 1,5.
- Reinisch, J. M., Sanders, S. A. y Ziemba-Davis, W. (1988).The study of sexual behavior in relation to the transmission of HIV. *Am. Psych. 43*(11), 921-927.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas.* Buenos Aires: Taurus.
- Walster, E., Walster, G. W. y Traupman, J. (1978).Equity and premarital sex. *J. of Pers. and Social Psych., 36,* 82-92
- Wright R, Mac Manus D. (1992). *Futuro imperfecto.* Barcelona: Grijalbo.

capítulo 3

Enfermedad terminal y psicología de la salud

Gregorio Escalante
Karen Lorena Escalante

De vida y muerte

Salud y enfermedad siempre han sido entidades opuestas. La presencia de la una supone la ausencia de la otra. Desde los tiempos de Galeno se sabe que diferentes enfermedades producen diferentes efectos. Estar 'sano' quiere decir sentirse bien y asumir conductas protectoras del estado de salud actual para evitar enfermarse. Estar 'enfermo' significa ausencia de salud, expresable en términos de (a) signos objetivos que indican que el cuerpo no está funcionando bien (presión arterial alta, por ejemplo) y (b) signos subjetivos de daño físico (dolor, náuseas, insomnio, etc.). Para el modelo biomédico, la enfermedad supone alguna clase de desajuste en procesos fisiológicos oriundos de trastornos bioquímicos, heridas, infecciones, etc. Para el modelo biopsicosocial el asunto se plantea en términos de un juego entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales que de algún modo afectan uno o varios sistemas interconectados en la persona sana. El modelo biomédico ha sido sumamente útil en la generación de tratamientos y vacunas que suponen avances notables en la lucha contra las enfermedades infecciosas, pero ahora se reconoce que hay aspectos individuales del paciente (su historia y relaciones sociales, su personalidad y estilo de vida, sus procesos mentales y biológicos) que deben ser considerados al intentar una conceptualización más integral de ambas nociones.

En cualquier caso, la proposición formal es que 'salud' y 'enfermedad' en realidad son un continuum en uno de cuyos lados se sitúa la muerte y en el otro el bienestar (Bradley, 1993). De alguna manera, todos somos casos terminales y, al mismo tiempo, siempre que tengamos un aliento de vida, todos somos saludables. Resulta entonces obvio que la gradación del continuum dependerá de nuestra exposición a microorganismos dañinos y procesos destructivos, por un lado, y por el otro, dependerá de las medidas preventivas que asumamos, de la resistencia a la enfermedad y las mejoras en la higiene personal, la dieta, el ejercicio o las innovaciones sanitarias.

Normalmente se habla de factores de riesgo aludiendo a condiciones que se asocian a la enfermedad. Varios de esos factores (como la herencia de ciertos genes) son biológicos. Otros (como el hábito de fumar) son conductuales. Los factores de riesgo NO causan el problema de salud: simplemente están asociados a él. Una gran parte de nosotros somos personas sanas al nacer, pero nos enfermamos como resultado de una 'mala' conducta propiciatoria de desórdenes de toda clase o de condiciones de tipo ambiental que son deficitarias. De modo que, en última instancia, los antecedentes que explican los estados morbosos son, en realidad, un asunto de responsabilidad individual. La mayoría de las enfermedades que sufrimos es el producto directo de un 'estilo' de vida equivocado. Todos los días se nos advierte que estamos siendo sometidos a dietas no del todo confiables, pero las personas insisten en preferir alimentos que de ningún modo las hacen más saludables. El sodio es uno de los elementos de la dieta que afecta directamente la presión arterial y los niveles de reactividad en situaciones estresantes, pero su consumo desequilibrado parece ser la norma. Con la cafeína ocurre lo mismo, pero la gente no abandona las bebidas como el café, el té o la Cocacola®. Este tipo de decisiones son precisamente las que hacen que el sistema médico asistencial luzca predominantemente orientado hacia un gasto mucho mayor en curar la enfermedad que en prevenirla.

La epidemiología ha acuñado un cierto número de términos que se utilizan para comprender mejor el verdadero entorno de la relación salud-enfermedad. Se habla de *mortalidad* para describir cuantitativamente los decrementos (o incrementos) ocurridos, por ejemplo, en el número de defunciones producidas por el cáncer de seno; de *morbilidad* para significar cualquier tipo de cambio detectable

que se produzca a partir de cierto nivel de bienestar; de *prevalencia* para señalar el número de casos en una enfermedad o el número de personas infectadas o en condición de riesgo en un momento determinado; de *incidencia* para referirse al número de casos nuevos reportados en un período determinado; y de *epidemia* para describir situaciones en las cuales la incidencia de una enfermedad infecciosa aumenta rápidamente. Algunos de tales términos son expresados en tasas y se habla, por ejemplo, de tasas de morbilidad altas o bajas, o de tasas de mortalidad de 129 niños por 1000 nacimientos durante el primer año de vida en un país o región determinada.

Matarazzo (1982) define la Psicología de la Salud como la suma de contribuciones educativas, científicas y profesionales hacia la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades, identificación de correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y otras disfunciones, y el mejoramiento de los sistemas de salud y las políticas sanitarias. Siguiendo tal concepción, los especialistas en esta área de la psicología tendrían cuatro funciones importantes:

- participar en la promoción y mantenimiento de la salud ayudando a entender por qué la gente fuma, bebe, y hace dietas de cierta clase o no usa condones. O, también, diseñando programas de educación capaces de promover estilos de vida y conductas más saludables;
- ayudar en la prevención y tratamiento de la enfermedad vía aplicación de principios psicológicos efectivos en la reducción de, por ejemplo, la presión arterial alta para disminuir el riesgo de enfermedad coronaria; además de participar en los planes de ajuste y recuperación de los gravemente enfermos;
- tratar de identificar las causas (o correlatos etiológicos) de la enfermedad. Los especialistas deben preocuparse en buscar explicaciones sobre la conexión existente entre factores de personalidad y enfermedad, además de estudiar los procesos fisiológicos y perceptivos que expliquen disfunciones visuales, auditivas o cognitivas;
- intervenir abiertamente en el mejoramiento de los sistemas de cuidados médicos y las políticas sanitarias mediante la evaluación de las funciones hospitalarias típicas, el personal médico y de enfermería y los costos médicos. Se puede contribuir directamente en tal sentido sugiriendo nuevas formas de lograr una mejor aproximación (más sensible y responsable) hacia el paciente y ofreciendo alternativas válidas para que la atención médica preventiva pueda generalizarse.

Todo lo anterior sugiere que la psicología de la salud, así entendida, la medicina psicosomática (relaciones entre síntomas de enfermedad y emociones correspondientes) y la medicina conductual (relaciones entre salud y conducta) resultan ser disciplinas muy próximas en términos de objetivos. Muy parecidas también, porque las tres asumen que las nociones de salud y enfermedad son el resultado de una conjunción entre fuerzas biológicas, psicológicas y sociales (Sarafino, 1998). El análisis somero de la perspectiva biológica incluye elementos que van desde los procesos y materiales genéticos responsables de las características heredadas hasta deformaciones o defectos estructurales, pasando por los modos como el cuerpo responde para garantizar la protección de los sistemas. La perspectiva psicológica resulta más compleja, pues incluye procesos cognitivos (percepción, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, etc.), procesos emocionales (contenidos emocionales positivos como la alegría y el afecto, y contenidos emocionales negativos como la rabia, la tristeza y el miedo) y procesos motivacionales (modelos personales de conducta que tienen que ver con la forma como la gente se aferra a programas que tienden al logro de mejores niveles de bienestar). La perspectiva social, en un nivel muy amplio, incluye las distintas formas en que la sociedad afecta la salud de los individuos, el modo como la comunidad promueve o rechaza conductas asociadas a la salud, y la forma como en la familia son promovidas actitudes, creencias y valores que tienen que ver con lo mismo. Resulta obvio que cada uno de tales procesos son significativamente importantes en el mantenimiento del equilibrio indispensable del *continuum* salud-enfermedad. Es evidente que debemos, en primer lugar, tratar de interpretar de la mejor manera el modo como las tres perspectivas concurren en su determinación.

La investigación generalmente coincide en afirmar la existencia de fuertes nexos entre la personalidad individual y la salud. Así, las personas que normalmente reaccionan con altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad o pesimismo parecen estar en mayor riesgo de desarrollar enfermedades (Everson y otros, 1996). De la misma manera, la gente difiere en el modo de enfrentar las situaciones que suponen elevados índices de estrés, y hay quienes se aproximan a ellas con contenidos emocionales relativamente positivos, manteniendo enfoques optimistas y esperanzadores. Parece ser que este tipo de personas se enferma menos (y se recupera más rápidamente) que quienes enfrentan

las situaciones estresantes de modo menos positivo. Por otra parte, la gente que experimenta altos niveles de estrés suele emplear repertorios conductuales que suponen un riesgo mayor de enfermedades, como aumentar el consumo de alcohol, cigarrillos y café. La respuesta ante el estrés incluye aumentos en la presión arterial y otros cambios fisiológicos que inducen a una mayor reactividad del sistema cardiovascular y genera la posibilidad de sufrir un ataque cardíaco o empeorar una condición ya existente. La reactividad incluye la producción por el sistema endocrino de catecolaminas y corticoesteroides que, a niveles extremadamente altos, pueden causar un errático funcionamiento cardíaco y conducir a la muerte súbita. Algunas de estas hormonas, además, generan serios trastornos en el sistema inmunológico. Los incrementos en epinefrina y cortisol, por ejemplo, se asocian a una disminución en la actividad de las células T y B, cuestión que parece ser muy importante en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades infecciosas y cáncer (Kiecolt Glaser y Glaser 1995).

Enfermedad y muerte

Siempre hubo, a lo largo de la historia del hombre, alguna enfermedad cuyas connotaciones eran mágicas. Primero fue la lepra, y el propio Cristo nos recuerda que curarla era ciertamente un milagro. Luego fue la sífilis, enfermedad que existió aparentemente desde tiempos casi prehistóricos, disfrazada de formas diferentes. En la edad media la sífilis pareció convertirse en la enfermedad por excelencia, aunque la viruela también hizo lo suyo. A comienzos de siglo le tocó el turno a la tuberculosis. Después vino el cáncer, enfermedad incurable por excelencia, cuyas connotaciones pueden variar entre sagradas, demoníacas o mágicas. Y el SIDA, que aparece como la última equivalencia de la muerte. Entre unas y otras epidemias anduvo el cólera o el mal de chagas o el paludismo o la lechina o el polio o los accidentes de tráfico o el suicidio o los trastornos cardiovasculares, cada una de ellas expresables en tasas de mortalidad variables.

Cualquiera sea la connotación asignable, una vez que la gente sabe que padece una enfermedad (y muy especialmente si la enfermedad es crónica) se produce una serie de cambios que afectan la

percepción de sí mismos y de sus vidas. Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón es bastante simple: ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal es esencial en la construcción y evaluación de la autoimagen. Lo contrario representa un choque muy serio que no solamente inhabilita sino que también amenaza la visión normal que tenemos de nosotros mismos y nos hace sumamente vulnerables. De modo que ajustarnos a una enfermedad que potencialmente nos amenaza con la muerte, en realidad es un proceso que, encima de que nos incapacita, también nos llena de incertidumbre y requiere de nosotros enormes esfuerzos de adaptación (Cohen y Lazarus 1979). El proceso de ajuste también va a depender de las características de la enfermedad, algunas de las cuales generan cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal que resultan vergonzosos. Hay enfermos que deben usar ayudas exteriores muy visibles para la excreción fecal o urinaria y ello crea exageradas impresiones sobre el impacto social que tales ayudas producen. Suelen también ocurrir desajustes debidos a las restricciones que la enfermedad impone, a causa del temor desencadenado por los procedimientos médicos aplicados o las consecuencias a largo plazo del tratamiento que se sigue o, también, por efecto de la separación de la familia.

Es obvio que la aproximación del desenlace final no se experimenta hoy del mismo modo que en tiempos de la abuelita. La idea de la muerte ciertamente ha cambiado y ha cambiado también el modo de morirse. Hace unas cuantas décadas, cuando el enfermo sabía que se aproximaba el final, se le veía en su casa generalmente rodeado de sus familiares, más interesados los unos en asuntos 'prácticos' como el reparto de los bienes, y los otros a la espera de los últimos consejos, pero todos convencidos de que nada o muy poco podía hacerse. La visita de un sacerdote acompañado de un monaguillo era algo inevitable, y el acto de la extremaunción de, algún modo, indicaba que el asunto había pasado a las manos de Dios. El impacto emocional de semejante acto sobre el enfermo y sobre la familia simplemente sugería la presencia explícita de la muerte. Y con ella, la resignación.

En los días que corren y habida cuenta de los grandes avances de la medicina, cuadros etiológicos que antes terminaban en la muerte ahora son controlables, y los enfermos considerados graves suelen vivir (en realidad agonizando) períodos de tiempo más prolongados.

Los progresos notables logrados en cirugía, técnicas de reanimación y transplante de órganos, han prolongado la hora final del desenlace, aumentando las expectativas de vida de manera francamente impresionante. Este encarnizamiento terapéutico también ha logrado producir agonías muy prolongadas, como la de Josip Broz 'Tito', hospitalizado desde enero a mayo de 1980; la de Harry Truman, quien a los 88 años estuvo debatiéndose entre la vida y la muerte por tres meses; la de Hari Bumedian, presidente argelino que agonizó por 4 meses; la del presidente brasileño Tancredo Neves, cuya agonía se prolongó por 39 días durante los cuales fue objeto de 7 intervenciones quirúrgicas, o la de Francisco Franco, quien a los 83 años murió rodeado de bolsas de hielo y junto a 20 doctores, luego de agonizar durante algo más de un mes.

Todo esto sugiere, por un lado, que enfrentar enfermedades irreversibles en pacientes terminales puede ser un ordenado proceso asignable a la tecnología médica para tratar de extender la duración del sufrimiento y, por el otro, que la resignación de antaño está siendo sustituida por la esperanza, que siempre será por la curación total y por una vida más larga, especialmente si el enfermo terminal es una persona joven. Esta manera de ver al enfermo terminal (como centro de una disputa encarnizada entre la vida y la muerte) ciertamente ha hecho que la misma noción de 'muerte' cambie hasta asumir connotaciones sorprendentes. Pensar sobre una persona que agoniza, típicamente produce sentimientos de tristeza, pero, por sobre todo, los sentimientos suelen ser de admiración por el trabajo que los médicos realizan para mantenerla respirando. Conversar sobre las cualidades del enfermo moribundo ya no es tan importante como hablar sobre las cualidades de una tecnología médica muy avanzada que se realiza en el centro hospitalario o en la clínica.

Adaptación a la enfermedad y a la muerte

Morir de una enfermedad terminal supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona. El proceso puede tomar solamente días o semanas o puede durar años. Uno de los factores que afecta seriamente la manera como la persona enferma y su familia se adaptan a la enfermedad

terminal es la edad de la víctima. Cuando muere una persona de 80 años, la noción de 'muerte' pareciera ser más 'apropiada' que cuando muere una de 20. En este último caso la muerte suele ser calificada como 'inoportuna' o prematura. En cualquier situación, adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés, que, normalmente, pueden ser enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo y entre los cuales se mencionan el apoyo social y el sentido de control personal (Ratlif Crain y Baum 1990).

De un modo u otro, el enfermo y sus familiares más próximos se las arreglan para lograr una adaptación razonablemente buena a la condición actual. Al empeorar la condición y alcanzar la enfermedad las etapas terminales, nuevas crisis emergen y se requieren con urgencia enfoques nuevos para lidiar con el problema. Cuando el enfermo es una persona de edad avanzada, el shock pareciera ser menor. Los viejos suelen pensar y hablar más sobre sus males y sobre su decreciente salud y aceptan que sus días de vida están por terminar. Cuando, además, realizan una evaluación de su vida pasada y encuentran que han logrado cosas importantes, la dificultad para adaptarse a la enfermedad terminal es menor (Mages y Mendelsohn,1979). No ocurre lo mismo entre los niños, la gente joven y de mediana edad, quienes siempre esperan la recuperación en medio de una gran ansiedad.

Para los niños en edad preescolar la idea de muerte resulta ser sumamente difusa. Muchos niños han tenido alguna clase de experiencia con la muerte (desaparición de un familiar próximo, por ejemplo), pero antes de los cinco años probablemente signifique 'vivir en otro lugar' del cual puede regresarse alguna vez. En realidad no tiene mucho sentido entretenerse en hablar sobre la muerte con niños tan pequeños. La mayor parte de las veces los adultos evitan conversar con ellos sobre el tema de la muerte y el asunto suele resolverse con explicaciones como 'se ha ido y está en el cielo con Jesús' o 'se quedó dormida'. Entre los 8 y 9 años los niños ya pueden entender que la muerte es un estado que le ocurre a cualquier persona, que es el final y que supone ausencia de funciones corporales. Cuando es el niño mismo quien padece una enfermedad grave lo normal es que también se evite hablar sobre el tema, con la excusa de evitarle mayores sufrimientos. Pero los niños en edad escolar gradualmente se dan cuenta del problema y de su seriedad. Primero entienden que están realmente

enfermos, pero piensan que pronto ocurrirá la recuperación. Más tarde comprenden que su estado se complica, que la recuperación no sobrevendrá y que en realidad se están muriendo. En estos casos será necesario establecer con ellos un enfoque serio, honesto y abierto sobre la enfermedad que padecen y ofrecer toda la información que el niño sea capaz de comprender. Entre los adolescentes, morir a consecuencia de una enfermedad terminal supone sentimientos de estar siendo tratado injustamente por la vida y la situación global suele ser analizada como carente de sentido. Comprender que van a perder la oportunidad de realizarse puede originar en ellos comportamientos emocionalmente complicados, generalmente envueltos en rabia, odio y temor extremos.

Kübler Ross (1969) propone un modelo secuencial de cinco fases que, según ella, es seguido por la gente en trance de morir. La investigación posterior (Kalish 1985; Zisook y otros, 1995) no apoya la creencia de que el proceso de ajustarse al acto de morir sigue la secuencia propuesta, pues en la mayoría de los casos las emociones y los patrones de ajuste fluctúan: unas personas pasan por una fase determinada (rabia, por ejemplo) más de una vez, otras experimentan distintas reacciones emocionales al mismo tiempo y hay quienes parecen saltarse las fases. La misma evidencia parece indicar que las personas que alcanzan la fase de 'aceptación' de una muerte inminente suelen morir más pronto que quienes no logran alcanzarla. El modelo de Kübler Ross propone las siguientes fases:

Negación. Frente al diagnóstico de la enfermedad y ante el pronóstico de muerte, la persona se rehúsa a creer que el asunto tenga algo que ver con ella. El paciente terminal suele asumir que en alguna parte se cometió un error, que los reportes médicos están equivocados o que las pruebas clínicas se refieren a otra persona. La fase de negación suele movilizar a los pacientes a buscar una segunda opinión, pero muy pronto esta fase se desvanece para dar paso a otra de indignación, hostilidad y rabia.

Rabia. De pronto el paciente terminal se da cuenta de que su situación es realmente seria y entonces se convierte en una persona iracunda, unas veces plena de resentimiento hacia quienes lucen saludables y otras veces estallando en toda clase de recriminaciones y denuestos, echando la culpa de su situa-

ción a sí mismo, a la familia, a la enfermera, al médico y a casi todo el mundo, Dios incluido.

Negociación. En esta fase el enfermo intenta alterar de algún modo su condición por la vía de un acuerdo que, generalmente, se establece con Dios. El paciente se abre a un rimero de promesas de cambiar, de mejorar, de hacer las cosas en lo sucesivo de modo diferente, que parecen ser la alternativa viable hacia su intenso deseo de mejorar.

Depresión. Ocurre cuando los acuerdos no alteran el panorama y las promesas no funcionan. Simultáneamente, el tiempo se acaba. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas del pasado y las que no van a realizarse en el futuro. La traducción de todo esto es la desesperanza y con ella surge la fase depresiva.

Aceptación. Cuando el paciente permanece enfermo durante largo tiempo, seguramente logrará alcanzar esta última fase. La depresión deja de ser un problema y el enfrentamiento de la muerte podrá sobrevenir en calma y tranquilidad. El tipo de apoyo familiar ofrecido debe estar orientado hacia la cancelación final de sentimientos negativos y temores.

Un dilema tras otro

Todo enfermo terminal tiene necesidades de naturaleza física, psicológica y religiosa que deben ser atendidas. En el plano puramente psicológico requiere seguridad (necesita confiar en la gente que lo cuida y tener la certeza de que no será abandonado a su suerte); pertenencia (necesita ser querido y aceptado además de comprendido y acompañado hasta el final); consideración (quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas, que le sea ofrecida toda la ayuda necesaria y que pueda tener a alguien a quien confiarle sus temores o sus preocupaciones). Puede decirse que la fase terminal se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del enfermo han empeorado y que no hay alternativas de tratamiento disponibles para alterar o para detener el camino hacia la muerte. Es cuando suele también iniciarse un tratamiento de tipo paliativo, generalmente encaminado a reducir el dolor y la incomodidad, pero que no debe entenderse como dirigido

a resolver definitivamente la situación actual de la persona enferma. A partir de aquí comienzan a plantearse situaciones estresantes para el enfermo, que invaden también a la familia. Y, de paso, las tensiones invaden al equipo médico que, a juzgar por las creencias generalizadas, debe estar allí para salvar vidas.

Normalmente, en tales situaciones las decisiones que deben tomarse resultan ser todas muy difíciles. Es bastante seguro que el médico enfrente una serie de reclamos procedentes de distintas vías que le harán sentir la sensación de fracaso y que, irremediablemente, le llevarán a distanciarse psicológicamente del enfermo terminal. Distanciarse significa que el médico y el resto del personal, en primer lugar, decidirán no preocuparse por las reacciones emocionales del enfermo, y luego, que evitarán alarmarse por los evidentes cambios físicos que están ocurriendo, que tratarán de ignorar el paso del tiempo, una dimensión que progresivamente se agota y, finalmente, que reducirán los niveles de ansiedad ante los signos que acompañan la proximidad de la muerte. Frente al enfermo que luce agonizante siempre surge el temor de hacer o no hacer algunas cosas. Nada puede ya garantizarse. Lo normal es que se tienda a aislar al individuo precisamente cuando más compañía y ayuda necesita.

¿Debe el enfermo terminal ser informado abiertamente sobre su situación actual? Sea cual fuere su condición, la mayoría de ellos experimentan los mismos síntomas: dolor, dificultad para respirar, pérdida de apetito, delirio, desajustes cognitivos, insomnio, depresión, náusea, fatiga, etc. La mayoría de tales síntomas no aparecen aislados sino en grupo, con grandes variaciones en su severidad y prevalencia, y en muchas situaciones no reciben el tratamiento adecuado, a pesar del enorme sufrimiento que producen. Una buena forma de intervenir en tales situaciones implicaría el empleo combinado de terapias farmacológicas y conductuales que alivien el dolor físico y el sufrimiento general y, al mismo tiempo, puedan movilizar recursos psicológicos y espirituales del enfermo capaces de facilitar, por lo menos, la percepción, interpretación y manejo de los síntomas.

El dilema de decir o no decir al enfermo que la muerte está próxima siempre ha originado controversias. Hay quienes sugieren que el paciente tiene derecho a saberlo (y cuanto antes mejor) pero siempre aparece en el seno de la familia alguien que piensa que lo mejor es no informarlo. Otros argumentan que tal dilema carece

de sentido, porque el paciente terminal muy pronto reconoce que está muriendo y entonces lo mejor es convocarlo, junto a la familia, para ofrecer la explicación profesional necesaria y comenzar a prepararse psicológica y legalmente para lo inevitable. En realidad, lo que parece importante es evaluar los deseos del enfermo: algunos desean saberlo, otros no. Hay enfermos terminales que parecen tener menos dificultad que otros en el manejo de la situación. En algunos casos será necesario ofrecer psicoterapia individual dirigida a ayudar al paciente a controlar la situación, cuestión que bien pudiera reducirse a escuchar lo que tenga que decir sobre sus asuntos pendientes, dar apoyo y reducir la ansiedad. La idea es lograr que el enfermo no se considere abandonado por su médico y que pueda contar con alguien que le visite, alivie su dolor y le ofrezca alguna clase de consuelo, de modo que la persona no se considere muerta antes de morir.

El otro dilema es decidir dónde morirá el enfermo. Hay quienes resuelven prodigar atención en el seno de la familia, cuestión que suele convertirse en una experiencia realmente avasallante. Pero la verdad es que, con algunas variaciones entre distintos países, la mayoría de las personas muere en hospitales, lo cual parece ser una buena alternativa, debido a que es allí donde existe un mayor conocimiento para ofrecer el apoyo y los servicios que el enfermo terminal requiere. Básicamente ello supone el ofrecimiento de una mejor 'calidad de vida', más enriquecida, mediante la prestación de cuidados generalmente dirigidos a reducir la incomodidad y el dolor, pero que también puedan cubrir las áreas psicosocial y espiritual.

En el medio hospitalario, la 'unidad de cuidado' debiera estar conformada por el paciente y su familia. Pero en los hospitales desorganizados y pésimamente mal dirigidos que tenemos, semejante opción debe descartarse de antemano. La verdad es que el cuidado de un enfermo terminal por su familia deriva en situaciones en las cuales cada individuo es afectado por todos los demás y, al mismo tiempo, afectado por lo que ocurre en el enfermo. Esto implica que, de una u otra forma y en algún momento, todos requerirán cuidados institucionales. De manera que ya no se trata de planear modelos de atención únicamente dirigidos al enfermo terminal para el manejo de los síntomas y el alivio del dolor sino, más bien, enfocados a la atención de toda la unidad familiar.

Cuando se decide que el enfermo deberá quedarse en el ambiente hospitalario, conviene considerar, además, que este solo hecho añadirá algunos aspectos negativos a la experiencia que sufre la persona. Por un lado, la hospitalización interrumpe de manera drástica el estilo de vida individual y, por el otro, supone un alto grado de dependencia de muchos otros que suelen ser desconocidos. Seguramente que los aspectos desagradables se inician cuando se pregunta si el enfermo o la familia puede pagar los costos de la atención que va a ofrecerse. En el caso del actual sistema hospitalario venezolano el asunto todavía es peor, porque casi todo debe correr por cuenta del enfermo, desde las sábanas que se usarán para adecentar la cama hasta las medicinas (algunas de las cuales a menudo desaparecen en otras direcciones), pasando por gasas, jeringuillas, unturas, etc.

La interacción con el personal médico (depositario del conocimiento, la autoridad y el poder en la relación que debe establecerse) con toda seguridad convierte al enfermo en un extraño que se acerca a una comunidad extraña cuyos procedimientos y terminología también van a resultarle completamente extraños, además de ajenos. En medio de semejante extrañeza lo normal son niveles muy altos de incomodidad que, agregados a la ya preocupante situación que sufre por efectos de su enfermedad, harán que la experiencia hospitalaria termine siendo algo difícil de sobrellevar. La emoción más común en tales casos debe ser ansiedad.

Cuando el problema de salud todavía no ha sido bien definido, el paciente estará ansioso por los resultados que se obtendrán a partir de las pruebas que se practicarán. Si el diagnóstico ha sido realizado, entonces la ansiedad será por el tipo de tratamiento y su eficacia. Pero la mayor parte de la ansiedad estará fundada en la casi absoluta falta de información, que a veces ocurre porque las pruebas no han sido terminadas o porque aún faltan algunas que deberán ayudar a definir mejor la situación. También puede ser porque el paciente no está en condiciones de comprender la información que el personal médico le ofrece. La verdad es que una buena parte de las veces esa ansiedad ocurre porque nadie se toma la molestia de informar al enfermo, que suele ser la persona más interesada en saber qué es lo que pasa y cómo se están manejando sus problemas.

La mera observación casual del ambiente hospitalario induce a pensar que algunos médicos y enfermeras están muy ocupados,

habida cuenta del angustioso ir y venir que parece consumir todo su tiempo. Pero cuando se observa a un miembro del equipo médico frente al paciente, una buena parte de las veces lo que parece sobresalir en el esquema de comunicación establecido, es pura y simple desperso-nalización: el paciente no está ahí; el paciente no es una persona; el paciente es una cosa que alguien dejó olvidada en algún sitio.

En el caso del enfermo terminal, la distanciación psicológica pueda ser una buena excusa para explicar lo que ocurre. Es muy probable que la despersonalización ayude al médico también a sentirse menos afectado emocionalmente por el estado real de la persona a su cuidado. También pudiera explicarse por el hecho de que muchos pacientes representan un riesgo grave para la salud del personal que lo atiende debido a que sus enfermedades son peligrosamente contagiosas. O pudiera ser que las actividades y decisiones que deben ser tomadas crean en el médico niveles de estrés muy prolongados, lo cual evita que se pueda ofrecer en todo momento y a todos los pacientes un cuidado más personalizado.

Pero ¿por qué entonces no ocurre lo mismo en la clínica privada? Lo verdaderamente preocupante es que a pesar de que ese tipo de manejo institucional del paciente ha sido reconocido durante años como inapropiado, los esquemas de funcionamiento de los hospitales parecen no haber sufrido alteración ninguna, igual que tampoco parecen haber ocurrido cambios relevantes en la formación académica profesional.

Sea cual fuere la decisión tomada en cada caso particular, lo cierto es que enfrentar situaciones de este tipo supone un rimero de tareas y de metas que deben cabalmente ser cumplidas pero, por sobre todo, exige procesos de adaptación que no todos logran generar, incluyendo al personal médico. La adaptación sugiere pasos que van desde comprender los niveles reales de gravedad y buscar información sobre el problema o los problemas que se manejan, hasta administrar cuidados médicos (control de dosis, aplicación de inyecciones). Supone también incorporar rutinas de actividad que funcionen de modo paralelo a las necesidades del enfermo. Requiere ofrecer apoyo instrumental y emocional o buscarlo cuando sea necesario. Exige planear sobre la base de dificultades no conocidas pero que puedan presentarse, y, finalmente, sugiere concretar una

perspectiva global de la situación, sobre la base de las disponibilidades que ofrece el entorno inmediato. Muy probablemente, este último paso sea el definitivo en la toma de decisiones particulares en relación con cada enfermo en estado terminal.

Bibliografía

- Bradley, G. W. (1993). *Disease, diagnosis and decisions.* New York: John Wiley and Sons.
- Cohen, F. y Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. En G. C. Stone y otros (Eds.), *Health Psychology. A handbook.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A. y otros (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine, 58,* 113-121.
- Kalish, R. A. (1985) The social context of death and dying. En R. H. Binstock y E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences.* New York: Van Nostrand.
- Kiecolt-Glaser, J. K. y Glaser, R. (1995). Psychoneuroinmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 57,* 269-274.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* New York: Macmillan.
- Mages, N. L. y Mendelsohn, G. A. (1979). Effects of cancer on patients' lives: A personological approach. En G. C. Stone y otros (Eds.), *Health Psychology. A handbook.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. Am. Psychologist, 37, 114.
- Ratlif-Crain, J. y Baum, A. (1990). Individual differences and health: Gender, coping and stress. En H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease.* New York: John Wiley and Sons.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology -Biopsychosocial interactions.* New York: John Wiley and Sons.
- Zisook, S., Peterkin, J. J., Shuchter, S. R. y Bardone, A. (1995). Death, dying and bereavement. En P. M. Nicassio y T. M. Smith (Eds.). *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective.* Washington, DC: American Psychological Association.

capítulo 4

Perfil psicosocial del narcodependiente

(el caso CAIM – Mérida)

Luis Esqueda T.
Félix Ángeles S.

El uso patológico de sustancias psicoactivas se ha constituido en un grave problema de salud pública (Evans, 1987), al punto de que, en la actualidad, se habla de pandemia (Thorne, 1985). La gravedad del problema se acentúa por lo difícil del tratamiento y lo complicado del proceso de rehabilitación de las personas que lo padecen (Crowley, 1988; Harrison, 1994; Jones, 1995; Roback, 1996).

Algunas cifras pueden ayudar a ilustrar lo planteado arriba. Por ejemplo, Garbari (1999) señala que, en EE UU de Norteamérica, para 1996, las necesidades de tratamiento eran de 5,5 millones de individuos por consumo de drogas ilegales y de 13 millones de individuos, por consumo de alcohol. Los programas de control de drogas pasaron de 650 millones de dólares en 1982 a 13 billones de dólares en 1997, todo ello sin incluir el tabaco y sin mencionar la relación entre los problemas de adicción a las drogas con el significativo aumento de la morbilidad, mortalidad, la tasa de suicidio, la delincuencia, el abuso sexual, la violencia doméstica y las infecciones por el VIH.

En Venezuela (Garbari, 1999), el perfil sociodemográfico de la persona que asiste a tratamiento por consumo de drogas está dado por la predominancia del sexo masculino (91%), 15 a 30 años de edad (68%), soltero (74%), con un nivel educativo de secundaria incompleta (65%), desempleado o desocupado (56%). En cuanto al hábito de consumo, la persona que asiste a tratamiento por abuso o dependencia de drogas se caracteriza por inicio del consumo entre los 10 y 19 años

(83%), consumo diario (38%), droga ilícita de inicio, cannabis (45%), droga secundaria, cocaína (59%), droga terciaria, cocaína y crack (44%), drogas de mayor impacto, cocaína y crack (85%).

De acuerdo con Uzcátegui (1998), el perfil del consumidor de cocaína y sus derivados, atendido en la Fundación José Félix Ribas, en Mérida, se caracteriza por una edad de inicio que va entre los 9 y los 20 años (90,2%), siendo más precoz en el caso del sexo femenino de 9 a 12 años (40%) que en el masculino con una edad de 13 a 16 años (44,1%). La droga de inicio más frecuente es el alcohol (80,4%) y la motivación al consumo más general es la invitación de un familiar o amigo (52,7%). El lugar de inicio de consumo más común es su propia comunidad u hogar (71,5%), con una frecuencia de consumo de varias veces al día (41,1%).

Impresiona, a los que han trabajado con personas drogodependientes de diferentes nacionalidades y clases sociales, la consistencia de algunas "características" o "formas de ser" de los drogodependientes en general. Para Yablonsky (citado por Luna, 1998), quien ha investigado en esta área por más de 35 años, el drogodependiente niega que esté en dificultades con la sustancia psicoactiva (ilusión de control); también la familia trata de esconder las dificultades, de negarlas, aferrándose a la ilusión de que su familiar no es un drogodependiente.

El evento más sistemático es que el drogadicto se miente a sí mismo. "El drogadicto se droga para prometerse que no volverá a drogarse". Y cuando acepta en algo sus dificultades frente a la sustancia, comienza a responsabilizar a los demás de sus problemas (victimismo). Otro evento consistente es que el drogodependiente sabe cuáles son los puntos débiles y fuertes de cada uno de sus familiares, dato que le permite manipular o "chantajear" a su entorno para conseguir lo que quiere. El drogodependiente sólo tiene una idea en la cabeza y ella es: ¿Cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman "compulsión" a este deseo irresistible. Mentir es algo completamente normal para el drogodependiente, lo hace parte de su mundo, llegando al punto de decirse mentiras a sí mismo.

Maselli (1985) describe tres períodos en el desarrollo de la drogodependencia. El primero se produce desde el contacto inicial con la sustancia psicoactiva, hasta el momento en el que los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos "la luna de miel", ya que el drogodependiente siente su relación con

la sustancia como "positiva". La "fuga", o momento de efecto activo de la sustancia, es un elemento que explica, en gran parte, el apego a la sustancia psicoactiva: durante un breve lapso, la sustancia hace olvidar al drogodependiente los problemas y malestares, quedándose con lo "bueno" de la sustancia. Para algunos expertos el primer período raramente es inferior a los dos años o superior a los cuatro, dato muy relativo pues depende de la sustancia y la persona. En algún momento la persona trata de "liberarse" de la sustancia, pero se da cuenta de la dificultad para lograrlo y comienza a mentirse a sí mismo. El segundo período aparece con la revelación pública de la situación. Ello produce lo que pudiera llamarse un shock familiar. Negaciones, anulaciones, sentimientos de culpa y de impotencia hacen su aparición. El drogodependiente comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y lo complace en sus necesidades materiales, ya que domina el sentimiento de culpa. La familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes: regalos y agresividad para tratar de controlar las conductas desviadas. Se conforma entonces una patología muy compleja. A partir del momento en el cual los familiares y, más raramente, el drogodependiente, piden asesoría especializada comienza el tercer período. En este último período la familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo y se integran al tratamiento.

Por su parte, los coadictos, con frecuencia miembros de la familia, pueden sabotear el tratamiento e impedir la abstinencia del drogodependiente. La negación, por parte de la familia, generalmente es el primer obstáculo en la terapia. No se acepta que el familiar en cuestión sea un enfermo. Después de la negación, cuando el drogodependiente se ha integrado al tratamiento, viene, en la mayoría de los casos, una fase de agresividad de la familia hacia el drogodependiente. Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas, en algunos miembros de la familia, cuando el drogodependiente está integrado al tratamiento o se está "curando".

La evolución descrita hasta ahora, se ha basado en documentación y estudios predominantemente foráneos. La investigación venezolana sobre las características personales del adicto ha sido bastante limitada y el presente reporte representa un esfuerzo exploratorio con el propósito de conocer algunos aspectos poco explorados de los consumidores de droga. Las preguntas que nos formulamos fueron

tres: ¿podría existir un perfil motivacional particular del drogadicto?, ¿existen diferencias entre la autoestima del adicto y la de la población general? y ¿será posible establecer algún patrón funcional de personalidad entre el adicto, como persona aislada, y los miembros de su entorno familiar cercano?

Procedimiento

Con la estrecha colaboración de todo el personal del Centro de Atención Integral Mérida (CAIM) de la Fundación José Félix Ribas, se decidió administrar una multiescala o cuestionario auto administrado, a todos los usuarios de la consulta de la Fundación, entre los meses de marzo a junio del año 2000. Se obtuvo, de esta forma, una muestra compuesta por 115 personas, 73 consumidores de sustancias psicoactivas y 42 familiares acompañantes. No se tomó en consideración si las personas eran usuarias regulares o casuales del servicio, o si se trataba de la primera consulta. Sólo se verificó que la persona declaraba tener problemas con el consumo de sustancias ilegales o tenía un familiar afectado por el problema.

Para efectos de las comparaciones, se procedió a seleccionar de la base de datos de nuevo ingreso a la Universidad de Los Andes (2.230 candidatos de distintas especialidades) una muestra aleatoria balanceada, por edad y sexo, para que sirviera como muestra normativa, asumiendo que este grupo representa la población general de la región de Mérida.

La multiescala es un cuestionario tipo Likert de seis puntos compuesto por un total de 153 ítemes. Se compone de un conjunto de subescalas destinadas a medir Motivación al Logro Personal (Romero García y Salom de Bustamante, 1990), Internalidad (Romero García y Pérez de Maldonado, 1981), Normalidad Psicológica (Esqueda Torres, 1997a), Agresividad (Escalante, 1994), Depresión (Escalante, 1994), Autoestima General (Rosemberg, 1979), Ansiedad (Esqueda Torres, 1991) y Desajuste Psicológico (Esqueda Torres, 1997b). En todos los casos, se le pide a los sujetos indicar el grado de desacuerdo o acuerdo que piensan tener con cada una de las afirmaciones que conforman la multiescala. De esa manera, es posible obtener una métrica directa de la autopercepción que el individuo expresa en cada una de las dimensiones medidas.

Resultados y discusión

Para tener una idea de la distribución de los resultados, se presentan en la Tabla 1, las medias y las desviaciones estándar, en cada una de las variables medidas, no solamente para el grupo de usuarios drogodependientes (1) y el grupo de parientes (2), sino que se han agregado los resultados de la muestra normativa (3).

Es casi tentador dejar que cada cual deduzca individualmente sus conclusiones, al menos en lo relativo a las notables y evidentes diferencias entre los grupos. Sobre todo si se tiene presente que la muestra normativa, representa un punto de referencia muy estable de las variaciones observadas en la población general en cuanto a las variables en evaluación. La muestra normativa fue derivada aleatoriamente tomando en consideración el tamaño del grupo encuestado en la Fundación, balanceando la edad y el sexo, de tal forma que no hubiese sesgo experimental en las comparaciones.

Se desprende, del análisis sumario del cuadro de medias, que el grupo de consultantes por adicción a las drogas, comparado con el grupo normativo, muestra, de manera sistemática, puntajes menores en autoestima, normalidad psicológica (NORTOT) y la medida derivada de ajuste psicológico (AJUST). De igual manera, se detecta para el mismo grupo, un puntaje mayor en ansiedad, depresión, desajuste psicológico (RTOT) y agresividad.

tabla 1

Puntajes promedio para cada variable

	GRUPOS	n	Media	Desviación Est.
AUTOEST	1	42	41,48	8,35
	2	23	49,43	8,22
	3	86	49,34	6,61
ANSIEDAD	1	45	52,18	15,85
	2	24	47,96	15,47
	3	86	39,33	14,71
NORTOT	1	61	99,48	13,52
	2	31	105,13	15,09
	3	86	111,01	14,75
RTOT	1	61	51,66	14,79
	2	31	43,29	15,04
	3	86	32,68	12,15
AJUST	1	61	47,82	22,19
	2	30	61,17	26
	3	86	78,01	21,46
INT	1	61	37,84	6,68
	2	32	35,78	6,94
	3	86	19,80	6,68
OP	1	61	23,84	8,65
	2	32	19,75	8,56
	3	86	19.23	8,15
AZ	1	61	26,48	6,53
	2	32	23,41	7,58
	3	86	23,06	7,52
IT	1	61	12,68	9,76
	2	32	14,22	8,34
	3	86	19,80	8,68
LOGRO	1	62	112,95	15,85
	2	32	105,69	18,63
	3	86	111,12	14,73
AGRESIÓN	1	60	73,45	15,1
	2	32	84,84	11,25
	3	86	50,34	10,78
DEPRESIÓN	1	73	77,04	18,4752
	2	42	61,79	23,3873
	3	86	44,42	15,62

Un comentario especial merece la comparación entre las medidas motivacionales: internalidad total (IT) y motivación al logro (Logro). En el caso de la internalidad, el grupo de usuarios drogodependientes (y el de los parientes) aparece con el puntaje más bajo (lo que sugiere su fuerte tendencia a la externalidad o a la sistemática atribución externa de los eventos que explican su conducta); esa misma tendencia no se observa cuando se trata de la motivación al logro. En esta variable, como podrá observarse, el grupo de drogodependientes (identificado con el número uno) y el grupo normativo (identificado con el número tres) obtienen un puntaje casi equivalente, mientras que el grupo de familiares (es decir, el número dos) es el que aparece con valores menores. Estos hechos parecen sugerir que la internalidad

y la motivación al logro, son variables que deberían ser tomadas en consideración en ambientes terapéuticos cuando se trata de procesos de recuperación y de reinserción social de los consultantes. El drogodependiente parece sostener una mentira social (su autopercepción de motivación al logro) sobre bases de incontrolabi-lidad (su funcionamiento conductual). Dicho de otra forma, la terapia debería ayudar al ajuste de metas en función de la capacidad para controlarlas.

Aunque no pareciera necesario insistir sobre las diferencias directamente observables entre el grupo de consultantes por problemas de drogas, sus parientes y la muestra normativa, resultará útil

tabla 2

Diferencias por grupo para las distintas variables

	GRUPOS	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media de cuadrados	F	P
AUTOEST	Entre grupos	1883,51	2	941.75	17.30	.000
	Intragrupos	8055,34	148	54.42		
	Total	9938,86	150			
ANSIEDAD	Entre grupos	5240.57	2	2620,28	11,39	.000
	Intragrupos	34958,42	152	229,99		
	Total	40198,99	154			
NORTOT	Entre grupos	4780,23	2	2390,11	11,52	.000
	Intragrupos	36281,68	175	207,32		
	Total	41061,91	177			
RTOT	Entre grupos	13038,42	2	6519,21	35,15	.000
	Intragrupos	32454,58	175	185,45		
	Total	45492,00	177			
AJUSTE	Entre grupos	32887,89	2	16443,94	32,40	.000
	Intragrupos	88296,30	174	507,45		
	Total	121184,19	176			
IT	Entre grupos	1992,46	2	996,23	12,28	.000
	Intragrupos	14276,04	176	81,11		
	Total	16268,51	178			
LOGRO	Entr grupos	2508,65	2	1254,32	4,98	.008
	Intragrupos	44504,55	177	251,43		
	Total	47013,20	179			
AGRESIÓN	Entre grupos	35285,60	2	17642,80	113,29	.000
	Intragrupos	27252,17	175	155,72		
	Total	62537,78	177			
DEPRESIÓN	Entre grupos	42158,77	2	21079,38	61,61	.000
	Intragrupos	67742,31	148	342,13		
	Total	109901,09	150			

destacar algunas comparaciones de interés entre los tres grupos. Para ello, hay que referirse a la Tabla 2, donde se resume la información estadística ofrecida por un Análisis de Varianza (ANOVA), el cual permite establecer que existen diferencias significativas entre los tres grupos en cada una de las dimensiones medidas.

Del contenido de la Tabla 2 se desprende que existen diferencias altamente significativas entre los grupos con relación a cada una de las dimensiones medidas. Sin embargo, es necesario conocer qué grupo específico difiere o introduce mayor variación en los puntajes para cada variable. Con ese propósito en mente, se procedió a realizar una prueba de comparaciones múltiples la cual se resume en la Tabla 3.

tabla 3

Comparaciones múltiple

	GRUPOS	Diferencia Medias	Error Estándar	P
AUTOEST	Droga – Parientes	7.96	1.91	.002
	Norma	7.86	1.38	.000
	Parientes – Drogas	7.96	1.91	.002
	Norma	9.76	1.73	1.000
ANSIEDAD	Droga – Parientes	4.22	3.83	.642
	Norma	12.85	2.79	.000
	Parientes – Drogas	4.22	3.83	.642
	Norma	8.63	3.50	.058
NORTOT	Droga – Parientes	5.65	3.17	.232
	Norma	11.54	2.41	.000
	Parientes – Drogas	5.65	3.17	.232
	Norma	5.88	3.01	.187
RTOT	Droga – Parientes	8.37	3.00	.041
	Norma	18.97	2.28	.000
	Parientes – Drogas	8.37	3.00	.041
	Norma	10.61	2.85	.003
AJUSTE	Droga – Parientes	13.88	5.02	.045
	Norma	30.19	3.77	.000
	Parientes – Drogas	13.88	5.02	.045
	Norma	16.31	4.77	.010
IT	Droga – Parientes	1.52	1.96	.818
	Norma	7.12	1.50	.000
	Parientes – Drogas	1.52	1.96	.000
	Norma	5.60	1.86	.007
LOGRO	Droga – Parientes	2.74	3.45	.860
	Norma	8.17	2.64	.005
	Parientes – Drogas	2.74	3.45	.060
	Norma	5.43	3.28	.373
AGRESIÓN	Droga – Parientes	11.39	2.73	.000
	Norma	23.11	2.09	.000
	Parientes – Drogas	11.39	2.73	.000
	Norma	34.50	2.58	.000
DEPRESIÓN	Droga – Parientes	15.27	3.58	.002
	Norma	32.60	2.94	.000
	Parientes – Drogas	15.27	3.58	.002
	Norma	17.34	3.48	.000

Se puede apreciar que el grupo de usuarios drogodependientes difiere del grupo de parientes, de manera estadísticamente significativa, en la medida de autoestima, de desajuste psicológico, de agresión y de depresión. Se puede, también destacar, que en cuanto a agresividad se refiere, aunque los drogodependientes observan puntajes muy elevados con relación a la muestra normativa, son los familiares los que muestran un nivel de agresividad superior. A un nivel tal que, incluso, difieren estadísticamente de sus parientes con problemas de droga.

Por otro lado, en cuanto a las medidas motivacionales tomadas, no hay diferencias entre los grupos drogodependientes y parientes. La externalidad, es decir, la tendencia a considerar que otros agentes o factores son los culpables de las experiencias personales que les ha tocado vivir, es la característica descriptiva central para las dos submuestras. La motivación de logro es baja para los parientes, pero no sustancialmente diferente de la observada en la población normativa. Sin embargo, ese no es el caso observado para los drogodepen-dientes, los cuales evidencian diferencias estadísticamente significativas con relación a la muestra normativa.

Se desprende entonces, de los resultados reportados, que el consultante por consumo de drogas es una persona de baja autoestima, con desajuste psicológico general severo, alta ansiedad, deprimida y agresiva. Igualmente, que los familiares encuestados muestran altos índices de ansiedad y agresividad, probablemente asociados a los sentimientos de impotencia, culpa y desamparo que produce el presenciar el derrumbe progresivo de un ser querido. Una interpretación alternativa que debe ser investigada posteriormente sería que, precisamente, por el elevado nivel de ansiedad y de agresividad, esos parientes terminan con un familiar adicto, desorganizado y deprimido.

Además, se encontró que las medidas motivacionales tales como la internalidad y la motivación al logro, no sugieren ningún patrón particular de expresión (cuando se comparan ambos grupos); aunque resulta claro que, tanto los drogodependientes, como sus familiares, son sistemáticamente más externos que lo usualmente observado en la población normativa. En apariencia, la percepción de control de los eventos es predominantemente externa porque, asumir responsabilidad directa por la conducta de adicción personal o del familiar, sería extremadamente costoso en términos del compromiso emocional que ello implica.

Debe agregarse, a manera de consideración final, que los presentes resultados representan una primera aproximación al estudio del perfil psicosocial del usuario de sustancias psicoactivas (consultante de la Fundación José Félix Ribas de Mérida) y de sus parientes más cercanos. Obviamente, mayor investigación será necesaria para responder a las inquietudes e interrogantes que se desprenden del presente trabajo.

Bibliografía

- Crowley, P. (1988). Family therapy approach to addiction. *Bull Narc, 40* (1): 57-62.
- DSM IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, S.A., Barcelona, España.
- Escalante, G. (1994). GE-Dpr. *Escala de Depresión.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Escalante, G. (1994). GE-Agre. *Escala de Agresividad.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1991). *Ansilet, una Escala para Medir Ansiedad General.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997a). *Normalta, una Escala para medir Normalidad Psicológica.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997b). N-R-18, *Cuestionario de Desajuste Psicológico.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Evans, R. (1987). Alcohol y Salud. Revista de la Universidad Católica de Costa Rica, 94 104,228.
- Freyberger, H., Stieglitz, R. (1996). Diagnostic instruments and of addiction. *European Addiction Research., 2*: 124-128.
- Freixa, F. y Soler, I. (1981). Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. *Conducta humana*, # 41, Barcelona, España,
- Garbari,A. (1999). Clasificación, aspectos epidemiológicos y aspectos clínicos de las adicciones (ponencia). I Jornadas de Actualización en adiccio-nes. Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, Caracas, Venezuela.
- Harrison, D., Chick, J. (1994). Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction. 89* (12): 13-17.
- Jones T. (1995). The road to recovery. New law removes one barrier to rehabilitation for impaired physicians. *Texmed., 91* (8): 22-23.
- Luna, J. (1998). *¿Qué hacer con un hijo adicto?* 3ra. ed., San Pablo, Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia.
- Luna, J. (1999). *Logo terapia: un enfoque humanista existencial.* 2da. Ed., San Pablo, Santa Fe de Bogotá D.C., Colombia,
- Maselli, B. (1985). *Per paura di vivere.* Roma: Cittá Nuova , 52.
- Pellicer, J. (1999). Estudios Psicológicos y Escalas Clínicas para la evaluación del paciente adicto (ponencia). I Jornadas de Actualización en Adicciones, Caracas, Venezuela.

- Roback, H., Moore, R., Waterhouse, G., Martin, P. (1996). Confidentiality dilemmas in group psychotherapy with substance dependent physicians. *Am. J. Psychiatry, 153*: 10,1250-1260.
- Romero García, O. Pérez de Maldonado, I. (1981) *Escala Levenson de Locus de Control: Análisis Factorial en Venezuela.* Publicación Nº 51. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Romero García, O y Salom de Bustamante, C. (1990) *MLP. Cuestionario de Motivación al Logro Personal.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Rosemberg, M. (1979). *Conceiving the Self.* N.Y. Basic.
- Thorne, C., Deblassie, R. (1985). Adolescent substance abuse. *Adolescence, 20* (78): 335-347.
- Uzcátegui, C. (1998). El perfil del consumidor de cocaína, y sus derivados, en un grupo de usuarios atendidos por la Fundación José Félix Ribas en la ciudad de Mérida (Tesis para optar por el Título de Criminólogo), Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Escuela de Criminología.
- Regier D., Sartorious. (1990). N.SCAND: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Archives of General Psychiatry. 47: 589-593.

capítulo 5

Una metodología alternativa para evaluar rasgos suicidas

Luis Esqueda T.
Francisco Linares

El suicidio directo o el indirecto es una decisión tan antigua como el hombre mismo. El primero, está expresado por los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado; el segundo, implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas (sin que, en apariencia, exista una intención consciente de acortar la vida). Esto incluye el abuso del alcohol, de las drogas, el tabaco, las comidas, el descuido de la salud, la automuti-lación, el conducir un vehículo de modo temerario y el comportamiento delictivo.

Actualmente el suicidio es el centro de intensas investigaciones, tanto por las dimensiones trágicas reveladas por los datos estadísticos de las últimas décadas, como por los métodos escogidos por las personas para suicidarse.

Cabe señalar que los métodos más utilizados para cometer el acto suicida son el ahorcamiento, en primer lugar, seguido por el envenenamiento, el lanzamiento al vacío, la utilización de armas de fuego y las armas blancas. Entre los principales motivos del suicidio se destacan los amorosos, depresivos, económicos y familiares.

Según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (1999), más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo. Esas estadísticas indican que el 30% de las muertes ocurren entre estudiantes universitarios y un 10% está representado por personas entre 25 y 34 años. Las tasas de suicidio son mayores

en las áreas urbanas, en personas con experiencias traumáticas en su niñez, así como las que están sometidas a un continuo estrés. Se trata de la segunda causa de muerte entre adolescentes. (Merck Sharp & Dohme, 1998).

La mentalidad suicida aparece cuando por diferentes causas, la persona pierde la perspectiva de la realidad, el lindero de la vida y de la muerte. En ese caso, el individuo decide enfrentar la muerte, anticipándola como liberadora, como una forma de eludir, justificar o vengarse de una situación que reviste para él un carácter irreversible.

> La gran mayoría de los suicidios sólo quieren alterar lo que los sociólogos llaman situación de la vida. Tanto el suicidio consumado como sus tentativas no pasan, por lo general, de ser un desesperado pedido de ayuda: una ayuda que no se hace presente en el momento adecuado (Citiva, 1970).

En todo el mundo, el índice más alto de suicidio se da en los países nórdicos como: Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Dinamarca y Suecia. Los países con más bajo índice son México, Grecia, Irlanda del Norte, España e Italia. Se cree que la influencia del catolicismo romano y la unidad y apoyo del sistema familiar, contribuyen a explicar los bajos índices de suicidio en estas últimas naciones (Citter, 1983, Fontaine, 1992). En Venezuela (cifras de 1999), el suicidio constituye un problema de salud pública ya que, conjuntamente con los homicidios, se ubica dentro de las diez primeras causas de muerte, con una tasa de 26,6 por cada 100.000. De acuerdo con los datos disponibles en el Departamento de Prevención y Hechos Violentos de la Corporación de Salud del Estado Mérida, para el año 1998, el suicidio fue la segunda causa de muerte violenta de la población, siendo Mérida el estado con mayor tasa de mortalidad: 97 suicidios, es decir, el 13,4 por cada 100.000 habitantes. En 1999 el índice se incrementó a 122 suicidios; es decir, el 16,7 por cada 100.000 habitantes.

En Estados Unidos, el suicidio en el grupo etario de 15-24 años ocupa el segundo lugar en causa de muerte, sólo superado por los accidentes de tránsito, los cuales revisten o encubren equivalentes suicidas (Rendón 1983, citado por Reinfeld, 1989).

Entre los datos relevantes aportados por el Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos del Estado Mérida, la población más afectada en esa entidad por actos suicidas se encuen-

tra en el grupo 15-24 años de edad, y el grupo de 15-44 años, el que ocupa el segundo lugar dentro de este renglón a nivel nacional. Por su parte, 4 hombres por cada mujer se suicidan, aunque la ideación suicida parece prevalecer más en las mujeres que en los hombres. Al menos, en Europa y Estados Unidos, se ha determinado que los hombres manifiestan una propensión al suicidio entre tres y cinco veces superior a la de las mujeres.

La casuística de este problema tiene un origen muy complejo. Sus raíces se encuentran en las condiciones del estilo de vida y en diversos factores de riesgo que llevan a la persona a "buscar soluciones definitivas"; unos, logrando su cometido, y otros, fallando en el intento. En su conjunto, quizás sean los factores sociales los de mayor impacto: en primer lugar, la sociedad consumista, la cual propone "valores", que confunden las exigencias más profundas del ser humano (comodidad, afirmación personal, riqueza, hedonismo, culto de la personalidad, el divismo, entre otros). En segundo lugar, la sociedad poco se preocupa por la formación del carácter de los ciudadanos para que estos aprendan a superar las dificultades, los conflictos, sus debilidades. En tercer lugar, la sociedad civilizada frena e inhibe la agresividad individual sin ofrecer a cambio la posibilidad de canalizarla en sentido aceptable y productivo.

Como podrá notarse, las explicaciones globales sobre el comportamiento suicida tienen un corte sociológico y, en efecto, la mayoría de los trabajos sobre el tema se basan en explicaciones oriundas de la sociología o de la psiquiatría. Es más, casi todos esos estudios se centran en recuentos de lo que el suicida ha podido vivir, sentir y hacer, momentos antes de pasar al acto. Ello se ha hecho estudiando a los sobrevivientes de esas experiencias, entrevistando a los parientes y amigos de aquellos que han tenido "éxito", o a través de encuestas detalladas de medio social, para conocer el ambiente preexistente a una decisión trágica.

Se sabe así que la personalidad predispuesta al suicidio es hipersensible, ansiosa, deprimida, con baja autoestima, confusa y con cierta tonalidad agresiva hacia el entorno general o hacia algunas personas específicas de ese entorno. Y la gran pregunta es: ¿estaremos en capacidad de anticipar y reconocer, en los grandes grupos, esa personalidad predispuesta, con el propósito de brindar ayuda oportuna y eficaz?

Procedimiento

Se utilizó una muestra de 430 estudiantes regulares de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Todos ellos fueron encuestados en sus respectivos salones de clases durante la segunda y tercera semana del mes de marzo del 2000. Se les pidió que completaran un formato autoadministrado denominado Multiescala JFR. La multiescala es un cuestionario tipo Likert de seis puntos compuesto por un total de 153 ítemes. Se compone de un conjunto de subescalas destinadas a medir Motivación al Logro Personal (Romero García y Salom de Bustamante, 1990), Internalidad (Romero García y Pérez de Maldonado, 1981), Normalidad Psicológica (Esqueda Torres, 1997), Agresividad (Escalante, 1994), Depresión (Escalante, 1994), Autoestima General (Rosemberg, 1979), Ansiedad (Esqueda Torres, 1991) y Desajuste Psicológico (Esqueda Torres, 1997).

En todos los casos, se pide a los sujetos indicar el grado de desacuerdo o acuerdo que piensan tener con cada una de las afirmaciones que conforman la multiescala. De esa manera, es posible obtener una métrica directa de la autopercepción que el individuo expresa en cada una de las dimensiones medidas.

Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Las medias y las desviaciones estándar han sido arregladas de tal forma que resulte posible una comparación directa de la muestra de estudiantes de Enfermería, con los resultados de una muestra normativa conformada por 2.200 bachilleres de otras facultades de la Universidad de Los Andes que, por distintas razones, completaron los formatos durante el primer semestre del año 2000.

Se podrá notar que, en forma general, los promedios de Enfermería reproducen casi exactamente, las tendencias centrales observadas en la muestra normativa (ver Cuadro 1). Este comportamiento es igual para todas las variables en estudio: desajuste psicológico, agresión, ansiedad, ajuste psicológico, autoestima, internalidad, y motivación al logro personal. Ninguna de estas variables, al comparar sus medias y desviaciones estándar, se diferencian sustancialmente de los valores observados en la muestra normativa. Estos resultados contribuyen a

consolidar la estabilidad de los resultados y conclusiones del presente trabajo. Ello quiere decir que cualquier exploración de los datos se encuentra respaldada por un criterio de estabilidad estadística.

cuadro 1

Estadística descriptiva (media y desviación estándar) para el grupo de la Escuela de Enfermería y la Muestra Normativa.

	Enfermería		Población normativa	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Normalidad Psicológica	109,8732	13,6324	113,50	12,50
Desajuste Psicológico	33,1308	12,7579	30,55	11,25
Agresión	49,0890	13,2947	52,70	14,03
Ansiedad	40,1119	15,7337	37,39	15,33
Ajuste Psicológico	76,76	20,59	80,49	14,31
Depresión	44,10	16,14	48,05	13,60
Autoestima	49,25	6,37	45,45	7,14
Internalidad Psicológica	19,43	8,64	19,39	8,25
Motivación al logro	112,90	14,81	114,65	14,55
n	430		2200	

La primera exploración consistió en someter los datos a un análisis de correlaciones para verificar si los resultados se agrupaban de acuerdo con las expectativas teóricas. Es decir, las variables indicadoras de desajuste psicológico deben correlacionar positiva y significativamente entre sí. Las variables que miden ajuste psicológico (o que contribuyen al ajuste psicológico), también deben ofrecer el mismo patrón de resultados. Por supuesto, entre ambos grupos de variables debemos esperar correlaciones negativas. El Cuadro 2 muestra que las correlaciones van exactamente en la dirección esperada

En el cuadro de correlación se esperaba que el modelo teórico estuviera reflejado en cada una de las variables correlacionadas. Este modelo destaca que los indicadores claves susceptibles de medir pre-

disposición de riesgo suicida son: Agresión, Ansiedad, Depresión y Desajuste Psicológico. Este conjunto de variables debe moverse en una misma dirección, pues se asume que cuando una persona presenta puntajes elevados en algún conjunto de variables, por ejemplo, depresión y ansiedad, se espera automáticamente observar puntajes elevados en variables asociadas como desajuste psicológico y agresividad.

Por oposición a esa tendencia (negativa), cuando una persona obtiene puntajes elevados en las variables que fortalecen la estabilidad psicológica, se espera que simultáneamente esa misma persona presente puntajes elevados en las variables asociadas al ajuste psicológico tales como la autoestima, la internalidad y la motivación al logro personal.

cuadro 2

Correlaciones

	NORTOT	NRTOT	AJUSTE	DEPRESION	ANSITOT	AUTOES	MLPTOT	IT	AGRESTOT
NORTOT	1,000 , 418	-,218 ,000 415	,797 ,000 415	,180 ,000 415	-,264 ,000 415	,348 ,000 414	,243 ,000 416	,304 ,000 416	-,189 ,000 415
NRTOT	-,218 ,000 415	1,000 , 428	-,763 ,000 415	,639 ,000 425	,666 ,000 427	-,475 ,000 424	,312 ,000 425	-,380 ,000 424	,492 ,000 424
AJUSTE	,797 ,000 415	-,763 ,000 415	1,000 , 415	-,525 ,000 413	-,593 ,000 414	,528 ,000 412	,373 ,000 413	,447 ,000 413	-,438 ,000 413
DEPRESIÓN	-,180 ,000 415	,639 ,000 425	-,525 ,000 413	1,000 , 428	,730 ,000 427	-,547 ,000 424	-,424 ,000 425	-,438 ,000 424	,618 ,000 425
ANSITOT	-,264 ,000 415	,666 ,000 427	-,593 ,000 414	,730 ,000 427	1,000 , 429	-,531 ,000 425	-,431 ,000 426	-,479 ,000 425	,508 ,000 425
AUTOEST	,348 ,000 414	-,475 ,000 424	,528 ,000 412	-,547 ,000 424	-,531 ,000 425	1,000 , 427	,364 ,000 424	,481 ,000 423	-,432 ,000 424
MLPTOT	,243 ,000 416	-,312 ,000 425	,373 ,000 413	-,424 ,000 425	-,431 ,000 426	,364 ,000 424	1,000 , 430	,521 ,000 426	-,384 ,000 424
IT	,304 ,000 416	-,380 ,000 424	,447 ,000 413	-,438 ,000 424	-,479 ,000 425	,481 ,000 423	,521 ,000 426	1,000 , 428	-,364 ,000 423
AGRESTOT	-,189 ,000 415	,492 ,000 424	-,438 ,000 413	,618 ,000 425	,508 ,000 425	-,432 ,000 424	-,384 ,000 424	-,364 ,000 423	1,000 , 427

Al observar el cuadro de correlaciones, encontramos que la medida de Depresión observa una correlación negativa y estadísticamente significativa con Normalidad Psicológica (,18), positiva y altamente significativa con Desajuste Psicológico (,639), negativa y altamente significativa con Ajuste Psicológico (,525), positiva y altamente significativa con Ansiedad (,730), y negativa y altamente significativa con Autoestima (,547). De esta manera, el modelo correlacional se ajusta a las expectativas teóricas planteadas y justifica el análisis de los datos, en un segundo plano, para poner en evidencia que es posible detectar personas con patrón disfuncional sistemático, dentro de un esquema de evaluación de grandes grupos.

A partir del patrón correlacional obtenido, se colapsaron los indicadores que son susceptibles de medir la inestabilidad psicológica suicida como: Ansiedad, Depresión, Agresión, y Desajuste Psicológico, para generar grupos extremos claramente identificables. Así, se generó una variable llamada Tendesu (Tendencia al Suicidio), que nació de la sumatoria de los puntajes de las variables que miden inestabilidad psicológica, es decir, indicadores premórbidos tales como: agresión, ansiedad, depresión y desajuste psicológico. Al generarse la variable Tendesu, se obtuvo una columna de valores para toda la muestra. (Cuadro Nº 3).

cuadro 3

Medias, Desviaciones Estándar y Pruebas t, para la variable Tendesu

	Tendesu	N	Mean	Deviación Estándar	t	P
Ajuste Psicológico	1	67	55,75	21,55	11.64	.000
	2	74	93,42	16,74		
Autoestima	1	70	42,34	7,26	9.60	.000
	2	78	51,81	4,56		
Internalidad	1	70	12,97	7,21	8.80	.000
	2	78	24,20	8,26		
Motivación al Logro personal	1	70	102,16	15,03	7.05	.000
	2	82	118,72	13,33		
Agresión	1	70	67,0857	13,4334	18.16	.000
	2	76	36,0789	6,1574		
Ansiedad	1	70	62,4000	9,1500	27.35	.000
	2	78	23,0897	8,3342		
Depresión	1	70	68,77	11,45	23.76	.000
	2	77	26,90	9,91		
Normalidad Psicológica	1	67	106,5075	12,6328	3.47	.001
	2	77	114,4156	14,4508		
Desajuste Psicológico	1	70	50,3286	14,0235	17.09	.000
	2	77	20,9740	5,2640		

Posteriormente se utilizó la técnica de los grupos extremos. A partir de los valores obtenidos en la variable Tendesu, se procedió a calcular su media y desviación estándar; posteriormente, todos los puntajes que superaron la media más una desviación estándar, es decir, puntajes iguales o superiores a 215,40, conformaron el grupo # 1, considerado de Alto Riesgo Psicológico. De igual manera, se obtuvo un puntaje, calculado gracias a la media menos una desviación estándar, lo cual permitió definir el grupo # 2 (todos los sujetos por debajo de 117,56), o grupo de Bajo Riesgo Psicológico. Se asumió que este grupo, por presentar solidez desde el punto de vista de la normalidad psicológica, es decir, que presentaron niveles bajos de ansiedad, con muy baja agresión y bajos indicadores de depresión, tenían menor riesgo de presentar un colapso psicológico. Estos grupos extremos de Alto Riesgo y de Bajo Riesgo Psicológico, en la variable Tendesu, fueron comparados luego en el resto de las variables, con el objeto de determinar si existía un patrón sistemático de respuesta. En el Cuadro Nº 3 se presenta la comparación de dos grupos extremos en la variable Tendesu. Dos submuestras de la muestra general de estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida 2000.

Al comparar los dos grupos en sus medias y desviación estándar, se encontró que, efectivamente, existe una diferencia sustancial y consistente. Por ejemplo, en la variable ajuste psicológico, el grupo # 1, Alto Riesgo, compuesto por 67 estudiantes, reportó una media de 55,75 y una desviación estándar de 21,55. Por su lado, el grupo # 2, de Bajo Riesgo, reportó una media de 93,42 y una desviación estándar de 16,74. Se destaca que la desviación estándar del grupo # 1 es más alta. Al observar la tendencia de las medias en ambos grupos, las mismas van en la dirección esperada, es decir, sistemáticamente el grupo de Alto Riesgo, en la variable ajuste psicológico, tiene puntajes bajos, lo que significa que hay un nivel bajo de ajuste psicológico.

Al observar el comportamiento del resto de las variables, se confirma que el grupo de Alto Riesgo Psicológico, presenta puntajes elevados en las variables Agresión, Ansiedad, Depresión y Desajuste Psicológico. Esto ocurre así porque son, precisamente, dichas variables las que intervienen en la formación de Tendesu. Pero no se trata solamente de ese hecho. Debe destacarse que esos puntajes son indicadores de un severo desajuste personal que, aunque no han sido

medidos con instrumentos clínicos, permiten aislar, identificar y, eventualmente, preparar un programa de apoyo y de fortalecimiento en esas dimensiones de personalidad que pueden colapsar y generar una crisis mayor. A todo ello debe agregarse que, en complemento, cuando se comparan los grupos de Alto Riesgo y Bajo Riesgo en las variables de fortalecimiento psicológico como Ajuste Psicológico, Autoestima, Internalidad, Motivación al Logro y Normalidad Psicológica, es el grupo de Alto Riesgo Psicológico, el que presenta puntajes sistemáticamente bajos en esas variables.

Por ejemplo, el grupo de Bajo Riesgo, compuesto por 78 estudiantes, tiene puntajes más elevados en la variable Autoestima, con una media de 51,81 y una desviación estándar de 4,56. Se puede decir que la autoestima, para este grupo, funciona como un soporte de su acción social. No se puede decir lo mismo del grupo de Alto Riesgo, compuesto por 70 estudiantes, el cual reporta una media igual a 42,34 y una desviación estándar de 7,26. Aquí se nota, claramente, que la autoestima de estas personas es débil, frágil y sometida a las expectativas negativas que generan la depresión y la ansiedad. En todo caso, la tendencia a destacar es que la media y la desviación estándar del grupo de Bajo Riesgo difiere de la del grupo de Alto Riesgo Psicológico.

Después de generar los dos grupos extremos en Tendesu, se corrió una prueba "t" de Student, con el objetivo de verificar si la diferencia entre las medias, en cada una de las variables medidas, obedece a un patrón estadístico predecible (Cuadro 3). En efecto, en la variable Ajuste Psicológico, la diferencia entre las medias, para ambos grupos extremos, es estadísticamente significativa: t = 11.64. En la variable Internalidad Psicológica y Motivación al Logro personal, el comportamiento de la prueba sigue exactamente la misma tendencia de la variable anterior (Cuadro 3). En cuanto a la variable Normalidad Psicológica la t = -3.47.

Las implicaciones de los resultados planteados en el presente estudio son numerosas. Probablemente la más significativa de todas es que se demuestra la probabilidad de detectar, psicológicamente, a los individuos que presentan indicadores de Alto Riesgo en la predisposición al desajuste psicológico. Ese desajuste, sumado a componentes funcionales como depresión, ansiedad, baja autoestima y alta agresividad podría conducir a una ideación suicida. Se demuestra, entonces,

que la Multiescala JFR es capaz de discriminar y de detectar a los individuos con problemas psicológicos relativamente severos y que observan el perfil clínico del suicida potencial. Ello quiere decir, no solamente que existe la probabilidad de prevenir el riesgo suicida, sino también la posibilidad de detectar dicho proceso en una población general. Además, podría utilizarse en las muestras de estudiantes con el objeto de identificar cuáles presentan indicadores de inestabilidad psicológica y ofrecerles programas de apoyo especialmente concebidos para tal efecto.

Bibliografía

- Cook, K. L. (1992). Violencia. *Enfermedad Psiquiátrica, 15,* 530.
- Crespo y González. (1996). *Suicidio, una alternativa social.* Madrid. Biblioteca nueva.
- Enciclopedia Universal Ilustrada Europea-Americana. (1992). *Historia del suicidio.* Vol 58. 559-570. España: Calpe.
- Escalante, G. (1994). GE-Dpr. *Escala de depresión.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Escalante, G. (1994). GE-Agre. *Escala de agresividad.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1991). *Ansilet, una escala para medir ansiedad general.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997a). *Normalta, una escala para medir normalidad psicológica.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997b). N-R-18, *Cuestionario de desajuste psicológico.* Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Civita, R. (1970). No one want to die. *American Bulletin, 72,* 160-169.
- González y Clemente. (1998). *Estudio retrospectivo del suicidio en el Estado Mérida.* Trabajo de pregrado no publicado. ULA. Mérida. Edo. Mérida.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *World Health Report.* Making a Difference. Geneve, Thomson Prentice Managing.
- Organización Panamericana de Salud. (1996). *Situación de la salud en las Américas.* Indicadores básicos. Programa de análisis de situación de salud. División de salud y desarrollo humano.
- Operías E. y Chávez E. (1998). Suicidio, el peor remedio. *Revista de investigación.* Vol. 14.
- Quiroz, M. (1980). *Suicidio en el viaducto de Mérida.* Tesis de grado. Departamento de medicina interna. Facultad de medicina. Universidad de Los Andes.
- Reinfeld, B. (1989). La depresión en la adolescencia. Revista Temas de Psiquiatría, Sección de Psiquiatría Infantil. Vol. 1. Caracas, Fundación Polar.
- Romero García, O. y Pérez de Maldonado, I. (1981) *Escala Levenson de Locus de Control: Análisis Factorial en Venezuela.* Publicación Nº 51. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.

- Romero García, O y Salom de Bustamante, C. (1990) MLP. *Cuestionario de Motivación al Logro Personal*. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Rosemberg, G. (1979). *Conceiving the self*. N.Y.: Basic Books.
- Stuart, G. & Sundeen, S. (1992). *Psychiatry Nursing*. Boston: Mosby.

capítulo 6

Historia natural del alcoholismo

Gregorio Escalante
Kareen Lisbeth Escalante

El término alcoholismo en realidad constituye una etiqueta bajo la cual puede ser agrupado un número muy variado de condiciones. Por un lado, las distintas denominaciones (problemas de la bebida, alcoholismo, mala bebida, abuso del alcohol, alcoholismo agudo, etc.) se usan como si todas significaran lo mismo. Por el otro, y como en el cuento del ciego que se entretuvo en tocar diferentes partes de un elefante y elaboró distintas descripciones de la misma bestia, los investigadores también suelen 'tocar' distintas áreas del alcoholismo y producir variadísimas caracterizaciones del mismo y de los problemas que con él se asocian. Todo depende del contexto empleado para su abordaje.

Hasta ahora el alcoholismo ha sido visto como enfermedad en singular, y el trabajo de Jellinek (1960) ha influido definitivamente en el mantenimiento de tal posición. Pero también ha sido considerado en forma multidimensional, punto de vista que ha florecido particularmente en el contexto clínico (Wanberg y Horn, 1983). La posición más generalizada es que, además de diferentes tipos de alcohólicos, hay también estilos distintos de alcoholismo y múltiples problemas derivados del mismo (Lex, 1987). Entre otras cosas ello sugiere que deberá también existir un amplio espectro de terapias apropiadas para cada individuo cuyos problemas deben ser evidentemente distintos. No obstante, todavía resulta muy común hablar de 'el alcoholismo' como enfermedad en singular.

Se admite, sin embargo, que la enfermedad, como otras muchas, tiene variados antecedentes, pero siempre se termina reduciéndola a una etiqueta particular con ciertas disfunciones y síntomas. Es entonces cuando suele afirmarse que un alcohólico siempre será un alcohólico y que lo único posible es la recuperación y no la cura. Exactamente lo mismo ocurre con el herpes: todos tenemos la propensión a contraerlo pero nadie puede ser curado...

El mal uso del alcohol etílico (CH_3CH_2OH) y la dependencia que de él se deriva afecta a un elevado porcentaje de la población mundial. Los costos sociales que se originan debido a daños a la propiedad, accidentes, pérdida de vidas, servicios médicos y pérdida de tiempo laboral son realmente incalculables, sin contar el daño indirecto producido a familias y comunidades. Muy a pesar de las terribles implicaciones sociopsicológicas que el problema tiene, son pocas las personas que reciben ayuda y poquísimas las instituciones que la prestan.

En un reporte del entonces senador Dan Quayle (1983) sobre los efectos del alcohol en la productividad, se afirma que los costos del abuso del alcohol y otras drogas resultan sencillamente devastadores, y que el precio que paga la nación estadounidense en gastos médicos, tiempo y productividad perdidos es de unos 70 billones de dólares anuales. Los empleados con algún problema de alcohol u otras drogas se ausentan del trabajo 16 veces más que el empleado promedio, sufren un promedio de accidentes 4 veces mayor, usan 30% más los beneficios médicos y obtienen 5 veces más compensaciones laborales. Según el mismo reporte, 40% de las muertes y 47% de las heridas sufridas en la industria están asociadas al alcohol...

Desde 1985 a 1992, los costos económicos del alcohol subieron 42% (unos 148 billones de dólares). Dos tercios de los costos se relacionaron con bajas en la productividad debido a enfermedades relacionadas con el alcohol (45,7%) o a muerte prematura (21,2%). El resto del costo debe achacarse a gastos en tratamiento de desórdenes alcohólicos o debido a las consecuencias médicas del consumo de alcohol (12,7%), costos relacionados con accidentes automovilísticos (9,2%) y otros costos adicionales relacionados con crímenes cometidos bajo influencia alcohólica (8,6%). Casi una cuarta parte de todas las personas que son admitidas en hospitales generales tienen problemas con el alcohol o son alcohólicos no diagnosticados que son tratados por las consecuencias de su mala bebida (NIAAA, 1993, 1998).

Hasta ahora casi todas las medidas tomadas para intentar vencer los nefastos efectos del alcohol sobre la población (reducir la disponibilidad de las bebidas alcohólicas incrementando su precio, modificando su carga impositiva, cambiando los horarios para su venta o elevando los límites etarios para el consumo) no han tenido resultados satisfactorios. Ningún estudio ha demostrado que la disminución en la disponibilidad de bebidas alcohólicas se asocia a una disminución paralela en los niveles de consumo. A pesar del fracaso en demostrar nexos entre precios altos y reducciones significativas en consumo de bebidas alcohólicas y la secuela de problemas que ello supone, varios países (Suecia, Polonia, Finlandia, Australia y otros de la Comunidad Económica Europea) han recurrido a alguna forma de control de precios como medio para intentar reducir el consumo (Nathan, 1983).

Una dificultad básica sigue siendo el logro de una conceptualización adecuada del alcoholismo, sobre todo en lo relativo a decidir en qué consiste el desorden y si en realidad existe tal desorden o no. La literatura revela notables desacuerdos hasta cuando se trata de señalar sus características esenciales. En torno a la definición, el desacuerdo se mantiene, pues unas veces se intenta definirlo en términos del daño psicológico y social que produce, y otras, en términos de una incapacidad para controlar la ingestión. Hay definiciones en términos de la dependencia que ocasiona y en función del número y tipo de problemas que causa (Helzer, 1987). De todas maneras, una buena definición de alcohólico pudiera ser la de un individuo que bebe continua o intermitentemente, demostrando tal incapacidad para abstenerse que termina provocándose daño físico y mental de consecuencias personales, económicas y sociales graves.

Aunque no existe una definición perfecta del desorden, la mayoría de las diagnosis requieren que los individuos hayan estado tomando durante períodos de tiempo prolongados y sufrido problemas vitales significativos. Ello supone beber diariamente e incapacidad para abstenerse, además de repetidos esfuerzos para controlar la ingestión. Este patrón se repite por años antes de la diagnosis y generalmente se acompaña de un funcionamiento social y ocupacional deficitario. Uno de los indicadores más usados para estimar el verdadero impacto del alcoholismo sobre la población es la tasa de mortalidad por cirrosis. Al indicador se atribuye validez porque (a) la cirrosis es causa de muerte prevalente entre alcohólicos; (b) no hay

duda de que la cirrosis difícilmente tiene antecedentes distintos que sean más relevantes que el alcoholismo y (c) mientras las cifras de mortalidad por cirrosis debida a otras causas que no sean el alcohol han variado un poco, las de muerte por cirrosis entre bebedores han permanecido estables en el tiempo.[1] A lo anterior debe añadirse el hallazgo de una correlación altísima (r = 0,94) entre consumo de alcohol y muerte por cirrosis (de Lint, 1978) y el hecho de que durante las dos guerras mundiales la disponibilidad de alcohol decreció notablemente y también decrecieron las tasas de mortalidad por cirrosis (que dramáticamente se elevaron cuando de nuevo el alcohol fue libremente dispensado).

Es obvio que al alcoholismo es socialmente considerado como inaceptable. Nadie admite con facilidad que su esposa o concubina es una alcohólica y el alcohólico tampoco reconoce las consecuencias de su conducta de manera realista, además de que suele ser muy sensible ante afirmaciones relativas a los hábitos de bebida. Pero, por otra parte, pareciera que la mala bebida (como se le llama en otros medios) es una conducta socialmente aceptada, hasta el punto de que un asesinato en manos de un conductor ebrio resulta ser una forma de homicidio legalmente autorizada. Lo anterior parece reforzarse por el hecho de que en muchos casos los médicos se abstienen de emitir explícitas diagnosis de alcoholismo, debido a que así estarían impidiendo a sus pacientes obtener de las compañías de seguro reembolsos por los estropicios causados en estado de embriaguez

Tampoco hay la intención de corregir los patrones de distribución y expendio de bebidas alcohólicas, a pesar de que el alcoholismo es causa muy relevante de muerte a escala nacional. Mucho menos puede decirse acerca de los controles que el Estado ejerce en la certificación de calidad de las bebidas que se expenden al gran público. De este modo y sin intervención aparente de ninguna agencia u

[1] Para estimar la frecuencia de alcoholismo sobre la base de muertes producidas por cirrosis, Jellinek ideó la fórmula siguiente: A=PxD/K, en la cual A= número total de alcohólicos con complicaciones físicas en un determinado año; P= proporción de muertes por cirrosis atribuibles al alcoholismo; D= número total de casos de cirrosis identificados en autopsia; y K= una constante basada en la mortalidad de alcohólicos cirróticos (véase Helzer, 1987: 285).

organización, en los próximos años los costos financieros y sociales del alcoholismo deberán seguir en ascenso y en ascenso, también, su número de víctimas.

Factores de riesgo

Las variables asociadas con la ocurrencia de un determinado desorden no implican necesariamente una relación causal sino que más bien son las señales que ayudan a la identificación de los grupos expuestos a la inminencia de desarrollarlo, al mismo tiempo que ayudan al establecimiento de su etiología. En el caso del alcoholismo, además del sexo, el factor de riesgo de mayor incidencia es la historia familiar. El alcoholismo va con la familia... Es la conclusión que se ha obtenido a partir de trabajos con familias, gemelos idénticos y fraternales y estudios de adopción. Además, la frecuencia de alcoholismo entre los padres de individuos farmacodependientes y alcohólicos es muy alta. Cerca de 43 % de los adultos norteamericanos (76 millones de personas) han sido expuestos al alcohol en su propia familia: crecieron o se casaron con un alcohólico o bebedor problema, o tenían un familiar alcohólico

Es obvio que los factores ambientales juegan un papel importante. Pero no queda duda de que la tendencia, en gran parte, tiene raíces genéticas (Goodwin, 1985). Parece razonable admitir, pues, una interacción genes X ambiente en el desarrollo del alcoholismo. No es del todo sencillo separar la influencia genética de la ambiental, pero pruebas muy claras se han obtenido con hijos de padres alcohólicos tempranamente adoptados por padres no alcohólicos. Los hallazgos para el caso de las hembras resultan bastante confusos, pero en el caso de los varones, la situación no es muy ambigua: los hijos de padres alcohólicos desarrollan el desorden entre 3 y 4 veces más que los hijos de padres no alcohólicos, independientemente de que sean criados por padres adoptivos o no...

El sexo es otro factor de riesgo. Se sabe que el alcoholismo es un desorden básicamente masculino. Y aunque hay indicaciones de que el consumo de bebidas alcohólicas entre mujeres está aumentando, virtualmente en todas las culturas el alcoholismo subsiste como un problema de hombres. Muy seguramente ello se debe, por una parte,

a una tolerancia menor del alcohol en las mujeres, y a las distintas restricciones de tipo social y familiar que se oponen al consumo de alcohol por parte del sexo femenino. Según los datos del año 94, unos 9,8 millones de hombres y 3,9 millones de mujeres eran bebedores problema en USA, con una alta prevalencia para ambos sexos en el grupo etario de 18-29 años (Alcohol Health & Research World, Vol. 18, No. 3, 1994, pp. 243, 245).

Otro factor de riesgo de considerable importancia es la edad. Típicamente el desorden se inicia temprano en la vida y los datos revelan que en las mujeres es más tardío que en los hombres. La probabilidad de desarrollar alcoholismo es de 61% antes de los 30 años y de 78% antes de los 40 (Helzer, 1987). Para 1992 más del 7% de la población de Estados Unidos mayor de 18 años (unos 13,8 millones de personas) tenían problemas con la bebida, incluyendo 8,1 millones que ya eran alcohólicos. En cuanto a la clase social también hay diferencias, aunque las mismas tienen más que ver con la expresión del desorden que con la proporción de ocurrencia. Las consecuencias sociales del alcoholismo suelen ser más aparentes en las clases bajas, pero los niveles más elevados de consumo se manifiestan en las clases altas, además de que en estas últimas es donde suelen observarse las consecuencias médicas más negativas.

La mala bebida también parece ser el efecto de una concepción equivocada del machismo, término que ha resultado siempre muy distorsionado y que parece ofrecer demasiadas alternativas de significación. La palabra designa la apropiada conducta masculina y su significación real encubre autonomía personal, dignidad, vigor, honor, respeto, responsabilidad y fuerza. Pero el concepto ha venido siendo popularizado con significaciones alternas que destacan la masculinidad, la potencia sexual y la rudeza, lo cual, entre otras cosas, incluye también el derecho a intoxicarse con alcohol...

La presencia de ciertos desórdenes mentales también ha sido considerada factor de riesgo. La evidencia sugiere asociación entre depresión y alcoholismo, además de que se ha hallado una fuerte asociación entre alcoholismo y problemas conductuales en la edad temprana (especialmente problemas escolares en los niños, bajo rendimiento, problemas ocupacionales y serio desajuste social y sexual) y entre alcoholismo y desórdenes en la personalidad adulta (L. N. Robins, 1966). El Inventario Multifásico de la Personalidad ha

indicado que los bebedores como grupo obtienen puntuaciones altas en la escalas de depresión y desviación psicopática (véanse Brems, 1991 y, especialmente, Elwood, 1993).

Tales problemas pueden ser antecedentes del alcoholismo o ser, también, su consecuencia. Pero al respecto parecen existir ciertas diferencias sexuales: en una muestra sueca, 80% de las mujeres alcohólicas había tenido como antecedente algún desorden psiquiátrico, mientras que lo mismo fue cierto en un 50% de los hombres. Se ha demostrado también una asociación significativa entre alcoholismo y suicidio. En un estudio de 134 suicidios exitosos, E. Robins (1981) halló que una cuarta parte de los mismos tenían una diagnosis de alcoholismo.

Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF)

El SAF es la principal causa conocida de retardo mental en el mundo occidental y se produce por la ingestión exagerada de alcohol durante el embarazo.[2] La edad de la madre, las diferencias socioeconómicas y étnicas, las influencias genéticas y la severidad en el uso del alcohol en las mujeres embarazadas, son factores que pueden definir la vulnerabilidad del niño frente al SAF.

Una vez que la madre gesta un niño con SAF, la probabilidad de que los niños siguientes sufran del mismo síndrome es del 70%. La madre embarazada que consume entre uno y dos tragos de alcohol por día tiene dos veces más probabilidades que la madre no bebedora de tener un hijo con retardo de crecimiento (Cook et al., 1990). Cada año, entre 4.000 y 12.000 bebés nacen con las anormalidades físicas e intelectuales asociadas con el SAF. Las estimaciones de prevalencia del síndrome varían entre 0,2 y 1,0 por cada 1000 nacimientos vivos. La incidencia promedio de recién nacidos expuestos a las drogas en hospitales con procedimientos de detección rigurosa es cercana al 16%, mientras que en hospitales sin evaluaciones de esa clase la incidencia apenas resulta ser del 3%.[3]

[2] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism {NIAAA} Alcohol Health & Research World {AHRW}, Vol. 16, No. 3, 1992, p. 238.

[3] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Alcohol Health & Research World {AHRW}, Vol. 16, No. 3, 1992, p. 238.

En USA, en la primera encuesta nacionalmente representativa sobre uso de drogas por mujeres embarazadas, un 20,4% (820.000) reportaron uso de cigarrillos, 18,8% (757.000) reportaron uso de alcohol, y 5,5% (221.000) reportaron el empleo de drogas ilícitas por lo menos una vez (el empleo de marihuana fue reportado por 119.000 mujeres, cocaína por 45.000 y medicamentos psicoterapéuticos sin prescripción médica por 61.000; el crack fue la versión de cocaína más frecuentemente reportada). La prevalencia en el empleo de alcohol durante el embarazo es más frecuente entre mujeres mayores de 35 años, de casi todos los grupos étnicos y, particularmente, entre madres que no reciben cuidado prenatal.[4] Las mujeres negras evidenciaron proporciones más altas en el empleo de drogas ilícitas y cocaína que las mujeres blancas y mucho mayores que las hispanas en el uso de cualquier droga ilícita y marihuana. Pero el número estimado de mujeres blancas que usaron drogas ilícitas o marihuana fue sustancialmente mayor que en los otros grupos étnicos. Las consecuencias del SAF sobre el niño suelen ser sencillamente desastrosas. Se ha observado que cuando las madres embarazadas abusan del alcohol, sus hijos nacen con anormalidades craneofaciales, daño cerebral, crecimiento físico reducido, además de que aumenta la proporción de abortos y nacimientos muertos. Se sabe que la pobreza, las deficiencias nutricionales, el consumo excesivo de cigarrillos y abuso de las drogas pueden ser factores contribuyentes al daño fetal. Pero cada vez son mayores las pruebas clínicas que señalan al alcohol como un poderoso teratógeno (Madden, 1986).

La explicación del SAF es bastante sencilla: el alcohol en la corriente sanguínea de la madre embarazada llega hasta el feto a través de la placenta e interfiere con la recepción del oxígeno y la nutrición que se requiere para el desarrollo celular normal del cerebro y otros órganos del cuerpo. Entre los síntomas del SAF suelen distinguirse los siguientes: deficiencias en el crecimiento (talla y peso menores a lo normal); deformaciones esqueléticas (costillas o esternón deformes, columna curvada, falta de dedos en las manos o los pies o dedos deformes, cabeza pequeña, etc.); anormalidades faciales (aberturas oculares pequeñas, párpados caídos, nariz torcida, mandíbula pequeña, orejas

[4] Morbidity and Mortality Weekly Report {MMWR}, Vol. 44, No. 13, 4/95, pp. 262263).

torcidas, etc.); deformidades orgánicas (corazón defectuoso, malformaciones genitales, defectos renales); deficiencias del SNC (organización defectuosa de células nerviosas y tejido conectivo, cerebro pequeño, problemas de aprendizaje, atención, memoria, audición y lenguaje, además de coordinación motora deficitaria, hiperactividad en la niñez e irritabilidad en la infancia).

Al parecer, beber grandes cantidades de alcohol en cualquier momento del embarazo es más dañino para el feto que tomar pequeñas cantidades frecuentemente. El feto puede ser más o menos vulnerable dependiendo del estado de desarrollo en que se encuentre cuando se produzca la ingestión alcohólica. Claro que aún no se ha determinado cuál es la cantidad de alcohol que debe permitirse a la mujer embarazada, de modo que lo recomendable es no ingerir bebidas alcohólicas durante el embarazo, y tampoco hacerlo cuando un embarazo está siendo planeado.

¿Qué tipo de alcohólico es usted?

Es obvio que muchos alcohólicos nunca terminan tirados en la calle para morir de inanición ni se empeñan en mudarse a una cuadra repleta de bares y cantinas de mala muerte. Tampoco todos los alcohólicos intentan suicidarse o tienen que ser admitidos en los hospitales repetidas veces. Algunos logran corregir su excesivo consumo y de alguna manera se las arreglan para llevar una vida 'normal' evitando la desorganización social o la caída de sus ingresos con éxito. Hay también quienes logran mantener una relación afectiva eficiente y viven en un hogar sin discusiones, violencia física, separaciones o divorcio. Probablemente usted tampoco tenga problemas laborales serios y su ejecución en el trabajo sea más bien regular. A lo mejor nunca ha recibido de su médico notificación alguna de trastornos gastrointestinales o respiratorios o cirrosis o daño cerebral o trombocito-penia (cosa, según dicen, debida al hiperesplenismo de la cirrosis). Quizá ningún psiquiatra (por efectos de alguna malhadada distorsión paratáxica) le ha hecho una acusación de psicópata o desviado.

A lo mejor usted es de los que se dedican a beber solamente cerveza y anda por ahí con temblores de toda clase y sufriendo de amnesia, pero piensa que eso no es alcoholismo porque la cerveza

dizque "es buena pa' los riñones". La verdad es que ciertas lesiones renales agudas pueden ser el resultado del excesivo consumo de cerveza. Quizá usted es de los que beben cualquier cosa que caiga en sus manos, incluyendo alcohol destilado, y siempre atina a decir que eso que bebe es bueno para algo, como promover la longevidad o alguna otra zarandaja semejante...

Sea cual fuere el caso, es bueno que Usted sepa que el número de muertes por infarto es tres veces mayor entre sujetos dependientes del alcohol que entre sujetos que beben alcohol ocasionalmente. Usted debe saber que los bebedores abusivos presentan aumento en los estrógenos circulantes y pueden desarrollar algunas características femeninas (ginecomastia, blasón femenino, etc.), y que altos valores de estrógeno contribuyen a la atrofia de los testículos y llevan a la impotencia (Madden, 1986). De paso creo que Usted debe enterarse de la existencia de tipologías para alcohólicos, a fin de que (sin importar qué clase de excusa tenga hoy) usted pueda incluirse en una de ellas.

Jellinek (1960), probablemente el primer "etanólogo" bien organizado, propone cinco patrones básicos del beber excesivo y utiliza letras griegas para identificarlos. Creemos que la tipología propuesta deba ser ampliada, habida cuenta de que en los 30 años transcurridos desde su planteamiento inicial se han producido dos alteraciones muy notables: cada día es mayor el incremento del número de jóvenes que revelan tener problemas con la bebida alrededor de los 20 años, y la proporción de mujeres menores de 30 años que han pasado a formar parte de la población alcohólica ha evidenciado un alza considerable. Jellinek propone la siguiente nomenclatura clasificatoria de los bebedores:

- alcohólico **alfa:** también llamada "bebida indisciplinada", incluye a los individuos con dependencia psicológica del alcohol.
- alcohólico **beta:** supone el hábito de beber socialmente en exceso pero sin que se observe dependencia psicológica o física.
- alcohólico **gamma:** beber hasta la embriaguez durante días, semanas o hasta meses, a veces hasta la intoxicación. La dependencia física está presente y se manifiesta con los síntomas del síndrome de abstinencia.
- alcohólico **delta:** volumen muy elevado de consumo de alcohol du rante el día con tolerancia funcional y neuroadaptación evidentes. Hay dependencia física. El sujeto en realidad no puede dejar de beber ni siquiera un día.

- alcohólico **épsilon** (la otra denominación es dipsomanía): fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas con largos períodos de completa abstinencia (Helzer,1987; Madden,1986).

Alcohol, ansiedad, sexo, agresividad, etc.

Durante mucho tiempo se ha sostenido la opinión de que el alcohol alivia la ansiedad, la frustración y la tensión. Al mismo tiempo se admite que al neutralizar las reacciones de ansiedad, el alcohol desinhibe las conductas sexuales, normalmente inhibidas en otras circunstancias. La hipótesis de reducción de la tensión también sostiene que los efectos del alcohol reducen el temor sin afectar para nada las conductas de evitación (Wilson y Lawson, 1976). Y las asunciones de la hipótesis son dos, perfectamente inseparables: (a) consumir alcohol reduce la tensión, y (b) al reducirse la tensión se motiva el consumo.

La investigación con sujetos humanos, sin embargo, es contradictoria. Algunos han indicado asociación entre beber continuamente y autorreportes de incrementos en ansiedad y depresión. Otros afirman que consumir alcohol reduce la tensión con incrementos subsecuentes en ansiedad, culpa y hostilidad. En trabajos realizados con muestras predominantemente masculinas, se han hallado también correlaciones negativas significativas entre los niveles de alcohol en sangre y tensión muscular periférica, y correlaciones positivas entre niveles de alcohol en sangre y autorreportes de ansiedad subjetiva (Steffen, Nathan y Taylor, 1974).

En cuanto a los efectos del alcohol sobre la actividad sexual, los pocos estudios empíricos realizados con mujeres sugieren fuertes diferencias entre sexos. Por un lado se revela que bebedores varones que creían haber consumido alcohol, evidenciaron mayor excitación sexual en respuesta a estímulos eróticos que sus contrapartes masculinos quienes creían haber consumido una bebida no alcohólica (Wilson y Lawson, 1976). Un estudio posterior con idéntico diseño experimental y con mujeres como sujetos no logró replicar el mismo efecto y el consumo de alcohol resultó más bien en una disminución significativa de la excitación sexual (Wilson y Lawson, 1978). Aparentemente, el alcohol libera el instinto sexual al mismo tiempo que inhibe su conducción en las vías neurales a cargo de las funciones

sexuales. El alcohol también inhibe la producción de testosterona indirectamente a través de la depresión del hipotálamo. Una buena manera de entender el efecto del alcohol sobre la función sexual ya fue propuesta por Shakespeare cuando, en boca de Macbeth, dice: "Provoca el deseo, pero inhibe la realización".

La correlación entre alcohol y agresividad ha sido documentada muchas veces. El consumo de alcohol correlaciona muy bien con toda clase de conductas de expresión violenta: asaltos, violaciones, homicidios, agresión en el seno de la familia, suicidios y crímenes de todo tipo. El hallazgo más generalizado admite que el alcohol es un facilitador inmejorable de las conductas agresivas. Y son dos los contextos teóricos que explican las correlaciones, fundados en dos modelos fisiológicos distintos.

Un modelo asume que el alcohol posee efectos 'energizantes' que llevan al desencadenamiento de conductas violentas, además de que produce sentimientos de poder y dominación e incrementa las fantasías agresivas (Kalin, McClelland y Kahn, 1965). El otro modelo conceptualiza al alcohol como un desinhibidor de las conductas de aproximación, lo cual facilita las expresiones agresivas. De este modo el incremento en la conducta agresiva de sujetos ebrios pareciera ser atribuible al afecto reductor de la ansiedad asignable al alcohol.

Retrato de un alcohólico

La incapacidad del alcohólico para abstenerse lo conduce a un estado tal de disfuncionalidad que, a pesar de producirle serios efectos adversos en sus relaciones familiares y laborales, lo obliga a conservar como primera prioridad la ingestión de alcohol siguiendo patrones rígidos y abusivos. A veces el alcohólico deja de tomar. Pero al hacerlo de nuevo el síndrome de dependencia se reinstala. En la mayoría de los casos los efectos tóxicos del alcohol se complican porque la nutrición es deficiente, y la situación puede convertirse en algo mucho más grave cuando el alcohol se acompaña con otras drogas.

En la fase inicial el individuo suele evidenciar una mayor avidez por el alcohol y conforme va aumentando la tolerancia empieza a mostrar ciertas tendencias pregoneras de sus hábitos futuros: bebe más rápidamente, llega con botellas a las fiestas, abandona las fiestas

en último lugar, toma antes de iniciadas y después de terminadas las reuniones sociales y cada vez gasta más dinero en alcohol, al mismo tiempo que ve aumentar el número de sus complicaciones familiares y laborales. En las fases tempranas la dependencia del alcohol suele ser reversible, cuando el hábito no difiere mucho de las prácticas socialmente aceptables. Pero para lograr la remisión, la abstinencia completa resulta indispensable...

A medida que avanza en su carrera, el alcohólico deja de ser un 'bebedor social' y cada vez que quiere aliviar sus tensiones o liberarse de emociones negativas acude al alcohol como salida única. Suele ocurrir que toma más de lo debido y comienzan a producirse serias fracturas en sus relaciones interpersonales. Hay sentimientos de culpa por las consecuencias derivadas de su modo de beber y en muchos casos logra pasar una gran parte del día bebiendo sin alcanzar la completa intoxicación.

En el ambiente laboral empiezan a surgir inconvenientes y se hace común el ausentismo del lunes por la mañana por efectos del 'ratón' de fin de semana. Comienzan a aparecer las falsas notificaciones de enfermedad y todo un rimero de excusas con las cuales trata de justificar su creciente incompetencia en el trabajo, las irregularidades laborales y las caídas súbitas de su actividad. Como efecto directo del 'ratón', el alcohólico suele manifestar depresión, generalmente de duración muy breve. La mayor parte de las veces el alcohólico se queja ante el médico de estar 'deprimido', simplemente porque así logra ganancias secundarias al obtener constancias que le permiten ausentarse del trabajo... muy seguramente para seguir bebiendo. Y aunque en todo ello hay un alto grado de ocultamiento del problema, generalmente éste se agrava con el retiro laboral prematuro, cuestión que luego suele traducirse en un aumento del consumo.

Paralelamente, las fricciones oriundas del trabajo pasan al hogar (o a la inversa) y se inicia entonces una serie de continuas dificultades intrafamiliares que una gran parte de las veces incluyen repetidas amenazas de separación o de divorcio. El paso hasta la agresión física es muy breve y casi siempre los hijos también reciben lo suyo. En la literatura se señala una alta frecuencia de mujeres que, en tales condiciones, se desequilibran hasta el punto de requerir urgente atención psiquiátrica (Madden, 1986). Las esposas cuyos maridos son dependientes del alcohol evidencian características conductuales de

patrones muy variables, que en general son reducibles a ansiedad, inseguridad, ira, aislamiento social y rechazo a las relaciones sexuales. Cuando este es el caso, por lo general suele ocurrir una transferencia del poder hogareño. Es cuando la mujer adopta un papel más saliente en la toma de decisiones.[5]

En un hogar de alcohólicos suelen ser comunes las dudas acerca de la fidelidad del compañero y estos sentimientos pueden ser simples sospechas transitorias o firmes convicciones que persisten durante largo tiempo. Es típico del alcohólico con impotencia sospechar que su cónyuge tiene relaciones sexuales con otro. Es típico también que la esposa pierda interés en tener relaciones sexuales con un marido permanentemente ebrio, y esa falta de interés sexual suele ser atribuida a que la esposa busca y obtiene satisfacción sexual fuera del matrimonio. Tales acusaciones de infidelidad pueden llegar a extremos insultantes acompañados de violencia física y rematar en el asesinato.

Además de correr el riesgo de convertirse en alcohólicos, los hijos de padres con problemas de bebida resultan particularmente expuestos al logro de niveles de desarrollo social y psicológico deficientes. Suele observarse entre estos niños una frecuencia mayor de conductas antisociales, trastornos psicosomáticos y síntomas neuróticos, probablemente derivados de una serie compleja de factores generados por la desorganización familiar. Varios estudios han demostrado que los hijos de padres alcohólicos son más agresivos, tienen más problemas escolares y mayor dificultad para establecer y mantener amistades. Hasta se ha sugerido también asociación entre hiperactividad infantil y alcoholismo parental (Mayer, 1983).

[5] En Madden (1986: 107)) se señalan cuatro tipos de esposas de bebedores dependietes:Alba, la "sufrida" (que necesita que la castiguen y selecciona un marido que pueda hacerla sufrir a través de la bebida); Betty, la "controladora" (que selecciona un marido inepto para poder así controlarlo y dominarlo); Catalina, la "perdonadora" (que posee una fuerte necesidad de afecto y selecciona un marido débil que la ame intensamente y en quien favorece la conducta alcohólica que le ayuda en su papel); y Dora, la "castigadora" (que es agresiva y totalmente dedicada a su carrera).

La dependencia del alcohol suele también estar signada por intentos repetidos de dañarse a sí mismo y muchos de tales intentos terminan en suicidio, obviando, por supuesto, el hecho de que el consumo exagerado de grandes dosis de alcohol etílico ya es una forma lenta pero efectiva de suicidio... La verdad es que para los bebedores excesivos resulta muy difícil comprender su estado real de manera objetiva. El alcohólico miente y se miente a sí mismo con una facilidad asombrosa, además de que mantiene trastornadas sus funciones mentales, su juicio no es muy claro y su capacidad de autocrítica es casi nula. Sería muy conveniente que junto a las categorías desempleado y sin ocupación conocida se creara la otra de incapacitado por alcohólico. Tal vez de este modo las instituciones públicas y privadas y el Estado en general puedan sentir una preocupación mayor ante el problema.

Los abusos del alcohol, ¿a qué conducen?

Admitimos que la gran mayoría de los alcohólicos consagrados no terminan siendo criminales. Muchos no golpean a sus hijos ni apalean a sus esposas. Y tampoco se dedican a sesiones de exhibicionismo chocante en las esquinas. Una gran parte de ellos (hombres y mujeres) solamente gastan preciosas proporciones de tiempo y de dinero dedicados al cotorreo insustancial en lugares que van desde la taguara barata a la empalizada lujosa, pasando por otros sitios supuestamente "chic" de muy dudosa factura. Y hay quienes asumen que lo mejor es emborracharse en casa, convenientemente "encapillados". De todos modos, las cifras que se ofrecen suelen ser preocupantes y, si es cierto que las cifras "no mienten", lo mejor será tenerlas en cuenta.

A partir de los informes producidos por las víctimas[6] cada año se producen en promedio unas 183.000 violaciones y otro tipo de asaltos sexuales desencadenados por personas bajo influencia alcohólica, unos 197.000 robos, cerca de 661.000 asaltos con agravantes y

[6] La mayor parte de la información que se ofrece se refiere a Estados Unidos. Las estadísticas locales son difíciles de hallar y a veces ni existen...

casi 1,7 millones de asaltos simples. Hay una probabilidad muy alta de que el alcohol sea un factor de violencia cuando el atacante y su víctima se conocen: dos tercios de las víctimas que son atacadas por un íntimo suyo (el cónyuge actual o el anterior, el novio o la novia) reportaron que el alcohol había estado de por medio, mientras que los ataques a desconocidos con mediación alcohólica ocurren en un 31% de los casos.

Setenta por ciento de los incidentes de violencia relacionados con el alcohol ocurren en el hogar y con gran frecuencia comienzan a las 11 de la noche. Veinte por ciento de tales incidentes suponen el empleo de un arma distinta a las manos, los puños o los pies. En cuatro de cada diez crímenes violentos, el alcohol está de por medio, especialmente en crímenes de orden público como manejar bajo intoxicación alcohólica, asaltos, ofensas con armas de fuego y comercialización del vicio. Los prisioneros convictos de asesinato reportan que en casi la mitad de los crímenes cometidos, el alcohol fue un factor predominante.

El empleo prolongado de bebidas alcohólicas generalmente resulta en una o más enfermedades muy serias que, a menudo, amenazan la vida de los individuos. Entre tales enfermedades suelen destacarse el cáncer, las enfermedades infecciosas, los desórdenes hepáticos, la hipoglicemia, enfermedades del sistema nervioso, desórdenes mentales, desórdenes endocrinos, desórdenes gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, ansiedad, cansancio crónico, etc.

El empleo de alcohol aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos en todo tipo de conductores, pero entre los jóvenes los riesgos aumentan aun cuando los niveles de alcohol en sangre sean bajos. De 1995 a 1996, en USA, las muertes por accidentes de tránsito relacionados con el alcohol entre jóvenes de 20 años o menos, aumentaron un 3% (de 2.807 a 2.882). En 1995 aproximadamente 1,4 millones de conductores fueron arrestados por manejar bajo influencia alcohólica. En 1998, un 38% de los accidentes de tráfico fatales se relacionaron con el alcohol, y en promedio, conducir bajo influencia alcohólica mató un ser humano cada 31 minutos (National Highway Traffic Safety, 92-99 press release). En el año 95 unas 262.112 personas admitidas a programas de tratamiento antialcohol u otras drogas eran menores de 24 años, incluyendo 18.194 menores de 15. Conviene también notar la relación que existe entre rendimiento

académico promedio y uso del alcohol: los estudiantes con un rendimiento tipo D o F beben tres veces más alcohol que los estudiantes con rendimiento tipo A (Presley y Meilman, 1992).

¿Cuánto alcohol lleva en su sangre?

La estimación del nivel alcohólico en sangre (NAS) puede realizarse con la ayuda de las tablas que se incluyen a continuación, asumiendo que se trata de personas libres de drogas o medicamentos que pudieran afectar los resultados y que no sean ni excesivamente flacas ni desusadamente obesas.

La primera tabla simplemente nos indica en qué consiste un trago.

1 trago es igual a:	1,25 onzas (ron, whisky, brandy, ginebra, vodka, aguardiente, anís, etc.) o 1 botella de cerveza de 12 onzas o 3,5 onzas de vino fortificado o 5,5 onzas de vino de mesa

Usando la tabla para hembras o varones, sabiendo el peso corporal (en libras) y el número de tragos consumidos, se obtendrá una cifra. De esta cifra debe restarse el factor TIEMPO (obtenido de la tabla correspondiente). El resultado será el NAS. Por ejemplo: para una mujer que pesa 125 libras y que ha bebido 4 tragos (en dos doras), la cifra es .162 (de la tabla de hembras). La tabla del factor tiempo nos da un valor de .030 para las dos horas transcurridas desde el primer trago. Este valor lo restamos de .162 y obtenemos un NAS aproximado de .132%.

Factor Tiempo

Horas desde el primer trago	1	2	3	4	5	6
Cifra que debe restarse	.015	.030	.045	.060	.075	.090

Varones Número de tragos

Peso corporal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100	.043	.087	.130	.174	.217	.261	.304	.348	.391	.435
125	.034	.069	.103	.139	.173	.209	.242	.278	.312	.346
150	.029	.058	.087	.116	.145	.174	.203	.232	.261	.290
175	.025	.050	.075	.100	.125	.150	.175	.200	.225	.250
200	.022	.043	.065	.087	.108	.130	.152	.174	.195	.217
225	.019	.039	.058	.078	.097	.117	.136	.156	.175	.195
250	.017	.035	.052	.070	.087	.105	.122	.139	.156	.173

Hembras Número de tragos

Peso corporal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100	.050	.101	.152	.203	.253	.304	.355	.406	.456	.507
125	.040	.080	.120	.162	.202	.244	.282	.324	.364	.404
150	.034	.068	.101	.135	.169	.203	.237	.271	.304	.338
175	.029	.058	.087	.117	.146	.175	.204	.233	.262	.292
200	.026	.050	.076	.101	.126	.152	.177	.203	.227	.253
225	.022	.045	.068	.091	.113	.136	.159	.182	.204	.227
250	.020	.041	.061	.082	.101	.122	.142	.162	.182	.202

Los efectos sobre el individuo van a depender de los niveles de concentración de alcohol en sangre (CAS), mediados por la cantidad que se bebe cada vez, la experiencia del bebedor, el lugar donde se bebe, la estabilidad psicológica y emocional, presencia de otras personas o el uso concurrente de otras drogas. Muchas muertes accidentales ocurren debido a que la gente usa el alcohol combinado con otras drogas (marihuana, tranquilizantes y barbitúricos).

Tampoco los antihistamínicos en forma de remedios contra la gripe, la tos y el asma pueden mezclarse con alcohol. Algunos efectos son de tipo primario, derivados de la prolongada exposición al alcohol, como enfermedades cardíacas y hepáticas o inflamación del estómago. Otros son de tipo secundario, pero también relacionados con el abuso crónico del alcohol, como pérdida del apetito, deficiencias vitamínicas, impotencia sexual, irregularidades menstruales e infecciones. La neumonía, algunos tipos de cáncer, los accidentes, el homicidio y el suicidio también pueden ser efectos derivados de su uso indiscriminado.

En la tabla que sigue, la columna de la izquierda indica los miligramos de alcohol en cada decilitro de sangre, o CAS (la persona promedio puede tener un nivel de concentración de alcohol de 50mg/dL luego de

dos tragos rápidamente consumidos). La columna de la derecha señala los correspondientes efectos en personas que no han desarrollado tolerancia al alcohol, o personas que beben regularmente y aseguran poder "aguantar" más sin parecer intoxicados. Son individuos que continúan trabajando y socialmente se conducen razonablemente bien, hasta que su condición física resulta definitivamente deteriorada debido a daños más severos, y terminan hospitalizados por cualquier causa, para luego, abruptamente, experimentar síntomas de abstinencia, que pueden variar desde insomnio, apetito pobre y sudoración, hasta convulsiones, temblores, alucinaciones, ansiedad extrema y pánico.

Concentración de alcohol en sangre (CAS)

(mg/dL)	Efecto
50	*Intoxicación leve* Sensación de acaloramiento, enrojecimiento de la piel, juicio disminuido, reducción de inhibiciones
100	*Intoxicación evidente en la mayoría de las personas* Juicio, inhibiciones, atención y control más disminuidos. Reflejos lentos. Reducción en los niveles de ejecución muscular.
150	*Intoxicación evidente en personas normales* Marcha y habla irregulares, visión doble y pérdida de memoria; comprensión disminuida
250	*Intoxicación extrema o estupor* Respuesta reducida ante los estímulos; incapacidad para ponerse de pie; vómitos; incontinencia; somnolencia
350	*Coma* Inconsciencia; escasa respuesta ante los estímulos; incontinencia; temperatura corporal baja; dificultad respiratoria; presión arterial baja; piel húmeda y fría
500	*Muerte probable*

Una nota final

La literatura sobre alcoholismo, en términos generales, muestra una doble tendencia muy importante. Por un lado, se avanza bastante en la profundización del problema y, por el otro, es innegable un énfasis muy significativo en la comprensión de los modelos de intervención empleados en términos de calidad, duración y resultados. El tratamiento de la dependencia alcohólica requiere la implementación de un formato de dos fases que incluye el retiro del alcohol y la desintoxicación, seguidos por intervenciones que puedan garantizar abstinencia. Hay mucha incertidumbre acerca de cuál es la mejor estrategia que debe seguirse con los pacientes en la fase postdesintoxicación. De todos modos, la evaluación de las distintas alternativas de

tratamiento hace que las perspectivas sean relativamente alentadoras para la recuperación de alcohólicos siguiendo modelos conductuales, terapias aversivas de tipo químico y eléctrico, programas residenciales, tratamiento ambulatorio o sistemas de apoyo personal al estilo de Alcohólicos Anónimos (Moos y Finney, 1983).

Las terapias farmacológicas que han evidenciado utilidad en el tratamiento del alcoholismo, deben ser aplicadas y estudiadas por períodos de tiempo más largos a fin de probar su verdadera eficacia. Debe ser considerada la extensión del seguimiento a 5 o más años, una vez que el tratamiento activo termina, a fin de establecer el verdadero valor de los esquemas de mantenimiento a largo plazo. Las intervenciones psicosociales dentro de ensayos farmacológicos deben ser mejor estandarizadas y evaluadas. Muchas personas logran también recuperarse sin tratamiento formal, aunque la proporción de individuos sometidos a grupos de control de tratamiento mínimo que logran recuperarse varían entre un 32% (con criterios de recuperación astringentes) y un 53% (con criterios de recuperación relajados).

Hay, sin embargo, todo un conjunto de hallazgos pesimistas según los cuales un número considerable de alcohólicos abandonan el tratamiento prematuramente o no son beneficiados durante su exposición al mismo, además de que la proporción de reincidencias en el año siguiente al tratamiento puede ser hasta de un 60% o más. La misma idea de tratamientos más largos y más intensos no ha recibido suficiente apoyo experimental. Algunos estudios evidencian serias fallas en materia de seguimiento, procedimientos de medida y elementos diferenciales en tratamiento. Las altas tasas de reincidencia deben ser analizadas con sumo cuidado, incluyendo una clara identificación de las razones del individuo para reincidir y un mejoramiento en los reportes de las características de línea base, muy especialmente en los estudios a largo plazo.

Uno de los trabajos más arduos que queda por hacer es la evaluación de los esquemas de planeamiento y conducción de tratamientos antialcoholismo. Es necesario, también, profundizar los mecanismos extratratamiento que facilitan o inhiben el proceso de recuperación. Conviene el desarrollo de intervenciones psicosociales de amplio espectro que incluyan manejo del estrés y tratamientos farmacológicos más efectivos, así como el diseño de esquemas apropiados de prevención primaria en el ámbito familiar y matrimonial.

Amplio espectro quiere decir que tenemos que ocuparnos no solamente del individuo alcohólico aislado, sino también (y con mayor énfasis) de los aspectos económicos, sociales, políticos y ambientales que se funden en la producción del alcoholismo y perpetúan los problemas asociados con él.

Es necesario darnos cuenta de que las prácticas familiares, el empleo de alcohol por los padres, los amigos y los compañeros, definitivamente pueden influir en la producción de aprendizajes proal-coholismo aun en niños de muy corta edad. Y enterarnos de que, igual que ocurre con las bebidas gaseosas, los anuncios en la televisión tienden a ligar el consumo de alcohol con atributos de alta valoración personal como la sociabilidad, la elegancia, el atractivo físico, y con resultados de gran deseabilidad como el éxito, la aventura y el romance. Ya es tiempo de entender que la propaganda de bebidas alcohólicas puede conducir a los adolescentes a estar más favorablemente predispuestos a su consumo (The Scholastic/CNN Newsroom. Survey on Student Attitudes about Drug and Substance Abuse, 2/1990).

Por lo demás, nos parece que en la literatura especializada las complicaciones del alcoholismo femenino han sido dejadas de lado. La proporción de muertes entre mujeres alcohólicas es mayor que entre los hombres debido a un riesgo aumentado de suicidio, accidentes, cirrosis y hepatitis. Las mujeres constituyen el 34% de los miembros de Alcohólicos Anónimos y 38% de los miembros de AA menores de 30 años son mujeres. Igual cosa ocurre con relación a la cada vez más creciente población juvenil que ha pasado a formar parte del problema. En las 50 entidades federales de USA la compra o posesión de alcohol por menores de 21 años es ilegal. Entre nosotros lo 'legal' es que cualquier niño pueda emborracharse donde y cuando quiera, y lo normal es una chispeante sonrisa de aprobación de parte de los adultos, incluyendo los propios padres. Creemos que tales cuestiones deben ser examinados a fondo. Pero para ello es absolutamente indispensable mantenernos sobrios...

Bibliografía

- Brems, C. (1991). Depression and personality disorder: Differential diagnosis with the MMPI. *J. of Clinical Psych., 47*, 669-675.
- Cook, P.S. et al. (1990). *Alcohol, Tobacco and Other Drugs May Harm the Unborn.* US Department of Health and Human Services {USDHS} Pub. No. 901711.
- De Lint, J. (1978). Alcohol consumption and alcohol problems from an epidemiological perspective. *British J. of Alcohol and Alcoholism, 13,* 75-85
- Elwood, R. W. (1993). The clinical utility of the MMPI 2 in diagnosing unipolar depression among male alcoholics. *J. of Personality Assessment, 60*(3), 511-521.
- Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics. *Arch. of Gen. Psych., 42:* 171-174.
- Helzer, John E. (1987). Epidemiology of alcohol. *J. of Consulting and Clin. Psych., 55*(3), 284-292.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism.* Higland Park, N.J.: Hillhouse.
- Lex, Barbara W. (1987). Review of alcohol problems in ethnic minority groups. *J. of Cons. and Clinical Psych., 55*(3), 293-300.
- Madden, J. S. (1986). *Alcoholismo y fármaco-dependencia.* Méjico: El Manual Moderno.
- Mayer, W. (1983). Alcohol abuse and alcoholism. *Amer. Psych., 38*(10), 1116-1121.
- Moos, R. H. & J. W. Finney. (1983). The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. *American Psych., 38*(10), 1036-1044.
- Nathan, Peter E. (1983). Why we can't prevent the devastating effect of alcoholism and drug abuse. *Am. Psychologist, 38*(4), 459-467
- NIAAA. (1993). Eighth Special Report to US Congress on Alcohol and Health.
- NIAAA. (1998). National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, news release (13/5/98).
- Presley, C. y Meilman, P. (1992). *Alcohol and Drugs on American College Campuses.* Student Health Program Wellness Center, Southern Illinois University.
- Robins, E. *The final months.* (1981). New York: Oxford University Press
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins
- Quayle, D. (1983). American productivity: The devastating effect of alcoholism and drug abuse. American Psych., *38* (4), 454-458.

- Steffen, J. J., Nathan, P. E. & Taylor, H. A. (1974). Tension-reducing effects of alcohol. J. of Abn. Psych., *83*, 542-547.
- Wanberg, K. W. & John L. Horn. (1983). Assessment of alcohol use with multidimensional concepts and measures. *Amer. Psychologist, 38*(10), 1055-1069.
- Wilson, G. T. & Lawson, D. M. (1976). Expectancies, alcohol and sexual arousal in male social drinkers. *Journal of Abn. Psychology, 85*, 587-594.
- Wilson, G. T. & Lawson, D. M. (1978). Expectancies, alcohol and sexual arousal in women. *Journal of Abn. Psychology, 87,* 358-367.

capítulo 7

Fumar o no fumar, ¿cuál es el problema?

Luis Esqueda T.

Entre todas las causas prevenibles de enfermedad y muerte prematura, el hábito de fumar ocupa una posición muy relevante. A pesar del impacto negativo del hábito sobre la población, el número total de fumadores mayores de 18 años (para el caso específico de EE.UU.) aumentó desde 47,5 millones en 1960 a 55,2 millones en 1983 (Burling, 1989). En ese mismo país, las tres causas mayores de muerte para 1982 eran la enfermedad cardíaca, los tumores malignos y el infarto. En los tres tipos de desórdenes, el cigarrillo entraña un riesgo grande: cada año se producen unas 80.000 muertes por cáncer pulmonar, 22.000 por otros cánceres, unas 225.000 por enfermedad cardiovascular y más de 19.000 por enfermedad pulmonar, todas causalmente relacionadas con el hábito de fumar.[1] El costo anual de todo esto supone un total de 27 billones de dólares en cuidados médicos, ausentismo laboral, bajas en la productividad laboral y accidentes (Lichtenstein, 1982).

[1] La conexión cigarrillo-cáncer y cigarrillo-enfermedad coronaria ha sido establecida muchas veces y siempre se ha demostrado que el riesgo relativo es una cuestión que aumenta como una función lineal del número de cigarrillos fumados diariamente. En Willet y colaboradores (Baker y Fiore, 1992) la evidencia del nexo entre cigarrillo y enfermedad coronaria resulta consistente y el riesgo relativo va desde 2,1 (para quienes fuman entre 5 y 14 cigarrillos) a 10 (para quienes fuman 45 o más cigarrillos por día).

En una declaración jurada, previa al juicio por 12.300 millones de dólares entre el Estado de Florida y las tabacaleras, el presidente de la Philip Morris, Geoffrey Bible, admitió que anualmente 100.000 norteamericanos podrían haber muerto por fumar...[2] En junio de 1997 los fabricantes de cigarrillos de EE.UU. aceptaron pagar 368.500 millones de dólares a 40 estados, en un plazo de 25 años y como compensación por los gastos en los sistemas de salud, a cambio de que los juicios se terminen. La FDA, agencia federal que controla los alimentos y las drogas, según el mismo acuerdo, reglamentará hasta el año 2009 los niveles de nicotina en los cigarrillos y, luego de esa fecha, podrá prohibir totalmente su uso. La Agencia de Protección del Medio Ambiente de EE.UU., en 1993, ya había clasificado el humo del tabaco entre las sustancias cancerígenas. En 1997 el director de la tabacalera Ligget reconoció públicamente la dependencia causada por la nicotina y el riesgo de cáncer relacionado con el hábito de fumar. Según las estadísticas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (USA) unos 419.000 norteamericanos mueren anualmente por consumo de tabaco. Y la estimación de los expertos es que el tabaco es responsable del 30% de los distintos tipos de cáncer de pulmón, boca, laringe, faringe, esófago, riñón, vejiga, páncreas y cuello del útero. Agréguese a todo esto la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad oclusiva arterial periférica, la pulmonar obstructiva crónica (en sus formas de bronquitis crónica o enfisema pulmonar) y la úlcera péptica.

Riesgo relativo es la proporción de incidencia de la enfermedad en una población expuesta (fumadores) comparada con la población no expuesta (no fumadores). Un riesgo relativo de 5 significa que el fumador tiene una probabilidad de contraer la enfermedad cinco veces mayor que el no fumador.

[2] Philip Morris es el mayor fabricante mundial de cigarrillos (también fabrica la cerveza Miller y tiene otras empresas alimentarias importantes como Kraft y General Foods). En 1996 ganó 12.500 millones de dólares, y dos tercios de esas ganancias correspondieron a los cigarrillos.

Los numerosos efectos que el cigarrillo tiene sobre el embarazo[3] van desde el síndrome de muerte súbita del lactante (que suele ocurrir dos veces más en madres fumadoras) hasta un desarrollo neurológico e intelectual menos satisfactorio para hijos de madres que fuman, pasando por enfermedades del tracto respiratorio inferior y neoplasias en la infancia (Owen et al., 1998). La patología más frecuentemente reportada es el retardo del crecimiento intrauterino. Fumar entre 10 y 20 cigarrillos al día reduce el peso fetal unos 200 gramos, debido a la reducción de la perfusión útero-placentaria como efecto de las propiedades vasoconstrictoras de la nicotina. Para la madre fumadora de <20 cigarrillos, el riesgo de muerte fetal es de 36% y de muerte neonatal de 14%; para la madre fumadora de >20 cigarrillos tales riesgos son, respectivamente, de 62% y 42%... Hechos de esta naturaleza debieran estar siendo observados con cuidado extremo por las asociaciones de profesionales de la salud, a fin de diseñar esquemas de intervención social más adecuados capaces de iniciar un tratamiento más efectivo del problema.

Hacia la supresión del hábito

El fumador es un adicto que no puede sustraerse a los efectos altamente autorreforzadores y adictivos de la nicotina. Y los síntomas que genera la suspensión del hábito están reconocidos como una entidad patológica bien definida en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales. Parece que también existen indicaciones de factores genéticos que predisponen al uso del tabaco y que la heredabilidad de este rasgo oscila entre 35% y 68%. Fumar es la causa prevenible de muerte prematura más importante y, como ya hemos visto, contribuye al desarrollo de muchas enfermedades. Esta es una noción bien comprendida en los países desarrollados,

[3] Hay una clara relación entre fumar cigarrillo y hechos como retardo del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, prematurez, muerte fetal y neonatal, alteraciones en el desarrollo físico y mental del infante y muerte súbita en la infancia. Además, hay una relación entre la cantidad de cigarrillo fumado y la posibilidad de la presencia de desprendimiento de la placenta y ruptura prematura prolongada de membranas.

donde el consumo adulto de cigarrillos ha sido reducido desde un 42% en 1965 a un 25% en 1990. Es una de las razones por las cuales los grandes fabricantes han concentrado sus esfuerzos de explotación del cultivo del tabaco, manufactura de cigarrillos y potencialidad del mercado en los países subdesarrollados, produciendo un gran impacto en la salud y en la economía (Borio, 1999). La tasa de consumo de cigarrillos en estas áreas se ha incrementado y los esfuerzos gubernamentales para contrarrestar el hábito han sido realmente deslucidos y poco serios.

Inicialmente, la investigación sobre consumo de cigarrillos estuvo concentrada en el análisis de correlaciones entre el hábito de fumar y algunas características físicas y de personalidad de los fumadores (American Cancer Society, 1963). Más recientemente el énfasis ha sido puesto en factores considerados determinantes tanto en la supresión como en la reducción y el control del hábito de fumar (Wagner y Bragg, 1970). La verdad es que desde la publicación del informe de The Royal College of Physicians of London en 1962, la investigación sobre el consumo de cigarrillos ha sufrido variaciones importantes en cuanto a: (1) la indagación sobre la ontogenia del hábito (Maussner, 1973; Tomkins 1966) y (2) la evaluación sobre los distintos modelos de intervención utilizados para intentar la autoregulación o supresión del hábito (Ford y Ederer, 1965; Lando, 1977).

La revisión de la literatura psicológica especializada, fundamentalmente sugiere que la legislación antihábito y los distintos tipos de campañas de alcance nacional propuestos en diferentes países, han tenido escaso éxito. Se sabe también que los modelos de intervención típicos de clínicas antihábito, en los cuales el fumador asume el papel de paciente y que generalmente reportan entre un 30 y un 85 por ciento de éxito, también informan que (a) el consumo de cigarrillos aumenta de manera muy rápida cuando las sesiones terminan (Bernstein, 1969), y (b) el uso de drogas antihábito sistemáti-camente ha producido resultados negativos (American Cancer Society, 1964). En general, la conclusión predominante que se obtiene a partir de tales revisiones es que, con pocas excepciones, los efectos a largo plazo de tales modelos de intervención han sido realmente desalentadores.

Las terapias conductuales (que intentan el contracondicionamiento del hábito vía desensibilización sistemática) solamente han logrado probar que los estímulos ambientales que disparan el

hábito son tan complejos y numerosos, que intentar el descondicionamiento de cada uno resultaría sencillamente imposible, aun cuando se lograra su identificación y aislamiento. Y cuando se ha intentado descondi-cionar solamente algunos de los estímulos más salientes, el consumo de cigarrillos, de todos modos, no ha sido reducido a largo plazo. Dentro del mismo modelo de intervención conductual se han ensayado una serie de respuestas alternas como sustitutos del hábito (mascar chicle, ejercicios de respiración profunda, uso de chupetas) pero la evaluación de tales alternativas no ha provocado ninguna clase de investigación sistemática (Bernstein, 1969).

Un aspecto crucial observable en la literatura examinada es el problema de la regresión al hábito y cómo prevenirla. La verdad es que a pesar de que los tratamientos conductualmente orientados normalmente logran entre un 70-80 por ciento de abstinencia a corto plazo, cerca de tres cuartas partes de quienes dejan de fumar vuelven a hacerlo antes de un año (Stevens y Hollis, 1989). Los esfuerzos realizados para evitar la regresión y asegurar niveles de abstinencia prolongados, no han resultado del todo satisfactorios.

A todo esto deben también agregarse algunos intentos documentales que se empeñan en mostrar al hábito como no peligroso para la salud y no adictivo, aparentemente dirigidos a impulsar su mantenimiento. Uno de los más recientes intentos de esta clase está representado por el libro de Eysenck (1991) que, entre otras cosas, sostiene que el hábito de fumar no causa adicción sino que satisface ciertas necesidades básicas preexistentes y, por lo tanto, sus efectos son más bien benéficos...

En términos globales y siempre sobre la base de las revisiones disponibles (Bernstein, 1969; Hunt y Matarazzo, 1973;Elliot y Denney, 1978; Lichtenstein, 1982) las principales conclusiones pueden reducirse a las siguientes:

a. virtualmente ningún modelo de intervención o tratamiento es capaz de reducir los niveles del hábito en un 30-40 por ciento con relación a los niveles de línea base;
b. la reincidencia suele ser cercana al 75 por ciento con relación a línea base entre 3 y 6 meses después del tratamiento;
c. muy raramente se observan niveles de abstinencia superiores al 13 por ciento entre 3 y 6 meses después del tratamiento;

d. entre quienes se abstienen de fumar al final de tratamiento, menos de un tercio continúan siendo no fumadores 3 o 6 meses más tarde; y
e. estas altas tasas de "deserción" son observables en sujetos sometidos a técnicas conductuales que van desde desensibilización sistemática hasta condicionamiento aversivo, pasando por técnicas que incluyen el cambio actitudinal, el control de estímulos y la relajación (Berecz, 1973; Lando, 1975; Lichtenstein y otros, 1973;).

Teorías sobre el hábito

¿Cómo aprendemos el hábito de fumar? Experimentar con el primer cigarrillo suele ser una conducta sencilla en el individuo preadolescente. Un acto que se realiza en la esfera individual, pero cuya ontogenia posee una trabazón de antecedentes bastante complejos, necesariamente remisibles a un cierto molde ecológico social. Es muy probable que entre los antecedentes básicos del hábito, la presión social sea el disparador primario de la conducta de experimentación. El niño probablemente inicia su tránsito hacia el hábito por efectos de insinuaciones de un compañero o un familiar cercano. Y si en su familia hay fumadores, ello puede contribuir a reducir la barrera que pudiera oponerse a la presión foránea, al mismo tiempo que aumenta las oportunidades para el niño de tener cigarrillos a su alcance.

La experimentación inicial seguramente es el paso crítico hacia la adquisición del hábito. La información examinada revela que entre un 85-90 por ciento de quienes fuman al inicio cuatro o más cigarrillos se convierten en fumadores regulares (Gorsuch y Butler, 1976), lo cual significa que la experimentación con cigarrillos conduce al hábito de fumar, independientemente de que el joven haya o no tenido la intención original de adquirirlo.

Aparentemente, el hábito de fumar se desarrolla por etapas bien definidas, que van desde las tempranas de preparación, iniciación, conversión y mantenimiento del hábito, hasta las tardías de insatisfacción, deseo de dejarlo y decisión de convertirse en no fumador (Sarbin y Nucci, 1973). La etapa de experimentación inicial ha conducido al desarrollo de planes antitabaco, que intentan desvanecer

las presiones sociales que desencadenan el hábito, especialmente por medio de la enseñanza de técnicas autoasertivas que evitarían la aceptación de cigarrillos.

Tales planes obviamente han tenido éxito con quienes no desean experimentar con cigarrillos, pero han revelado una efectividad menor con quienes sí lo desean y no evitan asumir conductas de falsa madurez, rebeldía y madurez sexual, a menudo atribuibles al joven que fuma. El éxito limitado de los mismos revela que detrás del hábito hay algo más que pura presión social. Y que, muy seguramente, la etapa preparatoria del hábito incluye percepciones acerca de lo que fumar significa y de sus potenciales funciones.

En realidad el niño desarrolla actitudes hacia el hábito e imágenes sobre lo que el mismo significa mucho antes de que se decida a probar el primer cigarrillo. Es muy cierto que entre preadolescentes el fumar sugiere independencia, rudeza y autoexpresividad, de modo que en la raíz del hábito pudieran hallarse tales sensaciones. Por lo demás, los jóvenes con éxito académico menguado, los más rebeldes o con mayores dificultades en la satisfacción de expectativas parentales y el logro de buenos niveles de aceptación social, son más atraídos por el cigarrillo a edades más tempranas. Y pudiera también sugerirse que el uso posterior de otras drogas tiene iguales desenca-denantes (Kandel, 1975).

Las tasas de prevalencia de tabaquismo en los jóvenes siguen siendo altas, a pesar de conocerse los riesgos demostrados del hábito para la salud. Desde 1975, los cigarrillos han sido constantemente la sustancia usada a diario por el mayor número de estudiantes de secundaria estadounidenses. Una encuesta domiciliaria nacional sobre abuso de drogas y alcohol, realizada en 1997 por una agencia federal de USA (la NHSDA) planteó la situación del modo siguiente (véase también Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC, mayo 24, 1996):

Uso de cigarrillos por estudiantes entre grados 8º y 12º. 1997

	8º grado	10º grado	12º grado
Usaron cigarrillos alguna vez	47,3%	60,2%	65,4%
Usaron cigarrillos en el último mes	19,4%	29,8%	36,5%
Fumaron ½ cajetilla diaria o más	3,5%	8,6%	14,3%

La segunda etapa en el esquema propuesto es la de iniciación del hábito. No todos los que cumplen la etapa de experimentación

inicial pasan a la de iniciación plena. Y no es probable que los niños de alta autoestima, que se definen a sí mismos como independientes y seguros de sí mismos, acepten fácilmente la sugerencia de los compañeros para iniciarse en el hábito. Quienes sucumben ante la presión foránea seguramente son dueños de características de personalidad distintas: deben ser niños muy ansiosos, que se sienten socialmente inadecuados y ceden ante la presión para conformar con el grupo o para lograr aceptación. Unos niños simplemente comparten con sus compañeros actividades que suponen la asunción de riesgos, y fumar cigarrillos previsiblemente puede ser una de ellas. Otros empezarán a fumar para lograr control emocional o para asegurar buena ejecución en pruebas académicas. Este tipo de orientación personal es especialmente válido entre individuos que inician el hábito en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, períodos durante los cuales suelen iniciarse las presiones oriundas del contexto laboral o académico y el proceso de toma de decisiones se complica.

Cualquiera sea la razón, lo cierto es que una vez embarcado en el hábito, lo normal es que la dependencia se mantenga entre aquellos que, en la fase temprana de experimentación, pasan del cuarto o quinto cigarrillo. Los datos sugieren que a los individuos les toma unos dos años desde la etapa de preparación para convertirse en fumadores consistentes. O lo que es lo mismo: desde la etapa inicial hasta la de conversión en fumador empedernido, suelen transcurrir dos años.

Infortunadamente esos datos la mayor parte de las veces se derivan de estudios retrospectivos y no es fácil saber si hay un cambio gradual en el porcentaje y cuantía de fumar ni en el número de cigarrillos realmente fumados. Tampoco hay modo de saber si se produce un salto rápido desde la fase de experimentación al período de la cajetilla diaria, o si la transición es más gradual. A fin de revelar este tipo de patrones en el hábito hacen falta buenos estudios longitudinales. De todos modos y desde hace tiempo se sabe que hay incrementos graduales en el porcentaje de estudiantes que fuman: desde un 7% en el séptimo grado hasta un 46% en el undécimo. Que hay incrementos graduales en el consumo de cigarrillos: desde uno por semana a 20 diarios. Y que los incrementos mayores suelen producirse cuando las hembras pasan a la categoría de 5 a 9 cigarrillos diarios y los varones a la de 10 a 19 por día, en el décimo grado (Leventhal y Cleary, 1980).

A estas alturas algunas preguntas resultan indispensables. Si se admite que durante las etapas preparatoria y de iniciación al hábito la gente joven acude al cigarrillo como medio de autodefinición, para lograr aceptación social, compensar por habilidades sociales inadecuadas o regular tensiones emocionales ¿porqué tales "ganancias" resultan tan desusadamente claras mientras que las "pérdidas" derivadas del hábito no suelen ser tan obvias? ¿No es paradójico que el joven que se inicia sea incapaz de aplicarse a sí mismo la imagen negativa que atribuye al fumador?. ¿Por qué la gente joven parece no enterarse de que al pasar de la etapa de iniciación a la de conversión está adoptando un hábito que invariablemente juzgan de modo negativo, y cuyos aspectos "excitantes" resultan sencillamente ilusorios? ¿Por qué los mismos procesos cognitivos que se emplean para justificar el hábito no funcionan también para enterarse de que el mismo representa un serio problema de adicción y dependencia?

La respuesta a tales preguntas no es del todo sencilla ni fácil; y los modelos psicológicos y farmacológicos que tratan de explicar el hábito y su mantenimiento no tienen todas las respuestas. La dependencia se inicia vía conjunción secuencial de estados emocionales: un estado emocional negativo (ansiedad) estimula la conducta de fumar y el acto de fumar produce un estado positivo que reduce la emoción negativa. Cuando el individuo deja de fumar por cierto tiempo, la emoción negativa retorna y se convierte en un poderoso estímulo para la conducta de fumar. La ausencia de cigarrillos reinstala el hábito y la conducta se convierte así en una parte saliente del sistema de autorreforzamiento.

¿Para qué fuma la gente?

Una respuesta sencilla con la cual estarían de acuerdo todos los enemigos del cigarrillo, sería: ¡La gente fuma para producirse cáncer en el pulmón! Pero la verdad es que el asunto no es del todo ni tan simple ni tan trágico. Los dos grandes enfoques que han enfrentado la conducta de fumar (el psicológico y el farmacológico) han sido presentados como modelos antagónicos, argumentando que la descripción psicológica supone investigar la fenomenología del hábito o los reportes de los fumadores, mientras que la farmacológica destaca

los mecanismos fisiológicos que subrayan el hábito. En verdad ambos enfoques son complementarios y el análisis biológico a menudo sigue el rastro dejado por el psicológico.

Los enfoques psicológicos están fundamentalmente basados en la producción de datos vía reportes factoranalizables. Y entre otras cosas, los mismos sugieren que la gente fuma por un número disímil de razones que van desde regular estados emocionales internos y producir reacciones emocionales positivas hasta minimizar estados emocionales negativos o lograr estimulación y producir placer, pasando por reducir tensiones, aligerar la ansiedad social, reducir la adicción psicológica, conformar con "requisitos" sociales imperantes, relajarse o, simplemente, por hábito (Leventhal y Avis, 1976; Leventhal y Cleary, 1980). Generalmente en tales reportes, las funciones del fumador son adecuadamente registradas, de tal modo que aquellas condiciones que estimulan el hábito son identificadas confiablemente. Pero es bueno agregar que las relaciones entre reporte y conducta no siempre son perfectas: muchos fumadores tienen una percepción no del todo confiable de los mecanismos que subrayan su conducta de fumar y generalmente tienden a verla simplemente como un hábito.

El enfoque farmacológico luce centrado en la localización de aquellos agentes químicos específicos (que, o están en el cigarrillo, o se generan en su combustión) responsables tanto por la dependencia como por el daño que el hábito produce, tratando, al mismo tiempo, de generar antídotos para enfrentarlo. Además de la nicotina, el humo del cigarrillo transporta cerca de una docena de gases (especialmente monóxido de carbono) y alquitrán. El contenido de alquitrán puede variar desde unos 15 mg en un cigarrillo regular a 7 mg en uno con poco contenido y puede generar en el fumador tasas altas de cáncer pulmonar, enfisema o afecciones bronquiales. El monóxido de carbono aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares. En el cigarrillo se han identificado más de 4.000 componentes químicos individuales, de los cuales unos 2.500 provienen del tabaco no adulterado. Los restantes son aditivos, pesticidas y sustancias orgánicas y metálicas, de tal modo que cada vez que el humo de un cigarrillo es aspirado, el pulmón del fumador se pone en contacto directo con una gran cantidad de agentes irritantes y oxidantes, además de gran variedad de toxinas y sustancias cancerígenas.

La nicotina ha sido el candidato más útil para explicar la dependencia, aunque no está del todo claro cómo es que el alcaloide la produce. Dentro del enfoque farmacológico hay tres modelos que explican la efectividad de la nicotina en el mantenimiento de hábito: el modelo de efectos fijos, el de regulación nicotínica y el modelo de múltiple regulación.

El modelo de efectos fijos asume que fumar es una conducta reforzada porque la nicotina estimula centros específicos del sistema nervioso que conducen a: aceleración del ritmo cardíaco, reducción del potencial cortical producido por estímulos externos, cambios en los niveles de neuroaminas y relajación muscular esquelética al actuar sobre las células de Renshaw. Algunos de estos efectos son producidos por la acción de la nicotina sobre el nivel de catecolaminas circulante (Dunn, 1973; Gilbert, 1979).

Los efectos suelen ser agudos en su naturaleza, de modo que desaparecen cuando la nicotina es retirada. El hecho de que sean efectos a corto plazo puede servir para explicar el repetido uso inicial del cigarrillo, pero no para decirnos por qué la extraordinaria persistencia del hábito y el fracaso de mucha gente para evitar reto-marlo cuando ya lo han abandonado. Por lo demás, el escaso éxito logrado por terapias conductuales para lograr el abandono a largo plazo del hábito, sugiere que el modelo no describe adecuadamente los mecanismos que subrayan y controlan la conducta de fumar.

El modelo de regulación nicotínica asume que fumar sirve para controlar el nivel de nicotina presente en el medio interno y que el hábito es estimulado cuando esos niveles bajan. El modelo predice que la conducta de fumar ocurrirá cuando el nivel de nicotina circulante se coloque por debajo de un punto "óptimo". Y que mantener ese nivel es lo que desencadena y mantiene la conducta. Los argumentos en favor del modelo son varias: cuando los fumadores cambian desde cigarrillos de alto contenido nicotínico a cigarrillos de baja nicotina, entonces fuman más, consumen porciones mayores del cigarrillo, adquieren cigarrillos más largos e inhalan más profundamente. Cuando los fumadores ingieren dosis orales de nicotina se observan reducciones promedio de 2 cigarrillos diarios. La conclusión es que los individuos fuman no para regular el estrés, reducir la ansiedad o el aburrimiento sino para regular el nivel de nicotina presente en el organismo (Schachter, 1977).

El modelo no explica cómo se alcanza el punto "óptimo" ni por qué las desviaciones producidas generan un deseo casi automático de fumar. Y tampoco es capaz de explicar cuestiones como las siguientes: poco tiempo después de que el fumador cesa en su hábito, los niveles de nicotina están en cero, pero muchos fumadores reinstalan la conducta de fumar rápidamente; hay fumadores que fuman cigarrillos de lechuga, absolutamente carentes de nicotina; la dificultad para dejar el cigarrillo es mayor cuando el individuo se halla bajo estrés; la ingestión oral de nicotina no produce bajas sustanciales en el consumo de cigarrillos

Tales dificultades parecen ser enfrentadas por el modelo de múltiple regulación (Solomon y Corbit, 1973) cuya declaración central asume que la clave para el hábito es la regulación emocional, y que los desvíos que se producen desde un estado de homeóstasis emocional suelen ser la causa que lo dispara. Pero el modelo también asume que los niveles de nicotina son regulados porque hay ciertos estados emocionales condicionados a esos niveles en diferentes contextos. Y que los fumadores empedernidos y dependientes regulan sus niveles de nicotina porque una caída en los mismos estimula el deseo insoportable de fumar.

Según el modelo hay otros estímulos externos que pueden generar también idéntica reacción disfórica, como en el caso del joven socialmente ansioso y con alta necesidad de afiliación, que fuma para lograr sentimientos de seguridad. Cuando el cigarrillo es retirado, la ansiedad reaparece. Y justamente al declinar los niveles de nicotina ocurre un condicionamiento entre la emoción negativa y las sensaciones corporales derivadas de la caída del nivel nicotínico (desaceleración del ritmo cardíaco, por ejemplo). De modo que el deseo de fumar no se debe a bajas en los niveles de nicotina presentes en el organismo sino más bien al condicionamiento que ocurre entre esas sensaciones derivadas y ciertos afectos negativos ambientalmente estimulados (Solomon y Corbit, 1973).

En resumen, ¿qué?

El acto de fumar, entonces, genera un estado positivo que cancela los efectos negativos de la ansiedad o, al menos, facilita la aparición de

reacciones que ayudan al individuo a lograr adaptación a situaciones específicas hedónicamente negativas. Según esto, al fumar ocurre un incremento de la actividad neural muy útil en la generación de un estado de alerta que promueve adaptaciones ante situaciones intelectualmente estresantes. Fumar induce inhibición muscular y la consiguiente relajación ayuda a controlar emociones como el miedo y la ira en situaciones amenazantes (Leventhal y Cleary, 1980).

Tal vez esto explique porqué los individuos que fuman para regular fuertes afectos negativos experimentan más rápidamente el deseo de fumar y tienen dificultades mayores para dejar el hábito. Una implicación terapéutica de lo mismo sería que si se logra producir una disociación o alteración abrupta en el esquema emocional asociado con el hábito, ello ayudaría seguramente a romper el patrón de adicción al cigarrillo. Y es muy probable que la disociación se produzca naturalmente en casos en los cuales ocurren genuinas reducciones en el estrés vital que faciliten una merma en el fondo emocional negativo del individuo...

Las interpretaciones anteriores sugieren que las condiciones que subrayan el cambio desde el fumador moderado al fumador empedernido también suponen un desplazamiento en los objetivos de la regulación. Según ha sido visto, al inicio el cigarrillo regula respuestas emocionales desencadenadas por estrés ambientalmente inducido. Luego, la regulación es por el deseo insoportable de fumar condicionado a señales externas (alcohol u otros fumadores). Finalmente, el objetivo de la regulación son el deseo y la ansiedad que producen las alteraciones en los niveles de nicotina en la sangre. En cualquier caso, la regulación emocional es un aspecto central del proceso de dependencia, de modo que el individuo no fuma para mantener en un punto "óptimo" el nivel de nicotina, sino para suprimir la ansiedad que produce la caída de ese nivel (Leventhal y Cleary, 1980).

Ya hemos indicado que el hábito de fumar ha sido enfrentado utilizando distintas estrategias. Si se revisan los manuales de ayuda para fumadores, el espectro de procedimientos incluye el control de estímulos, recompensas, autocastigo, técnicas aversivas, intervenciones cognitivas, información sobre los riesgos de fumar o inserción de conductas incompatibles (Glasgow, 1978; Harris y Rothburg, 1972). Algunas de las técnicas empleadas para suprimir el hábito, en lugar de ayudar, en realidad representan serios riesgos para el fumador.

Una de estas es la desarrollada por Lichtenstein y otros (1973) consistente en hacer que el individuo fume la marca de cigarrillo usual de modo rápido y continuo, practicando una inhalación cada 6 segundos, hasta que no más fumadas puedan tolerarse.

Quienes aplican el procedimiento no han aclarado si la aversión se produce debido a la intoxicación por nicotina o por efectos de la irritación local de la boca y el tracto respiratorio. Por otra parte, el procedimiento supone absorción excesiva de nicotina y monóxido de carbono. La nicotina aumenta las demandas de oxígeno del músculo cardíaco y la carboxihemoglobina (COHb) mengua su disponibilidad. La COHb interfiere en el poder de bombeo y en la eficiencia general del músculo, lo cual conduce a un deterioro mayor en la provisión de oxígeno. Y cuando el músculo cardíaco carece de oxígeno, la nicotina y la COHb reducen el umbral de fibrilación ventricular, lo cual incrementa el riesgo de una pérdida fatal del ritmo (Russell y otros, 1978).

Todo lo anterior resulta especialmente significativo cuando se examina el porcentaje de fumadores que reinciden después de aplicado el procedimiento (las reducciones al final del tratamiento con técnicas aversivas nunca han superado el 60% y el nivel típico de reincidencias ha sido de un 75%). Los hallazgos derivados de la aplicación de tal procedimiento continúan siendo muy contradictorios, pero parece que el método resulta especialmente útil en sujetos relativamente jóvenes y asintomáticos. La evaluación del procedimiento suele ser bastante complicada debido a que se le incluye como parte de paquetes múltiples en los cuales no es posible verificar su contribución por separado.

Las alternativas empleadas para intentar sustituir el fumar rápido y continuo lo que intentan es mantener un nivel elevado de eficiencia terapéutica, minimizando los riesgos que el método supone. Una de las variaciones intentadas (fumar en proporciones normales mientras el sujeto es instruido para concentrar su atención en las sensaciones negativas) apenas resultó efectiva a corto plazo. Otra variación, consistente en mantener el humo del cigarrillo en la boca por períodos especificados de tiempo, sin inhalarlo, reveló solamente un 33% de abstinencia en los seis meses siguientes. Y el uso de goma de mascar impregnada de nicotina ha producido tasas de abstinencia de hasta 63% en los 6 meses siguientes, pero ciertas condiciones como el embarazo y la enfermedad cardiovascular limitan su uso (Horan, 1977).

Los programas combinados han sido utilizados ampliamente y a veces con la inclusión de un componente aversivo. La mayoría de tales programas incluyen relajación, manejo del estrés, técnicas de autocontrol, etc., algunos de los cuales son procedimientos que se han revelado moderadamente efectivos cuando se emplean por separado. Los resultados, sin embargo, no han sido del todo promisorios (Elliot y Douglas, 1978; Glasgow, 1978; Lando, 1977; Stevens y Hollis, 1989).

Hasta ahora la mayoría de los esfuerzos han sido concentrados en el problema de suspensión del hábito y los mejores resultados, aparentemente, se han logrado con el uso de estrategias conductuales. Si aceptamos la etiología del hábito tal como ha sido propuesta, y enfatizamos el papel desempeñado por las distintas formas de presión social en su adquisición, los esfuerzos más consistentes debieran dirigirse a la prevención, lo cual pudiera traducirse en el desarrollo de programas a gran escala para "inocular" a niños y adolescentes contra los efectos futuros de tales procesos de influencia, tratando, por un lado, de plantear estrategias capaces de enfrentarlos y, por el otro, haciendo más real e inmediato el conocimiento de los efectos fisiológicos que el hábito produce.

Lo anterior supone un análisis detenido de las condiciones ambientales precursoras del hábito, incluyendo los patrones de influencia social determinantes. Supone también un examen de los efectos patogénicos del estrés psicosocial y de qué manera el apoyo social puede ser útil en la redención del fumador empedernido. Y, finalmente, supone profundizar el problema de la reincidencia, pero enfatizando el estudio detallado de las características personales del individuo reincidente y no el proceso en sí mismo. La idea es establecer con precisión las verdaderas diferencias entre quienes son capaces de abandonar definitivamente el vicio y quienes no pueden renunciar a él. Y muy probablemente la clave esté en el análisis de los esquemas emocionales asociados con el hábito.

El abandono del hábito debe ser gradual debido a que los síntomas de abstinencia son menos graves en quienes lo hacen poco a poco que en quienes dejan de fumar de repente. La tasa de recaída es mayor en las primeras semanas, pero se reduce mucho luego de tres meses. La combinación de farmacoterapia y psicoterapia (con inclusión de apoyo psicológico y adiestramiento para enfrentar situaciones de alto

riesgo) parece ser el tipo de intervención que produce las tasas de abstinencia más altas a largo plazo. La tasa de éxito del tratamiento con chicle de nicotina varía mucho entre un estudio y otro, pero parece ser una manera bastante inocua de facilitar el abandono del hábito si su empleo se hace de acuerdo a las instrucciones y se facilita bajo supervisión médica. El empleo de los parches transdér-micos de nicotina (un tipo de parche cutáneo que suministra al usuario una cantidad relativamente constante de nicotina) es otro de los medios auxiliares usados para ayudar al fumador a mantener la abstinencia y evitar la recaída mientras se somete a tratamiento (1999. US Department of Health and Human Services).

Bibliografía

- American Cancer Society. (1963). *Cigarette smoking and lung cancer.* New York: American Cancer Society.
- American Cancer Society. (1964). *Can we help them stop?* Chicago. American Cancer Society. Illinois Division.
- Baker, T. B. y M. C. Fiore. (1992). Elvis is alive, the mafia killed JFK, and smoking is good for you. *Contemporary Psychology, 37*(10), 1014-1016.
- Berecz, J. 1973. Modification of smoking behavior through self - administered punishment of imagined behavior. *J. of Couns. and Clinical Psych., 38*, 244-250.
- Bernstein, D. A. (1969). Modification of smoking behavior: A review. Psych. *Bulletin, 71,* 418-440.
- Borio, G. 1999. Página web: http://www. tobacco.org.
- Burling, T. A. (1989). Computerized smoking cessation program for the worksite: Treatment outcomes and feasibility. *J. of Counseling and Clinical Psych., 57* (5), 619-622.
- Dunn, W. Jr. (Ed.). (1973). Smoking behavior: *motives and incentives.* Washington, D.C.: Winston.
- Elliott, Ch. A. y Douglas R. Denney. (1978). A multiple component treatment approach to smoke reduction. *J. of Consulting and Clinical Psych., 46*(6), 1330-1339.
- Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, personality and stress.* New York: Springer-Verlag.
- Ford, S. y Ederer, F. (1965). Breaking the cigarette habit. *J. of the Am. Medical Ass., 194,* 139-142.
- Gilbert, D. (1979). Paradoxical tranquilizing and emotion reducing effects of nicotine. *Psych Bull., 86*(4), 643-661.
- Glasgow, R. E. (1978). Effects of a self-control manual, rapid smoking and amount of therapist contact on smoking reduction. *J. of Consulting and Clinical Psychology, 46*(6), 1439-1447.
- Gorsuch, R. L. y Butler, M. C. (1976). Initial drug abuse: A review of predisposing social psychological factors. *Psych. Bull., 83*, 120-137.
- Harris, M.B. y Rothburg, C.A. (1972). A self-control approach to reducing smoking. *Psych. Reports, 31,* 165-166.
- Horan, J. J. (1977). Rapid smoking: A cautionary note. *J. of Cons. and Clin. Psych., 45,* 344-347.
- Hunt, W. A. y Matarazzo, J. D. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. *J. of Abnormal Psychology, 81,* 107-114.

- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190,* 912-914.
- Lando, H. A. (1975). A comparison of excessive and rapid smoking in the modification of chronic smoking behavior. *J. of Counseling and Clinical Psych., 43,* 350-355.
- Lando, H. A. (1977). Successful treatment of smokers with a broad spectrum behavioral approach. *J. of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 361-366.
- Leventhal, H. y Avis, N. (1976). Pleasure, addiction and habit: Factors in verbal report on factors in smoking behavior. *J. of Abnormal Psych., 85,* 478-488.
- Leventhal, H. y Cleary, P. D. (1980). The smoking problem. *Psych. Bulletin, 88*(2), 370-405.
- Lichtenstein, E. (1982).The smoking problem: A behavioral perspective. *J. of Cons. and Clin. Psych., 50*(6), 804-819.
- Lichtenstein, E., Harris, D. E., Birchler, G. R., Wahl, J. M. y Schmahl, D. P. (1973). A comparison of rapid smoking, warm, smoky air and attention placebo in the modification of smoking behavior. *J. of Cons. and Clin. Psych., 40,* 92-98.
- Mausner, B. (1973). An ecological view of cigarette smoking. *J. of Abnormal Psychology, 81,* 115-126.
- Owen, L., McNeill, A. y Callum, Ch. (1998).Trends in smoking during pregnancy in England: quota sampling surveys. *British Medical Journal, 317*, 728-730.
- Russell, M. A. H., Martin R. y C. Taylor. (1978). Blood nicotine and carboxihemoglobine levels after rapid smoking aversion therapy. *J. of Cons. and Clinical Psych., 46*(6), 1423-1431.
- Sarbin, T. & Nucci, L. P. (1973). Self-reconstruction processes: A proposal for recognizing the conduct of confirmed smokers. *J. of Abnormal Psych., 81,* 182-195.
- Schachter, S. (1977). Nicotine regulation in heavy and light smokers. *J. of Experimental Psych., 106,* 512.
- Solomon, R. L. y Corbit, J. D. (1973). An opponent-process theory of motivation: II. Cigarette addiction. *J. of Abn. Psych., 81,* 158-171.
- Stevens, V. J. y Jack, F. Hollis. (1989). Preventing smoking relapse using an individually tailored skills-training technique. *J. of Cons. and Clin. Psych., 57*(3), 420-424.
- The Royal College of Physicians of London. (1962). *Smoking and health.* New York: Pitman.

- Tomkins, S. S. (1966). Psychological model for smoking behavior. *American J. of Public Health, 56*(2), 17-20.
- Wagner, M. K. y Bragg, R. A. (1970). Comparing behavior modification approaches to habit decrement smoking. *J. of Cons. and Clin. Psych., 34,* 258-263.

capítulo 8

Cambios motivacionales post infarto

Luis Esqueda T.

El presente trabajo describe algunas características psicológicas de una muestra constituida por veintiuna personas afectadas por un infarto cardíaco y cuya entrevista fue realizada en la fase recuperativa (de 5 a 30 días después del accidente cardiovascular). Se utilizaron los reactivos Levenson, Mehrabian, Dises y Ansilet, para determinar el grado de internalidad, necesidad de logro, esperanza activa y pasiva, así como el grado de ansiedad percibida por los enfermos. Los puntajes fueron comparados con los resultados obtenidos en muestras de personas no enfermas, encontrándose que el grupo bajo análisis ofrece puntajes considerablemente más críticos, destacándose una caída importante en los puntajes de internalidad, logro y esperanza activa, mientras que los puntajes de ansiedad y esperanza pasiva aumentan en forma concomitante.

Estudios epidemiológicos (Brand, Rosenman, Sholtz y Friedman, 1976; Dawber y Kannel, 1961) han puesto en evidencia la asociación existente entre la enfermedad cardiovascular y algunos factores de riesgo. Por ejemplo, la edad (a mayor edad, mayor probabilidad de ocurrencia), el sexo (los hombres son más proclives que las mujeres), la herencia, la hipertensión, el colesterol elevado, el hábito de fumar, la inactividad física, la obesidad y la diabetes mellitus. Publicaciones más recientes han agregado a esa larga lista, otros factores bajo la denominación común de *factores psicosociales de riesgo*: la activación conductual intensa, también conocida como

el patrón conductual tipo A (Friedman and Rosenman, 1959); la sobrecarga de trabajo o estrés (Jenkins, 1982); los desórdenes emocionales crónicos (Jenkins, 1983); la rabia y la hostilidad (Matthews, Glass, Rosenman and Bortner, 1977), así como la ansiedad y el neuroticismo (Costa, 1986).

Con algunas excepciones (el caso de la edad, el sexo y la herencia), los factores de riesgo citados arriba, pueden ser considerados como factores directa o indirectamente ligados a la conducta de los individuos. Por ello, podría decirse que la enfermedad cardiovascular es, en esencia, una enfermedad de la conducta o producida por el ambiente en el cual se ejecuta esa conducta.

Aunque la afirmación anterior es realmente provocadora (especialmente para el enfoque exclusivamente médico-biológico), su contenido no deja de tener un fuerte asidero en la realidad. Cuando se observa la conducta del individuo, muchos de los factores de riesgo ya nombrados se encuentran bajo su control directo o indirecto. El colesterol elevado, la inactividad física, el consumo de cigarrillos, la obesidad, los desórdenes emocionales, la rabia, la hostilidad, la ansiedad, la sobrecarga de trabajo, el estrés, la presión del tiempo (uno de los rasgos que mejor caracteriza el patrón conductual tipo A), todos ellos pueden ser modificados si el individuo se lo propone.

Quizás sea por esta última razón que los estudios psicosociales que buscan explicar la conducta del hombre ante la enfermedad y los eventos adversos (área que se conoce hoy como psicología social de la salud), han adquirido mayor vigencia y popularidad en la mayoría de los países industrializados. Las investigaciones, las teorías y, en general, la literatura especializada en el área, han crecido en una forma vertiginosa. La mayoría de los estudios adelantados hasta ahora se centran en las características de personalidad (tipo A contra tipo B "behavior", por ejemplo), en los mecanismos psicológicos que permiten ajustarse y retomar el control después de un evento adverso, en los procesos y mecanismo cognitivos que los individuos usan para explicar los acontecimientos (procesos atribucionales), pero pocos estudios han sido dedicados a describir la forma cómo el enfermo cardiovascular se autopercibe después de un infarto y qué ocurre en aspectos esenciales de su personalidad como la motivación.

A nivel nacional los estudios adelantados para comprender los procesos psicológicos presentes en los enfermos, desde la perspectiva

motivacional, son muy escasos. En la mayoría de los casos, sólo se conocen los reportes clínicos de los propios médicos tratantes, quienes han podido notar la consistencia y sistematicidad de las reacciones psicológicas de los enfermos.

Se sabe que el infarto posee poderes devastadores en la personalidad de los individuos. Una de las primeras consecuencias del infarto es una revaloración de la experiencia pasada, acompañada de un pasajero pero agudo sentimiento de culpa y una casi irresistible depresión. Otra consecuencia psicológica del infarto es el desarrollo de un sentimiento personal de impotencia. La literatura foránea abunda en demostraciones de esta índole, pero a nivel nacional poco se sabe sobre cómo reacciona la población venezolana. En el presente caso, se trata de utilizar ciertos indicadores que podrían ofrecer alguna luz sobre este tipo de reacciones.

Método

Sujetos: veintiún infartados que habían sufrido el accidente cardiovascular en un período inferior a un mes, fueron entrevistados en dos sesiones. El número de personas entrevistadas dependió única y exclusivamente del período escogido y de encontrarse bajo el efecto del primer infarto. No se excluyó ningún paciente por razones de edad, sexo, ocupación u otra causa. Una sola persona se negó a participar en el estudio aduciendo extrema fatiga.

Procedimiento: contando con la colaboración de las Unidades de Cardiología del Hospital Universitario de Los Andes, el Hospital de Seguros Sociales de Valera y dos clínicas privadas de Barquisimeto, en cada oportunidad que se registraba un ingreso por accidente cardiovascular, se solicitaba al paciente su participación en el estudio, en el momento en que él considerara más oportuno para atender la entrevista.

Una auxiliar de investigación, debidamente entrenada, visitaba al paciente y procedía a la aplicación de un primer grupos de reactivos psicológicos. La sesión de trabajo se suspendía en cuanto la persona manifestaba cansancio o inatención. Una segunda entrevista era concertada y, en esa oportunidad, el resto de los instrumentos de medida terminaban de ser administrados. En todos los casos, a los pacientes

se les explicó el objetivo del estudio, se les leyeron las instrucciones de los reactivos y, si la persona lo solicitaba, la auxiliar registraba directamente las respuestas.

Se utilizaron la escala I.E. de Levenson para medir internalidad (versión Romero García. 1979); la escala Mehrabian parra medir necesidad de logro (versión Salom de Bustamante, 1981); la escala Dises para medir esperanza activa y pasiva (Morales de Romero, 1988) y el cuestionario Ansilet, para medir ansiedad general (Esqueda Torres, 1990).

Resultados

La edad promedio de la muestra encuestada fue de 57 años (rango 42-73). En total, fueron entrevistados 15 hombres y 6 mujeres. En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en los diferentes reactivos utilizados. Igualmente se muestran, a título de comparación, los resultados de otras muestras.

La Tabla 1 muestra, con bastante claridad, la diferencia sistemática de los puntajes obtenidos por el grupo de infartados con relación a otras dos muestras, una, perteneciente a trabajadores de la industria petrolera y, la otra, constituida por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

tabla 1

	Infartados		Petroleros		Estudiantes	
Variables						
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Internalidad	10,00	13,00	18,26	8,17	16,22	6,87
Logro	6,00	47,00	42,15	9,45	38,54	19,45
Esp. Activa	54,00	16,00	65,51	10,53	60,24	6,85
Esp. Pasiva	79,00	13,00	58,86	19,90	62,34	9,07
Ansiedad	112,00	46,00			44,59	17,85
n	**21**		**91**		**109**	

Se puede observar que los puntajes en *Internalidad total*, es decir, la percepción que tiene la persona de que controla su conducta y los resultados concomitantes a esa conducta, son, en promedio, siete puntos por debajo de las otras dos muestras. Una prueba t para n desiguales realizada para comparar la diferencia entre la media del

grupo de los infartados y el grupo de trabajadores petroleros indica que esa diferencia es estadísticamente significativa, t (110)= 2,78, p< .01.

Cuando se examina el puntaje en logro personal, la caída es más dramática: un poco más de 31 puntos de diferencia puede ser fácilmente observado. La prueba t, para los grupos ya señalados, arrojó el resultado siguiente: t (110)=3,45, p<.01.

En cuanto a la medida de *esperanza activa*, la desventaja de los infartados, con relación a las otras dos muestras, es de casi 9 puntos, t (110)= 3,14, p< .01. En *esperanza pasiva*, por el contrario, se puede observar un puntaje ganancia superior a 18 puntos, t (110)= 6,58, p< .001. Lo mismo ocurre con *ansiedad* (cuyo único punto de comparación es la muestra de estudiantes). En efecto, la diferencia en ansiedad entre los infartados y los estudiantes es cercana a los 68 puntos, t(128)=6,62, p<.001.

Discusión

Los datos reportados en cuanto a edad y sexo corroboran en forma bastante clara la información destacada en la parte teórica de este trabajo en torno a la incidencia de la edad y el sexo sobre la ocurrencia de los accidentes cardiovasculares. La edad promedio de los infartados es elevada y, en la práctica, dos de cada tres entrevistados fueron hombres. Desde ese punto de vista, la muestra se ajusta a las predicciones usuales en la materia.

En cuanto a la percepción de control (Internalidad), resulta interesante destacar su disminución. La ocurrencia del infarto parece afectar la opinión que el individuo posee sobre el control de su conducta y del ambiente. Sin embargo, es oportuno señalar que la disminución no es dramática, si se considera lo que ocurre con las otras variables.

En necesidad de logro, prácticamente se puede hablar de "descalabro". En la gran mayoría de las muestras, la media nacional gira en torno a 35 puntos. La muestra de infartados baja drásticamente a 6. Ello parecería indicar que el accidente cardiovascular rompe los proyectos personales y coloca al individuo en una actitud de espera incierta donde no hay cabida para imaginar caminos nuevos y desafiantes a largo plazo.

Esta deducción se ve apoyada por los puntajes reportados, tanto en esperanza activa como pasiva. Se puede notar el efecto de inversión que ocurre después del infarto. La esperanza pasiva pasa a dominar el cuadro de funcionamiento psicológico. El individuo se coloca en una postura defensiva, protectora, en la que la iniciativa y la postura intervencionista propia de la esperanza activa, cede el paso a una actitud conservadora.

Este resultado permite destacar la movilización de los recursos psicológicos del individuo en situación de crisis aguda. Podría decirse que la persona "activa", utiliza, la esperanza pasiva, como apoyo, como barrera protectora, para evitar el total descalabro psicológico. En esa medida, la esperanza pasiva surge como un recurso efectivo de ayuda que debe ser estudiado con mayor detenimiento.

Finalmente, los puntajes en ansiedad reflejan directamente el proceso descrito. Puede afirmarse que la ansiedad irradia todas las esferas y domina el pensamiento del infartado. La ansiedad es verdaderamente generalizada y reproduce el patrón reaccional descrito al principio del papel sobre el efecto depresivo que tradicionalmente se observa en la fase postinfarto.

Resultará difícil decidir aquí, dentro de las limitaciones de un estudio descriptivo, cuál variable predomina y contamina el resto del proceso de reorganización psicológica que el infarto genera. Puede avanzarse, sin embargo, que ante la situación de alarma y de peligro, pareciera que el sistema de defensa psicológica se repliega a posiciones más conservadoras (aumento de la esperanza pasiva), desarrollando (o incrementando) las creencias en la externalidad, disminuyendo las expectativas de logro y de esperanza activa; exacerbando la ansiedad generalizada que, en este caso, puede interpretarse como un mecanismo de alerta ante cualquier otra eventualidad de peligro.

Bibliografía

- Brand, R, J., Rosenman, H, R., Sholtz. I. y Friedman M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham Study. *Circulation, 53,* 348-355.
- Costa, P. T. Jr. (1986). Is neuroticism a risk factor for CAD? Is Type a measure of neuroticism? In T. Schmid, T. Dembroski y G. Blumchen (Eds.) *Biological and psychological factors in cardiovascular disease* (pp. 85-95). N. Y.: Springer-Verlag.
- Dawber, T. y Kannel, W. (1961). Susceptibility to coronary heart disease. *Modern Concepts in Cardiovascular Disease, 30,* 671-676.
- Esqueda Torres, L. (1990). *Ansilet, una escala para medir ansiedad general. Estudio Técnico.* Centro de Investigaciones Psicológicas (sin publicar).
- Friedman, M, and Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus seniles, and clinical coronary artery disease. *J. of the Am. Medical Assoc., 169,* 1286-1296.
- Jenkins, C. D. (1983). Psychological and behavioral factors. In N. Kaplan y J. Stamler (Eds.). *Prevention of Coronary Heart Disease* (pp. 98-112). Philadelphia, PA.: Saunders.
- Matthews, K. A. Glass, D. C., Roseman, R. H. and Bortner, R. W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some data from the western collaborative group study. *J. of Chronic Dis., 30,* 489-498.
- Morales de Romero, M.(1988). Hope and outcome anticipation. Doctoral Dissertation, University of Massachusetts.
- Romero García, O. (1979). Efectos de cambios en locus de control sobre rendimiento académico. Mérida: Laboratorio de Psicología, Publicación 1.
- Salom de Bustamante, C. (1981). Necesidad de logro, locus de control y rendimiento académico. Mérida: Laboratorio de Psicología, ULA. Publicación 19.

capítulo 9

El asma y las emociones

Silvana D'Anello K.

Incidencia del asma

El asma ha sido considerada como el desorden crónico más común durante la niñez (Lee, Winslow, Splight y Hey, 1983), cuyas morbilidad y mortalidad están dramáticamente en aumento tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Lehrer, 1998; Sly, 1988). En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad debida al asma en personas de 5 a 34 años ha aumentado de 0,8/100,000 en 1977 a 1,5/100.000 en 1984 (Weiss, 1990). Se estima que entre 5% y 10% de los niños menores de 12 años padecen de asma, de los cuales, aproximadamente 3%, la presentan en estado moderado y severo (Gergen, Mullally y Evans, 1988; Weinstein, 1987). Entre las enfermedades crónicas, el asma es causa principal responsable de un 20-25% del ausentismo escolar en escuelas norteamericanas. Igualmente en Estados Unidos, esta enfermedad es la primera causa de hospitalización de niños (Caña, 1986). Los datos recientes son realmente alarmantes. Se estima que aproximadamente 14 millones de norteamericanos están afectados por el asma y anualmente se invierten 6 billones de dólares en dicha enfermedad. En Canadá, la proporción de admisión a los hospitales y de muerte debidas al asma, fue más alta en el período 1982-84 que en el período 1970-72. Esta tendencia ha sido confirmada en otros países, notablemente en Nueva Zelanda (Jackson, Beaglehole y Rea, 1982), Australia (Paterson y Musk,

1987) y Gran Bretaña (Anderson, Bailey y West, 1980). En Venezuela, desafortunadamente no se cuenta con cifras de prevalencia, hospitalización y mortalidad; sin embargo, nuestra realidad no escapa a esta panorámica mundial (Rangel, 1990).

La naturaleza del asma

El asma se define a menudo como episodios recurrentes de disnea, caracterizados por un aumento significativo de la resistencia al flujo del aire y seguidos por períodos libres de síntomas. Según la American Thoracic Society (1962) es un desorden tipificado por una respuesta exagerada de las vías respiratorias a diferentes estímulos que pueden inducir broncoconstricción e inflamación. Su condición crónica puede imponer restricciones considerables en los aspectos físicos, emocionales y sociales de la vida de los pacientes y su familia. Desde el punto de vista médico, se piensa que fundamentalmente dos factores precipitan la disnea. El primer factor es una constricción bronquial de tipo alérgica, y el segundo es hiperactividad bronquial. Estos dos factores contribuyen de diferentes maneras a las manifestaciones del asma en distintos individuos (Steptoe, 1984).

Chai (1975) caracteriza al asma como una obstrucción intermitente, no constante y reversible de las vías respiratorias. Renne y Creer (1985) señalan que nadie parece capaz de llegar a una definición consensual del desorden, y consideran que cualquier descripción del asma incluiría los conceptos de intermitencia, severidad y reversibilidad. Intermitencia significa que los ataques sufridos por un paciente tendrán una base aperiódica. Así, aunque un niño asmático puede sufrir un estallido de ataques en un período de tiempo breve, puede permanecer sin manifestaciones asmáticas por períodos que pueden extenderse por meses o años. Otro niño puede sufrir de ataques durante todo un año. Estos autores ofrecen, además, una clasificación del asma según los desencade-nantes: (1) asma extrínseca, cuando el asma sólo está presente durante una época particular del año. Por ejemplo, el niño que sólo sufre de asma durante ciertas estaciones; y (2) el asma intrínseca (también llamada "perenne") cuando los estímulos, generalmente fisiológicos, precipitan ataques a lo largo del año. En este caso, la información con respecto a los desencadenantes del asma está menos clara.

Los ataques de asma también varían en severidad y pueden ser distintos de paciente a paciente o de episodio a episodio en el mismo paciente. Y pueden ser episodios leves o fuertes. Como resultado de la severidad variable en los mismos pacientes, existe un problema para la predicción y la preparación para los ataques de asma, problema que involucra tanto al niño como a los padres y al personal médico, de modo que el manejo del ataque tiene que cambiar dependiendo de la severidad, y estos cambios pueden llevar a reacciones inapropiadas (Renne y Creer, 1985). Los síntomas son igualmente variados, e incluyen problemas para respirar, dolor de pecho, dolor de garganta, tos y fatiga (Lemanek, 1990). El concepto de Reversibilidad supone que la obstrucción de la vía respiratoria correspondiente a un ataque de asma puede cesar espontáneamente o con tratamiento adecuado.

Según Pealman (1984) hay evidencias de predisposición genética en el desarrollo de las diferentes formas de asma. Los resultados reportados muestran un predominio más alto del desorden en familias de pacientes con asma, comparadas con familias control noasmáticas (Sibbald, 1980). Sin embargo, tener simplemente una vulnerabilidad genotípica no produce, ineludiblemente, una expresión fenotípica. Refiriéndose a la inmunopatogenia del asma, Rangel (1990) señala que "la condición genética subyacente en la gran mayoría de los pacientes asmáticos conocida como atopía constituye algo así como la esencia de la enfermedad, aún cuando el gen y los mecanismos de su expresión no se conocen en detalle. Atopía puede entonces considerarse como la predisposición transmitida genética-mente, para responder a numerosos agentes inhalatorios ambientales mediante la inmunoglobulina, cuya presencia es indispensable para disparar complicados mecanismos bioquímicos responsables de los síntomas de la enfermedad" (p. 503).

Recientemente, Mrazek, Klinnert, Mrazek y Macey (1991) han propuesto cuatro clases de factores de riesgo ambientales que tienen el potencial de afectar la activación del gen. Primero, las infecciones virales respiratorias, las cuales parecen preceder el ataque de asma en una muestra de niños con riesgo genético para el desarrollo del asma. Una segunda clase de activadores ambientales potenciales la constituyen la amplia gama de antígenos específicos que pueden entrar en contacto con los componentes inmunorregulatorios del sistema inmunológico. La tercera clase son los irritantes noantigéni-

cos, siendo el humo la substancia ampliamente considerada en esta categoría. Finalmente, en la cuarta clase de activadores se incluye el estrés emocional. Según los autores, el mecanismo para el impacto de estos estresores en la expresión genética aún no se ha determinado. Una posibilidad es que el estresor podría producir un cambio en el equilibrio del tono autónomo que conllevaría a una sensibilidad bronquial aumentada. Otra hipótesis es que el estresor podría tener un efecto regulador en la modulación de la función inmune. Asociaciones entre las tres primeras clases de factores de riesgo y el desarrollo de asma han sido ampliamente documentadas.

Aspectos psicosociales y asma

La investigación psicosocial reciente ha ido mostrando que probablemente todos los sistemas orgánicos o los mecanismos de defensa homeostáticos son influenciados por eventos psicosociales. Los estresores psicosociales pueden tener un impacto fuerte en el inicio y mantenimiento de variados desórdenes somáticos. Ellos pueden influir en el sistema inmunológico y, por lo tanto, aumentar la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas o alérgicas.

El asma también se ha descrito como un desorden crónico producto de una reacción psicofisiológica al estrés (Bieliauskas, 1982). Otros investigadores se han referido al asma como una enfermedad familiar (Hookham, 1985). Hay pocas dudas acerca de que la dinámica familiar está muy asociada a la manifestación de síntomas asmáticos en el niño, razón por la cual el asma debe verse como una enfermedad orgánica que puede ser exacerbada por estímulos socioemo-cionales tales como el estrés dentro de la familia (Creer,1982; Matus, 1981; Mrazek y Klinnert, 1988). Y existe poca discordancia entre los investigadores acerca de que los factores individuales y familiares tienen el potencial de influenciar y ser influenciados por la naturaleza y curso del asma en el niño.

Los estudios sobre muertes por asma entre los niños han centrado la atención en factores psicológicos que puedan estar implicados en la mortalidad por asma. Estos estudios han incluido variables tales como trastorno familiar, adhesión a la medicación, autocuidado, descalificación de síntomas percibidos, conflictos familiapersonal médico

y reacción ante la separación (Birkhead, Attaway, Strunk, Townsend y Teutsch, 1989; Molinero y Strunk, 1989; Strunk, 1987).

French y Alexander (1941) fueron los primeros investigadores en prestar atención especial a los factores psicológicos relacionados con el asma. Con base en un marco referencial psicoanalítico estos autores llegaron a cuatro conclusiones fundamentales: (a) los pacientes asmáticos están sujetos a un conflicto universal entre una atadura dependiente infantil a sus madres y otras actitudes emocionales que son incompatibles y amenazan tales actitudes de dependencia; (b) los ataques asmáticos están relacionados de algún modo a una supresión del llanto; (c) el paciente asmático posee una personalidad particular y (d) la psicoterapia, particularmente el psicoanálisis, aliviará los síntomas del asma. Este trabajo ejerció y aún continúa ejerciendo un gran impacto sobre las investigaciones posteriores, aunque sus conclusiones no han recibido apoyo de los datos recogidos desde la publicación de dicha monografía (Renne y Creer, 1985).

Uno de los aspectos más controversiales ha sido el relacionado con la personalidad. Los resultados de varios estudios han sugerido que los niños con asma no están caracterizados por una personalidad particular o un estilo de temperamento (Creer, 1979, Eiser, 1985), y que ellos no son más propensos a manifestar perturbaciones psicológicas que los niños sanos (Creer, 1982). Otras investigaciones, sin embargo, reportan que no es raro que los niños asmáticos exhiban conductas de inmadurez, disminuida autoconfianza, inquietud, ansiedad, timidez, tristeza, impulsividad, y deficiencia en el control de la rabia (Creer, 1987). Los estudios enfocados en el ajuste emocional señalan que los niños asmáticos, comparados con los niños sanos, sienten más miedo a la oscuridad y a la soledad, y están más propensos a desarrollar problemas de ajuste.

En Venezuela, D'Anello y Rangel (1990) compararon un grupo de niños asmáticos con otro grupo de niños no asmáticos. Los grupos fueron pareados de acuerdo con la edad, sexo y escolaridad. Los resultados revelan en los asmáticos puntajes superiores en tendencia a la depresión, miedo a la oscuridad y a la soledad, timidez e irritabilidad. Aunque no se pueden extraer aún conclusiones definitivas, pareciera que el niño asmático "posee" o "adquiere" ciertos rasgos de personalidad que lo diferencian del niño sano.

Emociones y asma

Según Creer (1993) "La relación de las emociones con el asma ha sido un tema que ha generado una miríada de argumentos y debates, aunque ha producido muy poco conocimiento factual" (p. 1). De hecho, cualquier esfuerzo por discutir la relación entre emociones y asma resulta bastante complicado. Existen dificultades metodológicas para la determinación del rol causal de las emociones como desencadenantes del asma. Como muy acertadamente lo ha señalado Lazarus (1991), para mostrar los efectos causales de las emociones sobre la salud se requiere de cambios en la variable dependiente. Uno debe medir el proceso emocional antes de tal cambio, y demostrar que el cambio puede ser predicho por el proceso emocional. No obstante, la mayoría de las investigaciones no cumplen con este requisito.

Otro problema es que los estímulos que producen la excitación emocional, dependen de las características físicas del estímulo y de su apreciación por la persona. La tercera dificultad está asociada con el contexto dentro del cual se hace el intento por inducir reacciones emocionales. Muchos de los estudios en el área de asma no han tenido en cuenta este tipo de variable. Aunque existe considerable evidencia de que los asmáticos manifiestan más emociones negativas que otros, esto puede ser un resultado de tener asma, más que una caracterización de personalidad del asmático. Por otra parte, hay también evidencia de que la emoción puede activar la exacerbación del asma, por lo menos en algunos individuos.

Una estrategia ampliamente utilizada en el estudio de la relación entre asma y emoción ha sido comparar asmáticos y no asmáticos en varios indicadores emocionales. Es importante destacar que la mayoría de los estudios han sido conducidos con muestras de niños. A continuación se presentan algunos reportes de investigación en el área.

Muchos autores describen a los niños asmáticos como diferentes a los niños sanos en lo que respecta a su conducta emocional, particularmente en relación con la rabia (Chiari, Foshino, Nuzzo, Pecci y Rossi, 1987). Específicamente, se asevera que los asmáticos tienen dificultad para mostrar la rabia y tienden a reemplazar esta emoción por patrones respiratorios anormales (Hollaender y Florin, 1983). Nelms (1989) encontró que los niños asmáticos, comparados con niños no asmáticos, tenían mayor tendencia a la depresión, eran

menos agresivos y emocionalmente más sensibles ante las emociones de orgullo, felicidad, miedo, rabia y tristeza. El autoconcepto también era más bajo, lo cual es consistente con el otro hallazgo de autoestima baja en niños asmáticos (Margalit, 1982). Por su parte, Bussing y Burket (1993) reportan proporciones significantes de estrés, no sólo en la muestra de niños asmáticos sino también en los padres.

Los estudios en los cuales se ha utilizado el autorreporte como técnica de recolección de datos, han mostrado relaciones positivas entre asma y los estados afectivos de miedo, irritabilidad y fatiga (Carr, Lehrer y Hochron, 1992; Pariente, Luparello, O'Banion y Spector, 1973). Un estudio reciente con adolescentes revela que la falta de control emocional acompañado por auto reportes de ansiedad, depresión y hostilidad están altamente asociados con la severidad de la enfermedad (Silverglade, Tosi, Wise, Sharrett y D'Costa, 1997).

Algunos autores, de orientación psicoanalítica, han considerado al asmático como un tipo de paciente con incapacidad para expresar sus sentimientos. El término utilizado para caracterizar esta falta de expresividad emocional es 'alextimia' (Sifneos, 1973). Sin embargo, una serie de estudios de laboratorio conducidos en la Universidad de Marburgo, para evaluar la expresividad emocional en niños con asma, no mostraron un patrón consistente de déficit en la expresión emocional de niños asmáticos, comparados con grupos controles. Tampoco se corroboró la hipótesis de la limitación en la expresión verbal de emociones en niños asmáticos y se observó un predominio de conducta comunicativa verbal negativa en la interacción padreniño en el grupo de asmáticos (Florin, Fiegenbaum, Hermanns, Winter, Schobinger y Jenkins, 1993). Esto sugiere que el concepto del alextimia no es sostenible.

Emociones como causas

Las emociones fuertes a veces pueden: (a) elicitar los síntomas asmáticos y (b) aumentar la severidad del ataque asmático. Algunos pacientes han podido alterar su resistencia de las vías respiratorias en respuesta a los estímulos emocionales. Las emociones que más a menudo se han asociado con el desencadenamiento de síntomas asmáticos incluyen la ansiedad, el miedo y la rabia.

Rumback, Kelso, Arheart, y Self (1993) hallaron que 51% de los pacientes asmáticos percibían la ansiedad como el principal desencadenante de los síntomas asmáticos. Snadden y Brown (1992) usando una técnica cualitativa para explorar la experiencia del asma en una muestra de adultos, reportan los sentimientos de rabia como el elicitador inicial de los episodios asmáticos. Purcell, Brady, Chai, Muser, Molk, Gordon, y Means (1969) realizaron un estudio en el cual el 50% de los padres indicaron que los factores emocionales eran muy relevantes en el ataque asmático de sus hijos. Según Weinstein (1984) el 40% de 268 madres de niños asmáticos reportaron un aumento en la dificultad respiratoria cuando el niño estaba llorando. Graham, Rutter, Yule, y Pless (1967) indican que el miedo y la ansiedad fueron los principales antecedentes de los ataques de los niños, seguidos por rabia y excitación motora. Para Levitan (1985), en algunos casos, la tristeza también constituye un antecedente importante de asma. Y en una reciente revisión de la literatura (Lehrer, 1998) se concluye que el pánico está fuertemente asociado al asma debido a que produce hiperventilación y un patrón específico de excitación autonómica que puede causar bronco constricción.

Otra estrategia utilizada para estudiar cómo los síntomas del asma pueden activarse o pueden ser exacerbados a través de emociones, ha sido exponer sujetos asmáticos a estresores psicológicos en el laboratorio, y observar los efectos en las vías respiratorias, para luego pasar a la preparación de autoreportes de síntomas y otros procesos psicológicos y fisiológicos asociados. En el laboratorio, también se han hecho esfuerzos por inducir sentimientos como rabia, miedo y ansiedad como estresores controlados, y entonces evaluar los cambios resultantes. Isenberg, Lehrer y Hochron (1992) revisaron 9 de estos estudios y, entre otras cosas, encontraron que no se ha desarrollado un mecanismo estandarizado para probar los efectos que ejerce la excitación emocional sobre las alteraciones de las vías respiratorias. Sin embargo, un hallazgo interesante es que las emociones negativas son capaces de producir cambios clínicamente significativos en las vías respiratorias entre, por lo menos, algunos asmáticos.

Mediación fisiológica

Según Isenberg y otros (1992) las influencias psicológicas en el funcionamiento pulmonar son mediadas por mecanismos del sistema autónomo. Los autores proponen que la reactividad de las vías respiratorias a las emociones está mediada vía aumentos en la actividad del nervio vago, lo cual, consecuentemente produce una constricción en las vías respiratorias superiores. Hay evidencias que apoyan la hipótesis de que los asmáticos, sensibles a las intervenciones basadas en técnicas de relajación, tienden a tener obstrucción asmática principalmente en las vías respiratorias superiores. Ello ha sido determinado mediante espirometría y medidas de volumen de flujo. Muy probablemente, este efecto sería mediado por la reducción de la reactividad del parasimpático, sugiriéndose que las reacciones emocionales pueden causar obstrucción de las vías respiratorias por un aumento en su actividad. Alternativamente, los asmáticos pueden responder al estrés emocional con un aumento en la tensión del músculo esquelético en la garganta y la cara, lo cual, a su vez, estimula la actividad del vago, produciéndose así obstrucción de las vías respiratorias superiores.

Lehrer y otros (1993) también señalan efectos de las emociones negativas sobre los mecanismos del sistema autónomo por bronco constricción, específicamente la activación del parasimpático a través del nervio vago. Y, sugieren, además, otros cuatro mecanismos: el efecto de la respuesta individual estereotipada; los efectos específicos de expresiones emocionales faciales en el asma; el efecto de la hiperventilación sobre la bronco constricción, y los efectos de factores emocionales asociados al uso de medicamentos.

Con respecto a la respuesta estereotipada en el asma, se ha encontrado que algunos asmáticos se caracterizan por desplegar este tipo de respuesta en el sistema respiratorio. Levenson (1979) por ejemplo, encontró mayor reactividad entre los asmáticos que entre los individuos sanos en respuesta a una película con una gran carga emocional. Otros investigadores han reportado mayor broncoconstricción ante estímulos que generan rabia y miedo (Tal y Miklin, 1979). Sin embargo, no se sabe si la respuesta estereotipada es una causa o un efecto del asma, debido al hecho de que los estudios son de tipo correlacional.

Otra explicación fisiológica entre emoción y asma es que la tensión incrementada del músculo facial, asociada con la emoción, puede exacerbar el asma vía reflejo vagaltrigeminal. En otras palabras, el asma producida por la emoción va acompañada por un patrón de expresividad facial, la cual implica un aumento en la tensión del músculo facial y un aumento en el tono vagal.

Asma como causa

Sin lugar a dudas, los asmáticos constituyen un grupo cuyo desarrollo emocional puede alterarse como resultado de vivir día tras día con una enfermedad que amenaza la vida cada vez que se presenta. El asma sirve como un permanente estresor que puede llevar a la ruptura y la desorganización. Las experiencias de pánico, miedo y ansiedad son frecuentemente reportadas como emociones que acompañan las crisis. Por otra parte, la tristezadepresión y la rabia aparecen inmediatamente después de las crisis. Este patrón de respuesta emocional puede afectar tanto el manejo como el curso de la enfermedad.

Es evidente que el asma puede generar una frecuencia muy alta de emociones negativas. Lehrer et al (1993) sugieren tres factores que pueden funcionar como moderadores: (a) la sensación de displacer general por tener asma; (b) la medicación y (c) la asociación fisiológica entre el asma y la función respiratoria aumentada, que puede producir hiperventilación y conducir a síntomas de pánico.

Respecto a las medicaciones del asma como fuentes de emociones negativas, hay evidencias de que la teofilina puede producir un aumento de la conducta agresiva en animales. Y es posible que también en los humanos esta droga genere estados emocionales negativos dependiendo de las atribuciones dadas a sus efectos colaterales. Los esteroides orales son utilizados frecuentemente en el tratamiento del asma severa y también pueden asociarse con una emocionalidad aumentada. Lewis y Smith (citado en Isenberg y otros, 1993) han reportado una incidencia mayor de desórdenes afectivos en pacientes sometidos a terapia basada en corticoesteroides. En resumen, podría esperarse que los medicamentos utilizados para combatir el asma produzcan elevada emocionalidad, así como también incrementos en la reactividad del sistema autónomo, parti-

cularmente si los pacientes no son total y correctamente informados de sus efectos colaterales.

La hiperventilación y el aumento de la función respiratoria también pueden ser precursores de emociones negativas. En parte, la hiperventilación en el asma puede resultar de la sobrerrespiración cuando la broncoconstricción ocurre. Así, las sensaciones asociadas con hiperventilación pueden convertirse en disparadores de pánico debido a la similitud entre estas sensaciones y las que acompañan un ataque severo de asma.

Asma, emociones y la relación parental

Se ha postulado que ciertas características de la madre pueden llevar a estrés prolongado en el niño y así disminuir la resistencia a las enfermedades. En el caso específico de los asmáticos, los psicoanalistas sugieren que las madres contribuyen en alguna medida a la supresión de la expresividad emocional. Sin embargo, mientras algunos hallazgos contradicen dicha aseveración (Marx, Zofel, Linden, Hildegard, Bonner, 1986), en otros estudios se ha encontrado que la crítica continua o la sobreprotección constituyen variables cruciales que llevan a la disminución de la expresividad emocional de los niños asmáticos (Florin, Freudenberg y Hollander, 1985; Hollander y Florin, 1983).

Brook y Shemesh (1991) condujeron un estudio para identificar si los padres de niños asmáticos eran diferentes de los padres de niños sanos en dos emociones negativas: miedo y ansiedad. Los resultados mostraron que, efectivamente, ambas emociones eran más frecuentes e intensas en el grupo de padres de niños asmáticos. La ansiedad aumentada de los padres es explicada por la alta frecuencia de ataques de asma. Las medicaciones prescritas y las recomendaciones del médico no garantizan la curación completa, así como tampoco se puede conocer a qué edad la enfermedad desaparecerá o, al menos, los ataques diminuirán. Esa incertidumbre aumenta su ansiedad.

Purcell, Brady, Chai, Muser, Molk, Gordon, y Means (1996), utilizaron un procedimiento consistente en separar físicamente a un grupo de niños asmáticos de sus padres. Durante dos semanas los niños vivieron en sus respectivos hogares con padres sustitutos,

mientras que sus padres verdaderos fueron trasladados a un hotel local. Los resultados fueron impactantes. En el caso de los niños con precipitantes emocionales, se encontró una mejora estadísticamente significativa en todos los índices de asma durante el período de separación familiar. La tendencia, sin embargo, fue en sentido contrario una vez que sus familias regresaron.

Carson y Schauer (1992) investigaron el estrés percibido en una muestra de madres de niños asmáticos y una muestra normativa. En general, el estrés parental de las madres de niños asmáticos resultó significativamente más alto que el de las madres en la muestra normativa. Askildsen, Watten y Faleide (1993) identificaron algunas diferencias entre los padres de niños asmáticos y otros padres. Los hallazgos principales revelaron una marcada tendencia en madres de niños asmáticos a regular, dirigir e, incluso, invadir al niño.

Según algunos investigadores, estilos conductuales de esta naturaleza pueden llevar a una relación madreniño deficitaria que inhabilita la autorregulación del niño y promueve un estilo de comunicación alextímico (Faleide, Unger y Watten, 1987). Otras variables asociadas a la relación parental en los asmáticos son: excesiva protección que conduce a alta dependencia del niño hacia la madre, ansiedad y depresión maternal. Aunque parezca contradictorio, también se ha reportado una alta incidencia de rechazo materno e inseguridad en la relación.

Es indudable que los padres de niños asmáticos viven bajo tensión permanente y siempre bajo el miedo de la aparición de los síntomas asmáticos. Muy probablemente tener un niño asmático en la familia afecta a los padres en su relación con el niño y hasta en la relación de pareja. El sueño se interrumpe cuando el niño requiere de cuidados nocturnos. Los horarios de trabajo se afectan. Si la condición del niño es severa, el trabajo fuera del hogar es imposible. La actividad social puede limitarse, y los quehaceres domésticos constituyen un reto adicional para mantener un ambiente libre de desencadenantes inhalatorios. Aunque muchos otros tipos de variables pueden intervenir en las manifestaciones asmáticas (el conocimiento de la enfermedad y las actitudes hacia ella, la severidad, dirección, la adhesión al tratamiento y la complejidad del régimen terapéutico), parece obvio que la relación emocional padres-hijos puede jugar un importante papel.

Conclusiones

Algunas evidencias sugieren que las emociones negativas pueden tanto exacerbar el asma como ser el resultado de padecerla. La causalidad puede ser bidireccional. Esta circularidad observada en la relación entre el asma y las emociones es complicada.

Con respecto a los mecanismos fisiológicos que han sido sugeridos, se requiere considerable experimentación para dilucidar las rutas fisiológicas. Es evidente la falta de tecnología y metodología para clarificar cómo los mecanismos emocionales actúan recíprocamente en el asma. El desarrollo de estudios longitudinales en los cuales se tomen medidas de los estados emocionales y los síntomas asmáticos serían útiles para determinar la dirección de causalidad en la asociación entre el asma y la emocionalidad.

También es posible que la emoción pueda causar y pueda ser el resultado de la exacerbación asmática en un mismo individuo. De esta manera, la relación entre el asma y las emociones puede constituir un círculo vicioso en algunos individuos. La ocurrencia de este patrón debe ser documentada clínica y experimentalmente.

Mucha investigación adicional es necesaria a fin de clarificar la relación no sólo entre emociones y asma sino también entre asma y problemas psicológicos. Por ejemplo, instrumentos más sensitivos deben ser usados para explorar si la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos e hiperactividad es característica de niños asmáticos. Y desde la perspectiva de los servicios de salud, los clínicos requieren mejores instrumentos de evaluación que puedan ser usados a fin de despistar los casos con trastornos emocionales y conductuales.

Los especialistas que se dedican al asma infantil, deben estar conscientes de la relación entre asma y problemas emocionales y conductuales a fin de anticipar que una proporción substancial de sus pacientes pueden requerir de los servicios de salud mental. De tal manera que el niño con asma no sólo requiere de un control fisiológico de los síntomas del asma, sino también de una atención en el área psicológica. Esto será particularmente importante en los programas de educación y automanejo en los cuales el niño está llamado a tomar un mayor autocontrol de su condición, debido a que los problemas de tipo emocional o conductual pueden comprometer la habilidad del niño para ejecutar tareas exigidas en los programas de automanejo.

Bibliografía

- American Thoracic Society. (1962). Definitions and classification of chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema. *American Review of Respiratory. Diseases, 85,* 762-768
- Anderson, H., Bailey, P. y West, R. (1980). Trends in the hospital care of acute childhood asthma: A regional study. *British Medical Journal, 281,* 1191-1194.
- Askildsen, E., Watten, R. y Faleide, A. (1993). Are parents of asthmatic children different from other parents? *Psychotheray Psychosomathic, 60,* 91-99.
- Bieliauskas, R. (1982). A pilot study of the multidisciplinary management of childhood asthma in a family practice. *Journal of Asthma, 22,* 261-265.
- Birkhead, G., Attaway, N., Strunk, R., Townsend, M. y Teutsch, S. (1989). Investigation of a cluster of deaths of adolescent from asthma: Evidence implicating inadequate treatment and poor patient adherence with medications. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 84,* 484-491.
- Brook, U. y Shemesh, A. (1991). Parental attitude and role perception in families of asthmatic children. *Pediatric. Journal, 3,* 253-259.
- Bussing, R. y Burket, R. (1993). Anxiety and intrafamilial stress in children with hemophilia after the HIV crisis. Journal Am. *Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 32,* 562-566.
- Carr, M., Lehrer, T. y Hochron, R. (1992). *Asma bronquial. Análisis de técnicas de intervención psicológica.* España: Promolibro.
- Carson, D. y Schaue. R. (1992). Mothers of children with asthma: Perception of parenting stress and the mother-child relationship. *Psychological Reports, 71,* 1139-1148.
- Chai, H. (1975). Management of severe chronic perennial asthma in children. *Advances in Asthma and Allergy, 2,* 112.
- Chiari, G., Foshino, G., Nuzzo, L., Pecci, L. y Rossi, R. (1987). Individual knowledge of emotions in asthmatic children, *Journal of Psychosomatic Research, 31,* 341-350.
- Creer, T. (1979). *Asthma Therapy: A behavioral health care system for respiratory disorders.* New York: Springer.
- Creer, T. (1982). Asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 912-921.
- Creer, T (1987) Psychological and neurophysiological aspects of childhood asthma. In D. Tinkelman, C. Falliers (Edits.). *Childhood asthma: pathophysiology and treatment.* (pp. 341-371) New York: Dekker.
- Creer, T. (1993). Emotions and asthma. *Journal of Asthma, 30,* 13.
- D'Anello, S. y Rangel, M. (1990). Relaciones familiares y características de personalidad de niños asmáticos. Memorias EVEMO 3, 524-528. Mérida-Venezuela.

- Eiser, C. (1985). *The psychology of childhood illness.* New York: Springer Verlag.
- Faleide, A., Unger, S. y Watten, R. (1987). Psychosocial factors in bronchial asthma and allergy in childhood. En G. Christodoulou (Edit.). *Psychosomatic Medicine, Past and future.* London: Plenum Press.
- Florin, I., Freudenberg, G. y Hollander, J. (1985). Facial expression of emotional and physiologic reactions in children with bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine, 47,* 383-392.
- Florin, I., Fiegenbaum, W., Hermanns, J., Winter, H., Schobinger, R. y Jenkins, M. (1993). Emotional expressiveness, psychophysiological reactivity and motherchild interaction with asthmatic children. En H. Traue y J. Pennebaker (Edits.). *Emotion Inhibition and Health.* Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- French and Alexander (1941) citado por Renne, M. y Creer, T. (1985). Asthmatic children and their families. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics, 6,* 41-81.
- Gergen, P., Mullally, D. y Evans, R. (1988). National survey of prevalence of asthma among children in the United States, 1976 to 1980. *Pediatrics, 81,* 17.
- Goodwin, R. y Marušic, A. (2004). Asthma and suicidal ideation among youth in the community. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25,* 99-102.
- Hollander, J. y Florin, I. (1983). Expressed emotion and airway conductance in children with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research. 27,* 307-311.
- Hookham, V. (1985). Family constellations in relation to asthma. *Journal of Asthma, 22,* 99-114.
- Isenberg, S., Lehrer, P. y Hochron, S. (1992). The effect of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosomatic Medicine, 54,* 192-216.
- Jackson, R., Beaglehole, R. y Rea, H. (1982). Mortality from asthma: a new epidemic in New Zealand. *British Medical Journal, 285,* 519-538.
- KeithConors, C. (1983). Psychological management of asthmatic child. *Clinical Review Allergy. 1,* 163-177.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation.* New York: Oxford University Press.
- Lee, D.,Winslow, N., Splight, A. y Hey, E. (1983). Prevalence and spectrum of asthma in childhood. *British Medical Journal, 286,* 1256-1258.
- Lehrer, P. (1998). Emotionally triggered asthma: A review of research literature and some hypotheses for selfregulation. *Applied Psychophysiology & Bioffedback, 23,* 13-41.
- Lehrer, P., Isenberg, S. y Hochron, S. (1993). Asthma and Emotion: A review. Journal of Asthma. 30, 521.

- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H. y Schmaling, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 691-711.
- Lemanek, K. (1990). Adherence issues in the medical management of asthma. *Journal of Pediatric Psychology, 15,* 437-458.
- Levenson, R. (1979) Effects of thematically relevant and general stressors on specificity of responding in asthmatic and non asthmatic subjects. *Psychosomatic Medicine, 41,* 28-39.
- Matus, I. (1981). Assessing the nature and clinical significance of psychological contributions of childhood asthma. *American Journal of Orthopsychiatry, 51,* 327-341.
- Mrazek, D. y Klinnert, M. (1988). The psychological and Psychiatric evaluation of asthmatic children. En P. Karoly (Edit.). *Handbook of Child Health Assessment.* (pp. 410-433). New York: Wiley.
- Mrazek, D., Klinnert, M. Mrazek, D. y Macey, L. (1991). Asthma: Psychoneuroimmunologic considerations. En R. Ader, D. Felten y N. Cohen (Edits.) *Psychoneuroimmunology* (2a ed.). New York: Academic Press.
- Nelms, B. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 657-668.
- Nocon, A. y Booth, T. (1990). The social impact of asthma. *Family Practice, 8,* 37-41.
- Paterson, J. y Musk, A. (1987). Death in patients with asthma. Medical *Journal Australian, 147,* 53-55.
- Pealman, D. (1984). Bronchial asthma: A perspective from childhood to adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health, 32,* 79-85.
- Purcell, K, Brady, K., Chai, H., Muser, J., Molk, L., Gordon, N. y Means, J. (1996). The effect of asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosomatic Medicine, 31,* 144-164.
- Rangel, A. (1990). El tratamiento del asma requiere innovaciones. Memorias EVEMO 3, 500-504.
- Ritz, T., Claussen, C. y Dahme, B. (2001). Experimentally induced emotions, facial muscle activity, and respiratory resistance in asthmatic and nonasthmatic individuals. *British Journal of Medical Psychology, 74,* 167-182.
- Renne, M. y Creer, T. (1985). Asthmatic children and their families. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics, 6*, 41-81.
- Rumback, M., Kelso, T., Arheart, K. y Self, T. (1993). Perception of anxiety as a contributing factor of asthma: Indigent versus non indigent. *Journal of Asthma, 30,* 165-169.
- Sibbald, B. (1980). Extrinsic and intrinsic asthm: Influence of classification on family history of asthma and allergic disease. *Clinical Allergy, 10,* 313-318.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22,* 255-266.

- Silverglade, L., Tosi, D., Wise, P. y D'Cosat, A. (1997). Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *Journal of General Psychology, 12,* 199-207.
- Sly, R. (1988). Mortality from asthma, 1979-1984. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 82,* 705-717.
- Snadden, D. y Brown, J. (1992). The experience of asthma. *Social Science and Medicine, 34,* 1351-1361.
- Steptoe, A. (1984). *Psychological aspects of bronchial asthma.* New York: Pergamon.
- Strunk, R. (1987). Asthma deaths in childhood: Identification of patients at risk and intervention. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 80,* 472-477.
- Von Leupoldt, A. y Dahme, A. (2004). Emotions in a body plethysmograph. Impact of affective film clips on airway resistance. *Journal of psychophysiology, 18,* 170-176.
- Weinstein, A. (1987). *Asthma.* New York: McGrawHill.
- Weiss, K. (1990). Changing patterns of asthma morbidity. *JAMA. 264,* 683-687.
- Wilson, S., Mitchell, J., Rolnick , S., yFish, L. (1993). Effective and ineffective management behaviors of parents of infants and young children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology, 18,* 63-81.

capítulo 10

Cumplimiento del tratamiento médico: aspectos psicosociales

Silvana D'Anello K.

Definiciones

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. En la literatura especializada, se hace distinción entre los términos cumplimiento y adherencia. El primero connota un papel pasivo en el fiel seguimiento de las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, implica la activa colaboración voluntaria del sujeto (DiMatteo, 1990). Sin embargo, pareciera que ambos términos son utilizados indistintamente. El incumplimiento, o la adherencia incorrecta, incluye aspectos como la omisión de tomas, la reducción de la dosis prescrita, el no respetar los intervalos o frecuencias de administración propuestas, o el no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

El problema

Uno de los más graves problemas que actualmente enfrentan los profesionales de la salud es cómo maximizar el cumplimiento de

los planes terapéuticos en los pacientes. Algunos investigadores en el área han ofrecido afirmaciones que claramente reflejan la gravedad de la situación, al estilo de Horwitz y Horwitz (1993): "La noadherencia a los régimenes médicos es un problema monumental para el cuidado de la salud" (p. 269). Este problema está presente en todas las áreas de la práctica clínica. De hecho, han sido ampliamente reportadas las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en una variedad de situaciones, condiciones y poblaciones. Por ejemplo, en un estudio conducido en, aproximadamente 2.000 pacientes con diferentes enfermedades, Kaplan y Simon (1990) encontraron que el 45 % de los pacientes incumplían la toma de la medicación como había sido prescrita. Igualmente, el 49% de los pacientes postinfartados abandonaban, durante el primer año, el cumplimiento de los ejercicios físicos. Este problema se exacerba en pacientes de bajos ingresos económicos, en quienes se han reportado tasas de incumplimiento de hasta 65%. Igualmente, en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos, se ha reportado que un 80% no llevan a cabo, al menos, un elemento del régimen sugerido (Rosenstock, 1989). En pacientes asmáticos, medidas objetivas han documentado que sólo cerca del 50% de la medicación inhalada es tomada, y que el apego al tratamiento no mejora a medida que la enfermedad se hace más severa (Milgrom, Bender, Ackerson, Bowry, Smith y Rand, 1996).

A pesar de ser una práctica común, la falta de adherencia es poco detectada por los profesionales de la salud (Steel, Jackson y Gutmann, 1990). La variación sustancial de los estimados del incumplimiento y el fracaso para reconocerlo, son probablemente el resultado de dos limitaciones en los esfuerzos para comprender el fenómeno de la adherencia: medidas imprecisas de adherencia (Johnson, Tomer, Cunningham, y Henretta, 1990) y escasa comprensión y conocimiento de los factores que la afectan. En todo caso, las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, lleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos más fuertes.

Variables predictoras del cumplimiento del tratamiento

Las múltiples variables que, posiblemente, pudieran estar asociadas al cumplimiento del tratamiento médico han sido estudiadas en los últimos 30 años por diversas disciplinas (Medicina, Sociología, Psicología, Salud pública). La mayoría de las investigaciones se han concentrado en las características personales y demográficas del paciente, así como en sus valores, creencias, actitudes y expectativas, o en la influencia social y experiencias pasadas. Recientemente, la conducta del médico y la satisfacción con el sistema de salud también han sido estudiadas como aspectos cruciales que afectan la predicción (DiMatteo, Sherlourne y otros, 1993). A fin de lograr una mejor comprensión, en el presente trabajo se presentan: (a) variables del paciente; (b) variables del tratamiento; (c) variables asociadas al trastorno o enfermedad, y (d) variables de relación o interacción medicopaciente (Maciá y Méndez, 1998).

Variables asociadas al paciente: edad, sexo y aspectos socioculturales

En los primeros estudios sobre adherencia se encontró que algunas características personales y demográficas (edad, sexo, status socioeconómico, raza o religión) no parecían tener poder explicativo sobre el particular (Cluss y Epstein, 1985). Sin embargo, cuando algunos de estos factores fueron combinados, o relacionados con otros, la asociación con adherencia resultó más clara. Considerando el factor edad (el cual parece afectar la adherencia en diferentes formas, dependiendo de la edad de los sujetos y del tipo de enfermedad) se ha encontrado que: (a) en niños con cáncer, los problemas de cumplir con procedimientos específicos, tales como usar antibióticos correctamente, fueron mayores para los más jóvenes. Aunque estos procedimientos son controlados por los padres, la edad del niño hizo la diferencia (Manne, 1993); (b) entre niños y adolescentes diabéticos, los adolescentes muestran menos adherencia a sus dietas especiales que los niños más pequeños (Johnson, 1992); (c) en hipertensos en edades comprendidas entre 35 y 84 años, la toma de los medicamentos

es más alta para aquellos con edades entre 65 y 74 años y más baja en aquellos que superan los 75 años (Morell y otros, 1995).

La influencia del sexo y otros aspectos socioculturales también depende de las circunstancias. Por ejemplo, la alta preocupación de las mujeres por bajar de peso parece interferir con el uso de medicamentos para controlar el azúcar en la sangre (Polonsky y otros, 1994). Asimismo, en algunas culturas, no se acepta tomar un medicamento de por vida, como ocurre en la hipertensión, ya que la 'cura' es vista como parte del proceso (Baines, 1992).

Aspectos psicosociales del paciente

Una aproximación psicosocial al cumplimiento del tratamiento tendría como meta comprender la eventual disposición del paciente a internalizar la ejecución de la conducta recomendada, cuando es removido en tiempo y/o lugar de la fuente de influencia (Rodin, 1982). Así, desde esta perspectiva, el cumplimento con el tratamiento estaría determinado por la naturaleza de la relación interpersonal de la cual el requerimiento por complacer es derivado: cumplir o complacer involucra un proceso de influencia social en el cual una persona real o imaginada (el médico) afecta la conducta de otra (el paciente).

La mente del paciente no es una tabla en blanco en la cual el médico graba prescripciones para la salud. Cualquier cosa que el médico le comunique al paciente acerca del régimen para su cuidado, no solamente es filtrada a través del sistema de creencias que posee el paciente sobre la salud, sino que además, se ve afectada por las expectativas de otras personas acerca de la conducta de ese paciente. Estas creencias y normas sociales, por tanto, conforman el contexto sobre el cual descansan los intentos del médico por influenciar el cumplimiento de lo prescrito. Debe entonces entenderse que hay factores psicológicos y sociales que operan de manera extremadamente compleja para inducir la obediencia al tratamiento. Y que el fracaso en lograr un cumplimiento cabal del mismo sugiere fracaso en la producción de cambios de actitudes y conductas.

El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) es una aproximación teórica que explica el problema del cumplimiento del tratamiento. Básicamente, parte de la premisa de que las creencias y

expectativas influencian la conducta. Y específicamente propone que el seguimiento de las recomendaciones médicas depende de los siguientes factores: (a) el grado de amenaza de la sintomatología, determinado por el nivel de susceptibilidad percibido, o vulnerabilidad a la enfermedad, incluyendo la aceptación del diagnóstico; (b) el grado de severidad de las consecuencias tanto físicas como sociales de no tratar la enfermedad; (c) la percepción de los beneficios y costos del tratamiento, y (d) la motivación hacia la salud, referida tanto a la preocupación del paciente por materias relacionadas con la salud como a la intención de implementar conductas dirigidas a mantener o mejorar la salud (Becker y Maiman, 1975). En resumen, el modelo sugiere que las personas cumplen con el régimen médico bajo condiciones bien delimitadas. Los pacientes deben verse como vulnerables a la enfermedad y deben creer que la enfermedad es realmente seria. Adicio-nalmente, deben estar convencidos de que el tratamiento será efectivo y verlo como alternativa viable para establecer control sobre la enfermedad; además, deben percibir que el costo del control no es tan alto comparado con los beneficios. Finalmente, deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud. Se asume, entonces, que los pacientes que no están amenazados por el problema de salud o evalúan que las barreras que presenta el régimen sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento (Becker y Rosentock, 1984).

Las creencias de los pacientes que más parecen sorprender a los practicantes son las relacionadas con la aceptación del diagnóstico. Generalmente, los pacientes poseen poderosas y bien definidas creencias sobre la salud que contradicen las de los médicos. Los orígenes de tales creencias son múltiples: la cultura, creencias familiares, experiencias anteriores con la enfermedad, interpretación inapropiada de la información científica y aceptación de explicaciones no médicas.

Algunas investigaciones sugieren que ciertos pacientes mantienen creencias irracionales que pueden afectar la adherencia (Weinstein, 1984). Existe la tendencia a sesgar, por exceso de optimismo, los juicios acerca de los riesgos de la salud; ello significa que muchas personas que ven amenazada su salud, tienden a creer que son menos susceptibles a contraer una enfermedad determinada que el resto de las personas. La distorsión cognitiva puede también afectar la adhe-

rencia al tratamiento. Por ejemplo, personas propensas a hacer sobre generalizaciones acerca de experiencias relacionadas con su salud, evalúan las recomendaciones médicas como innecesarias, dada una experiencia pasada objetivamente irrelevante ("esta recomendación no me sirvió cuando yo tenia la enfermedad X, por lo tanto no debe ser útil ahora"). Similarmente, pacientes propensos a hacer inferencias irracionales acerca de efectos comunes, pero displacenteros del tratamiento, tienden a desvalorizar el uso del régimen prescrito ("un medicamento que me hace sentir cansado no puede ser bueno para mi") (Christensen, Moran y Wiebe, 1999).

Leventhal y sus colegas (Leventhal, Meyer, y Nerez, 1980; Leventhal, Zimmerman y Gutmann, 1984; Leventhal y Diefenbach, 1991) desarrollaron un modelo teórico conocido como "El modelo del sentido común de la representación de la enfermedad". Este asume que cada persona posee su propia teoría sobre la enfermedad y que dicha representación influencia su ajuste a la enfermedad a través del impacto sobre las formas de enfrentamiento ('coping'), el cumplimiento del régimen de tratamiento y la autoevaluación. Dependiendo de la interpretación de los estímulos internos y externos, el paciente "construye" su modelo de la enfermedad, el cual abarca desde el diagnóstico, los síntomas, la duración, las causas y consecuencias, hasta los planes de acción para la curación. En relación con esto último, se ha encontrado que los pacientes que creen que el tratamiento elimina los síntomas y, por tanto, cura la enfermedad subyacente, dejan de cumplirlo una vez que los síntomas desaparecen. En tal sentido, la comprensión de la "construcción" que el paciente haga de su enfermedad es un elemento crítico a considerar cuando se evalúa la adherencia al tratamiento.

Otra teoría que ha guiado algunas de las investigaciones recientes sobre la adherencia es la Teoría sobre la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985). En ella se distinguen dos formas de regulación conductual: (a) la autónoma y (b) la controlada. Las conductas son autónomas cuando las personas experimentan un verdadero sentido de volición y escogencia, y actúan debido a la importancia personal de la conducta. Contrariamente, las conductas son controladas cuando son ejecutadas debido a que las personas se sienten presionadas, ya sea por fuerzas externas o intrapsíquicas. Se ha demostrado que la regulación autónoma está positivamente asociada con la partici-

pación activa en el cumplimiento del tratamientos en alcoholismo (Ryan, Plant y O'Malley, 1995) y control de la glucosa en pacientes con diabetes (Williams y Deci, 1996).

Williams, Rodin, Ryan, Grolnick y Deci (1998) afirman que la regulación autónoma de la conducta sería el mejor predictor de adherencia. De hecho, esta variable explicó el 68% de la varianza en las medidas de auto reporte del cumplimiento del tratamiento en un grupo de pacientes adultos con variadas enfermedades. Más aún, la percepción del apoyo ofrecido por el médico a la autonomía también estuvo asociada con la adherencia, cuyos efectos fueron mediados por la autonomía del paciente. Otras investigaciones han demostrado que la regulación alcanza mayor autonomía cuando familiares, educadores, proveedores de cuidados de salud y programas de intervención, estimulan y apoyan la autonomía.

Así, en un estudio realizado por Williams y otros (1998) se reveló que cuando los proveedores de un programa de pérdida de peso (médicamente supervisado) fueron percibidos como propiciadores de autonomía, los pacientes atendieron al programa más regularmente y evidenciaron mayor mantenimiento de pérdida de peso durante los 23 meses siguientes. Este tipo de hallazgo es importante debido a las implicaciones que tiene para los programas de intervención dirigidos a incrementar la adherencia a los tratamientos.

De acuerdo con esta perspectiva, si los médicos estimulan y apoyan las iniciativas, reconocen los sentimientos de los pacientes, minimizan la presión, ofrecen la posibilidad de escogencia de regímenes de tratamiento y proveen explicaciones claras y significativas para las conductas sugeridas, podrán facilitar una motivación más autónoma en los pacientes. Afortunadamente, ya se ha demostrado que los estudiantes de medicina pueden ser entrenados para conducirse de modo que apoyen la autonomía (Williams y Deci, 1996), y creemos que el momento ha llegado para que los diseñadores de currícula en Escuelas de Medicina consideren la importancia de ciertas habilidades interpersonales, las cuales están siendo ahora vinculadas a una gran variedad de resultados en el cuidado de la salud.

El compromiso del paciente ha sido otra variable asociada al cumplimiento del tratamiento médico. Compromiso ha sido definido como la expresión pública de la disposición de un individuo a ejecutar determinadas conductas. En algunos programas, destinados a mejorar

la adherencia, se ha encontrado que compromisos verbales o escritos han resultado en mayor adherencia. Kulik y Carlino (1987) evaluaron los efectos de lograr el compromiso de los padres para dar a sus hijos antibióticos durante diez días y encontraron que el cumplimiento fue mayor que en el caso de los padres no comprometidos. Mayor efectividad en las intervenciones ha sido posible utilizando como marco referencial una conceptualización más amplia de Compromiso.

El modelo sobre "la inversión y el compromiso" (Putnam, Finney, Barkley, Bonner, 1994; Rusbult, 1980) propone que el compromiso (COM) es una función de la satisfacción (SAT), definida como recompensas (REC) menos costos (COS), más la inversión (INV), menos las alternativas (ALT). Así:

COM = (REC-COS) + INV-ALT

Estos componentes pueden ser definidos de la siguiente manera: compromiso es el grado en el cual el paciente sigue las recomendaciones de tratamiento; recompensas son los beneficios del tratamiento; costos son los efectos colaterales y cualquier dificultad percibida relacionada con el tratamiento; inversión se refiere a cualquier afirmación explícita y pública de intención (acuerdos verbales y/o escritos) además de la dedicación en tiempo y energía; finalmente, alternativas se refiere a las medicinas caseras, diferencias con segundas opiniones y las recomendaciones no médicas. Cuando el compromiso es entendido de esta manera, el éxito de variadas estrategias de adherencia pueden ser explicadas por componentes del modelo de inversión. Por ejemplo, casi todas las intervenciones de adherencia que exigen del paciente tiempo y energía sin incurrir en costos, pueden, en parte, ser exitosas mediante un aumento de la inversión. Igualmente, cualquier resultado de intervención o tratamiento en sí mismo (ej. alivio del dolor) que presente claros beneficios, puede mejorar la adherencia si se aumentan las recompensas percibidas.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein, 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Asume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención de ejecutarla. Las intenciones, por su parte, son función de las actitudes y de un componente normativo social. Las actitudes hacia la ejecu-

ción de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción y de la evaluación de dichas consecuencias. Las normas se refieren a lo que el individuo piensa que otras personas desearían que él hiciera en la situación específica. Finalmente, el peso de las normas depende de la motivación individual para complacer los deseos de los otros. En estudios sobre adherencia, se ha mostrado que la fuerza de las normas subjetivas respecto a la adherencia al tratamiento tienden a influir las intenciones del paciente a adherir (Zola, 1973). Igualmente, hallazgos sobre el efecto de las intenciones en la conducta de adherencia han sido ampliamente reportados (Kaplan y Simon, 1990).

Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1997). De acuerdo con esta teoría, la autoeficiencia se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. En otras palabras, es la creencia de que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones. La importancia de las creencias de autoeficacia o habilidad para adherirse al tratamiento ha sido también documentada en diversas investigaciones (Catz, Kell, Bogart, Benotsch, McAuliffe, 2000; Eldred, Wu, Chaisson y Moore, 1998).

Variables asociadas al tratamiento

La complejidad del tratamiento (número de medicamentos consumibles, frecuencia del consumo, combinación de diferentes tipos de intervención, duración, efectos colaterales, etc.) facilitan los errores y omisiones en su cumplimiento. Cuanto más complejas son las demandas, peor será la tasa de adhesión. Del mismo modo, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el transcurso del tiempo. Asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión. En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye (a) cuando aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración, (b) con la aparición de efectos adversos, y (c) cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos de la vida social del paciente, conduce

a que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o a que lo hagan en un horario incorrecto (Sarafino, 1998).

Variables asociadas a la enfermedad

Se ha reconocido que una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que las acompañan parecen estar relacionados con la adherencia o la falta de adherencia al tratamiento. Así, un rápido y manifiesto alivio de síntomas desagradables al seguir las prescripciones, incrementa la adhesión; por el contrario, ésta será menor cuando las recomendaciones terapéuticas son de tipo profiláctico que deben realizarse en ausencia de síntomas que suponen un claro malestar (Maciá y Méndez, 1998).

Algunos investigadores erróneamente consideran que mientras más severa sea la enfermedad, mejor será el cumplimiento del tratamiento; sin embargo, como se ha señalado anteriormente, no es la severidad, objetivamente evaluada por el médico, la que predice adherencia, sino la percepción subjetiva del paciente.

Variables asociadas a la interacción médico-paciente

El modelo médico biopsicosocial (Engel, 1977) destaca el rol de factores psicológicos y sociales (así como también técnicos, biológicos y farmacológicos) en la determinación de la salud de los pacientes y sus reacciones frente al tratamiento. Igualmente enfatiza la importancia que tiene el que los proveedores estén conscientes de sus propios sentimientos y reacciones ante los pacientes e identifiquen cómo estos factores pueden afectar la calidad del cuidado de la salud. Una implicación crucial de esta aproximación es que las interacciones interpersonales entre el médico y el paciente pueden influir sobre la salud de este último, en parte, porque de alguna forma afectan la disposición del paciente a adoptar las recomendaciones del tratamiento.

El primer elemento de esta interacción es la comunicación. La palabra *doctor* viene del latín *docere*, enseñar. Y debe recordarse

que dos características de una buena enseñanza son: transmitir la información de manera clara y organizada, y evaluar si el aprendiz la ha aprendido o comprendido. Algunos practicantes de la medicina son buenos doctores, otros no. Se han documentado casos de hombres que consumen las píldoras anticonceptivas de sus esposas. La idea puede ser divertida, pero un hijo no deseado no lo es (Hunt y MacLeod, 1979, p. 315). Este es un buen ejemplo que ilustra cómo los médicos no siempre se aseguran de que el paciente comprenda sus recomendaciones.

Muchos pacientes dejan las oficinas de su médico sin saber exactamente cómo seguir las recomendaciones. Svarstad (1996) reporta los resultados de una investigación en la cual se entrevistaron pacientes de un centro de salud y se chequearon los frascos de sus medicamentos después de visitar a sus médicos. Los resultados de esta investigación demostraron cuatro hechos importantes: (a) el conocimiento de los pacientes acerca de su tratamiento era realmente deficiente; por ejemplo, la mitad de los pacientes no sabían por cuánto tiempo debían continuar tomando sus medicamentos, y una quinta parte ignoraban el propósito de la droga prescrita; (b) una razón importante del escaso conocimiento fue que el médico frecuentemente no ofrecía la información requerida. (Para la mayoría de las prescripciones, el médico no había dado instrucciones específicas sobre regularidad en el uso de la medicación); (c) los pacientes hacían muy pocas preguntas durante la consulta; y (d) mientras más explícitas las instrucciones del médico, más personas cumplían con el tratamiento.

Por otra parte, la investigación ha mostrado que los pacientes que mantienen una buena relación con su médico tienden a cumplir más las recomendaciones (DiMatteo, 1985; Sherbourne, Hays y otros, 1992). La gente generalmente prefiere el cuidado médico que involucre un estilo centrado en el paciente. Korsch (1988) utilizó una metodología de investigación en la cual se grababan cientos de consultas pediátricas y luego se entrevistaba a las madres una vez que salían de la consulta. Aunque la mayoría de las madres reportaron estar al menos moderadamente satisfechas con las visitas, cerca de un 20% señaló no haber recibido un claro diagnóstico. La queja más común fue que el médico no respondía de una manera cálida y empática ante la ansiedad que sentían. Esta investigadora también midió el cumplimiento del tratamiento. Los resultados indican que las madres que reportaron alta

satisfacción con la atención del médico cumplieron tres veces mejor el régimen prescrito que quienes reportaron insatisfacción.

La mayoría de los estudios se han preocupado por los determinantes individuales, y muy pocos han considerado la combinación de variables relacionadas con el problema de la adherencia. El trabajo de DiMatteo y sus colegas (1993) es uno de los pocos intentos por analizar los efectos de varios factores relacionados con el cumplimiento de las recomendaciones médicas en la prevención y tratamiento del cáncer. En esta investigación, específicamente, se evaluaron: (a) percepción de la relación interpersonal entre el paciente y el médico; (b) creencias acerca de la severidad del cáncer; (c) creencias acerca de la susceptibilidad; (d) creencias acerca de la utilidad percibida de las recomendaciones: (e) normas subjetivas respecto a la adherencia; (f) intenciones de cumplir, y (g) presencia de apoyo y ausencia de barreras para el cumplimiento del tratamiento. Los resultados más importantes indican que: 1) la adherencia al tratamiento y/o las recomendaciones de prevención están asociadas con el apoyo social recibido y con la carencia de barreras; y 2) la percepción de la utilidad del tratamiento es crucial. Por último, aunque el aspecto interpersonal no se relacionó con la adherencia en la muestra total, este factor sí estuvo asociado con la adherencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

Este tipo de resultados muy probablemente indica que es necesaria la consideración del máximo número de variables que puedan afectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Por ejemplo, en el caso del cáncer, pareciera que la falta de adherencia está vinculada a las dificultades del propio tratamiento y a la carencia de apoyo social.

La investigación venezolana

Partiendo del estudio integrativo de DiMatteo et al. (1993), D'Anello (2000) adaptó y validó el instrumento diseñado por dichos autores con muestras de pacientes venezolanos. La versión original del instrumento de Determinantes de Adherencia (CDA), consta de 38 ítems fraseados en formato Likert de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo; 5= completamente de acuerdo) que evalúan siete factores:

Relaciones interpersonales medicopaciente, Percepción de barreras, beneficios y autoeficacia, Severidad percibida, Susceptibilidad percibida, Normas, Apoyo social e Intenciones.

Los participantes del estudio para el análisis psicométrico fueron 237 pacientes: 40 diabéticos, 77 con enfermedades cardiovasculares, 48 con afecciones respiratorias crónicas, 34 con cáncer y 38 con enfermedades gastrointestinales. Para la selección de la muestra se utilizó como criterio el padecer de algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente y tener por lo menos 2 meses en tratamiento. La aplicación del instrumento se realizó mientras los pacientes esperaban para consulta. El 72% asistía a hospitales públicos y el 38% restante a clínicas privadas. La duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 10 minutos.

Los datos fueron sometidos a análisis factorial con rotación ortogonal vía varimax. De los 38 ítems iniciales, 10 fueron descartados debido a que cargaban en varios factores o sus cargas eran bajas. Se utilizó como criterio de retención, ítems que cargaban sobre .35 en un factor y menos de .20 en otro factor. De dicho análisis 9 factores emergieron que explicaron el 66,54% de la varianza, quedando la escala final conformada por 28 ítems.

Es de hacer notar las semejanzas y diferencias en relación con la escala original. La subescala Relaciones interpersonales (factor 1) estaba conformada por 8 ítems y se mantuvieron 6 en la versión venezolana. La subescala Normas (factor 2: Aceptación de Normas y factor 3: Normas) originalmente poseía 6 ítems los cuales se distribuyeron en dos factores claramente diferenciados. La subescala Apoyo/barreras (factor 4) estaba constituida por 4 ítems de los cuales 3 se mantuvieron y un ítem que correspondía a la subescala de Beneficios/costo se incorporó (Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo). La subescala beneficios/costos, eficacia (factor 5) tenía 8 ítems y se mantuvieron en el factor solo los ítems correspondientes a Eficacia. La subescala de Intenciones (factor 6) estaba conformada por 4 ítems de los cuales solo 2 cargaron en dicho factor. Las subescalas de Severidad (factor 7) y Susceptibilidad (factor 8) originalmente tenían 4 ítems cada una, la versión venezolana quedo constituida por dos ítems para cada una. Finalmente, emergió otra subescala (factor 9), conformada por un ítem que originalmente pertenecía a Beneficios/costos (Cumplir con mi tratamiento es mejor

que no cumplirlo) y otro a Intenciones (Yo intento seguir mi plan de tratamiento); a esta subescala se le denomino Conducta.

Los indicadores de consistencia interna determinados por el alfa de Cronbach (.87 .55) y de homogeneidad de los ítems (SpearmanBrown) (.87 .54) son adecuados. La subescala Conducta presenta los más bajos indicadores y la subescala de Normas los más altos.

Para validar el cuestionario y profundizar en los correlatos psicosociales asociados al cumplimiento del tratamiento, se utilizó una muestra de 402 pacientes (231 de sexo femenino y 171 de sexo masculino) distribuidos de la siguiente manera: 93 diabéticos, 129 con trastornos cardiovasculares, 44 con cáncer, 81 con padecimientos respiratorios y 55 con trastornos gastrointestinales. Además del cuestionario CDA, se les administró el MOTISAL y el VASAL para medir la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, respectivamente. Para evaluar el cumplimiento del tratamiento médico se utilizó una escala de 5 ítemes que mide la tendencia general del paciente para cumplir con las recomendaciones médicas, permitiendo la comparación de pacientes con diferentes regímenes de tratamiento. A la variable medida se le denominó Percepción Subjetiva de Adherencia (PSA). Es importante señalar que en el estudio de DiMatteo y otros (1993) no se incluyó la variable motivación hacia la salud y la muestra del estudio estuvo conformada por pacientes con diferentes tipos de cáncer y obesos.

Teniendo como base los hallazgos de estudios previos y las hipótesis planteadas por DiMatteo y colegas (1993), se hipotetizó que: (1) las intenciones de cumplir el tratamiento estarían determinadas por las normas y las creencias asociadas a la susceptibilidad y severidad así como por la percepción de eficacia, el valor asignado a la salud y la motivación hacia la salud y (2) el cumplimiento del tratamiento o percepción subjetiva de adherencia estaría determinado por las intenciones, relaciones interpersonales y el apoyo versus barreras para cumplir. Dichas hipótesis fueron puestas a prueba mediante análisis de regresión múltiple. Los resultados indicaron que en el caso de las intenciones, el sentido de eficacia resultó ser un predictor significativo para las muestras de diabéticos, cardíacos y con cáncer. La motivación hacia la salud predijo en los diabéticos y en la muestra de trastornos gastrointestinales junto con normas y, el valor asignado a la salud fue el único predictor significativo en la muestra de pacientes con

problemas respiratorios. En el caso de la muestra total, eficacia y motivación hacia la salud fueron los dos predictores significativos. Estos resultados presentan similaridades con el estudio de DiMatteo y colegas quienes encontraron en tres muestras que las intenciones fueron predichas significativamente solo por el sentido de eficacia.

Para el cumplimiento del tratamiento, en todas las muestras, las intenciones resultaron ser un predictor significativo. Relaciones interpersonales emergió en la muestra de cardíacos, diabéticos y con cáncer. El apoyo fue significativo en las muestras de diabéticos, cardíacos y con trastornos gastrointestinales. Para la muestra total, los tres predictores significativos en orden de importancia fueron apoyo, relaciones interpersonales e intenciones. En el estudio de DiMatteo, también el apoyo y las relaciones interpersonales mostraron el mayor poder predictivo, e intenciones resultó significativo solo en una muestra.

Resumiendo, esta investigación sugiere que las intenciones de cumplir con las recomendaciones están fundamentalmente determinadas por el sentido de eficacia. La motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, así como las normas son otras variables relevantes dependiendo del tipo de padecimiento. Los hallazgos también sugieren, que la adherencia al tratamiento está fuertemente asociada con la percepción del apoyo social, la calidad de las relaciones interpersonales con el personal de salud y las intenciones a seguir el tratamiento. Así, pareciera que la reducción de las barreras asociadas con la adherencia, el incremento del apoyo a las conductas de adherencia y una adecuada interacción médico-paciente tienen una importancia sustancial para mejorar el seguimiento de las recomendaciones médicas. En otras palabras, se trata de factores más prácticos que puramente psicológicos. Por otra parte, si las intenciones, como lo plantea la teoría de la acción razonada y en el presente estudio corroborado, son antecedentes esenciales para la acción, es necesario prestar atención a sus determinantes, tales como la motivación hacia la salud, el valor asignado a la salud, las normas y, fundamentalmente, al sentido de eficacia del paciente.

Bibliografía

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* New York: Prentice-Hill.
- Becker, M. y Maiman, L. (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care, 13,* 10-24.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37,* 122-147.
- Becker, M. y Rosenstock, I. (1984). Compliance with medical advice. En A. Steptoe y A. Mathews (Eds.), *Health Care and Human Behavior* (pp. 175-208) CA: Academic Press.
- Baines, D. (1992). Issues in cultural sensitivity: Examples from the Indian peoples. En D. M. Becker, D. Hill, J. Jackson (Ediys.). *Health behavior research in minority populations: Access, design, and implementation.* Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute.
- Christensen, A., Moran, P., y Wiebe, J. (1999). Assessment of irrational health beliefs. Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology, 18,* 169-176.
- Cluss, P. y Epstein, L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. En P. Karoly (Edit.). *Measurement strategies in Health Psychology.* New York: Wiley.
- D'Anello, S. (2000). Instrumento para medir los determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento médico. Papel de trabajo. Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de medicina. ULA. Mérida.
- Deci, E. y Ryan, R. (1985). Intrinsic motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum.
- DiMatteo, M. (1985). *Achiving patient complianc: the psychology of the medical practitioner´s role.* New York: Pergamon Press.
- DiMatteo, M.,Hays, R., Gritz, E. y Bastani, R. (1993). Patient adherence to cancer control regimens. *Psychological Assessment, 5,* 102-112.
- DiMatteo, M. (1990). The psychology of health, illness, and medical care: An Individual perspective. California:Books/ Cole Publishing Company.
- DiMatteo, M., Sherlourne, C., Hays, R. y Ordway, L. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology, 12,* 93-102.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196,* 129-136.
- Horwitz, R. y Horwitz, S. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine, 153,* 1863-1868.

- Hunt, E. y MacLeod, C. (1979). Cognition and information processing in patient and physician. In G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Edits.). *Health Psychology: A Handbook.* San Francisco: Jossey Bass.
- Johnson, S. (1992). A longitudinal analysis of adherence and health status in chilhood diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 17,* 537-553.
- Johnson, S., Tomer, A., Cunningham, W. y Henretta, J. (1990). Adherence in childhood diabetes: Results of a confirmatory factor analysis. *Health Psychology, 9,* 493-501.
- Kaplan, R. y Simon, H. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self prediction. *Annals of Behavioral Medicine, 12,* 66-71.
- Korsch, B. (1988). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics, 61,* 872-876.
- Kulik, K. y Carlino, P. (1987). The effects of verbal commitment and treatment choice on medication compliance in a pediatric setting. *Journal of Behavioral Medicine, 10,* 367-376.
- Leventhal, H., Meyers, D., y Nerez, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Edit.). *Medical Psychology,* Vol II. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. y Gutmann, M. (1984). Compliance: a self regulation perspective. In D. Gentry (Edit.). *Handbook of Behavioral Medicine.* New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H. Y Diefenbach, M. (1991). The active side of of illness cognition. In J. Skelton y R. Croyle (Edit.). Mental Representation in Health and Illness. New York: SpringerVerlag.
- Maciá, D. y Méndez, F. (1998). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. *En Manual de Psicología de la Salud.* (pp. 217-256). Miguel Angel Simón (Edit.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manne, S. (1993). Treatment adherence difficulties among children with cancer: The role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology, 18*, 47-62.
- Milgrom, H., Bender, B., Ackerson, L., Bowry, P., Smith, B., Rand, C. (1996). Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *Allergy Clinical. Immunology, 98,* 1051-1057.
- Morrell, R., Park, D., Kidder, D., Lautenschlager, G. y Firth, M. (1995). Hypertension and medication adherence across the life span. *Journal of the American Geriatrics Society, 33,* 585-589.
- Polonsky, W., Anderson, B., Lohrer, P. y Aponte, P. (1994). Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care, 17,* 1178-1185.
- Putnam, D., Finney, J., Barkley, P., Bonner, M. (1994). Enhancing commitment improves adherence to a medical regimen. *JournaL of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 191-194.
- Rodin, J. (1982). Health Psychology. *Annual Review of Psychology, 40,* 533-579.

- Rosenstock, I. (1989). Enhancing patient compliance with health recommendation. Journal of Pediatric Health Care, *2*, 67-72.
- Rusbult, C. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology, 16,* 172-186.
- Ryan, R. Plant, R. y O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors, 20,* 279-297.
- Sarafino, E. (1998). *Health Psychology.* (3era. Ed.) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sherbuorne, C., Hays, D., Ordway, L., DiMatteo, M. y Kravitz, L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine, 15,* 447-468.
- Steel, D., Jackson, T. y Gutmann, M. (1990). Have you been taking yours pills? The adherence monitoring sequence in the medical interview. *The Journal of Family Practice, 30,* 294-299.
- Svarstad, B. (1996). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. En D. Mechanic (Edit.). *The growth of bureaucratic medicine: An inquiry into the dynamic of patient behavior and the organization of medical care* (pp. 220-238). New York: Wiley.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology., 3,* 431-457.
- Williams, G., Rodin, G., Ryan, R., Grolnick, W. y Deci, E. (1998). Autonomous regulation and long term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17,* 269-276.
- Williams, G. y Deci, E. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 767-779.
- Zola, I. (1973). Structural constraints on the doctor-patient relationship: the case of non-comliance. En L. Eisenberg y A. Kleinmann (Edits.). *The relevance of social science for medicine.* New York: Reidel.

capítulo 11

La normalidad como eficiencia

Luis Esqueda T.

Se sabe, en forma espontánea y a veces intuitiva, que lo normal es lo que estamos en capacidad de aceptar sin que nos altere o nos afecte. Es lo común, lo frecuente, lo que no escandaliza ni molesta; lo que nos puede llamar la atención sin que ello implique modificación del curso de nuestra conducta; lo que no nos desorganiza.

Lo más curioso de la normalidad es que la damos por hecho. Quizás sea eso: es lo natural, lo que fluye y ocurre espontáneamente. El problema es que es tan espontánea y natural que nadie parece preocuparse ni inquietarse por sus dimensiones e implicaciones. Hemos llegado al extremo de juzgar normalidad a partir de lo anormal, de lo patológico, de lo contaminado o enfermo. Y esto parece ocurrir en todos los planos de la vida del hombre, más especialmente en el aspecto psicológico.

Se supone que la psicología general es la ciencia que se ocupa del hombre normal, la que debe recopilar los conocimientos producidos por las otras ramas de la psicología y de otras ciencias para describir y comprender los determinantes del hombre. Se supone que la psicología clínica es la especialidad que se ocupa de la conducta anormal y que la psicología social es aquella que estudia al hombre interactuando con los otros hombres. Esa especialización no es nueva. Y se supone que tal división del conocimiento debió producir una información integrada capaz de decirnos cómo es el hombre normal y de ofrecernos parámetros para entender y curar lo anormal.

Pero no ha ocurrido así. Los investigadores en Psicología se han interesado más por las manifestaciones conductuales inusuales, por las expresiones emocionales disruptivas, por las personas excepcionales, por las tareas en grupos que no funcionan o por las organizaciones enfermas. Se observa, se diagnostica, se trata y se estudia lo que se siente inapropiado, pero se ha descuidado al hombre normal, la actividad normal, lo que la gente es o siente que es en condiciones normales. Es más, se ha llegado al extremo de pensar al hombre normal a partir de la anormalidad.

Para ilustrar el punto y sólo como ejemplo, diremos que el autor ha podido compilar solamente una tesis doctoral escrita sobre el tema de la normalidad psicológica (Berl, 1940) y dos libros sobre el hombre normal (Richard, 1955; Raitzin, 1946). Fuera de ese material, se encuentran sólo algunos artículos que tratan el tema en forma tangencial. La verdad es que poco se ha hecho para estudiar al hombre normal y la normalidad psicológica, y ésta es una realidad no solamente nacional sino internacional que, muy probablemente, representa un vacío significativo para entendernos como individuos.

Algunas nociones sobre normalidad

Como se notará, los puntos de vista sobre la normalidad psicológica son muchos. Si queremos ser sistemáticos para entender lo que la normalidad puede ser, debemos admitir que existen cuatro grandes líneas (no excluyentes) que pueden orientarnos: la frecuencia, la conducta desviada, la conducta inadaptada o inapropiada y, por último, la desorganización psicológica o cognitiva. También existen otras formas de definir la normalidad menos convencionales y más retadoras para el espíritu inquisidor: la normalidad como salud, como utopía o, como lo proponemos: eficiencia o ajuste.

La frecuencia no es otra cosa que la definición estadística de la normalidad. Es lo regular, lo que hace el promedio, lo que siente el promedio, lo que dice el promedio. No es muy alentador ser del promedio, pero al menos se tiene la ventaja (y quizás la certeza) de ser "normal".

Esta definición estadística de normalidad ofrece dos grandes deficiencias: la primera, es que esta visión se encuentra ligada a números en el sentido de que es imposible determinar con exactitud la

cantidad de personas verdaderamente libres de problemas y alteraciones psicológicas. Se estima que un 20% de la población mundial consulta, en un momento u otro por problemas de tipo psicológico. Se estima, igualmente, que un 60% de las enfermedades tienen una base psicosomática (OMS, 1992). Esas cifras hacen lo infrecuente, muy frecuente. El segundo problema, no menos importante, es que ser excepcional y ser normal no son dos cosas necesariamente muy distintas. Dicho de otra forma: muchas personas con talento, con unicidad, con genio, no pertenecen en lo más mínimo al promedio y no por ello dejan de ser personas absolutamente normales. Es más, cuando se evoca la definición de normalidad como utopía, se hace referencia, precisamente, a los seres excepcionales que la humanidad ha conocido y que se han convertido en 'puntos de referencia', 'modelos' que deseamos imitar.

Conducta desviada y frecuencia son dos términos cercanos, aunque no cubren el mismo espacio. La conducta desviada puede volverse, con el tiempo, muy frecuente. Eso ocurre con la moda, por ejemplo. Pero en términos de normalidad, quizás lo peor de la conducta desviada no se encuentra en la conducta que observamos, sino en nosotros mismos: la situación nos produce desagrado, nos incomoda, nos molesta en lo más íntimo. Ello ocurre cuando nosotros, los que formamos parte de la mayoría observamos a otro miembro de esa mayoría ofender las reglas establecidas y que nosotros aceptamos como propias. Es así como confirmamos que la conducta es desviada. Sin embargo, las normas son patrones culturales que varían de una sociedad a otra y lo que puede ser percibido como desviado en un medio dado y en un tiempo dado, puede ser altamente apreciado en otro sitio y en otro tiempo.

Supongamos por un instante que usted se encuentra en su oficina y que, de pronto, irrumpe un individuo peludo, barbudo, sucio, andrajoso, que solicita un empleo. El aspecto externo de la persona le provoca repulsión, desagrado. No se corresponde con lo que se espera o lo que usted espera.

La conducta desadaptada sí es percibida como incoherente porque bloquea el bienestar, el desarrollo y el pleno crecimiento de la persona. Como tal, dicha conducta tiene consecuencias directas para el individuo y para el grupo pues se trata de procesos que afectan la continuidad de la especie o del grupo. Se entenderá, entonces, que

la mayoría de las personas que sufren problemas psicológicos los expresan a través de conductas inadaptadas, síntomas como depresión, angustia masiva o creencias irracionales. No obstante, la conducta adaptada no puede ser el único criterio de normalidad por cuanto ella expresa -igual que la conducta desviada- sólo un aspecto de lo que el individuo es como totalidad.

La inadaptación, aunque casi siempre conlleva alguna disfunción psicológica, puede no implicar violación de las normas sociales. Ese es el caso de la timidez extrema, por ejemplo. De allí que la inadaptación sea diferente de la desviación y requiera mayor apertura conceptual. Apertura que debe apoyarse en la tendencia conductual global del individuo, en la forma como organiza su mundo.

En todo caso, algo que parece claro para todo el mundo es que normalidad es sinónimo de organización psicológica. Es fácil deducir que anormalidad equivale a desorganización psicológica. La expresión "parece claro" describe bien lo que ocurre: sólo el propio individuo puede indicar acertadamente cuándo se siente desorganizado o cuándo algún acontecimiento posee potencial para desorganizarlo. La limitante es que, en una alta proporción de casos, las personas se empeñan en ocultar su nivel de desorganización a la espera de que "las cosas se arreglen" o el tiempo pase.

El hombre es un sistema de funciones psicológicas que depende de otro sistema mecánico e instrumental: el cuerpo, la organización anatómica. La debida concatenación de funciones psicológicas y corporales de un individuo hace que ese mismo personaje se aproxime a una zona libre de síntomas. A medida que las funciones psicológicas se perturban o se enfrentan unas con otras, o perturban o enfrentan las funciones corporales, en esa misma medida la persona se aproxima a la zona de desórdenes severos o de desorganización total.

La memoria, la flexibilidad sentimental y emocional, el pensamiento y el habla coherentemente articulados, la capacidad de atención y concentración, son algunos de los aspectos del área psicológica que deben expresarse dentro de una cierta coherencia, en función de la experiencia vivida y de las exigencias ambientales (Crider, Goethals, Kavanaugh y Solomon, 1983). Debe haber concatenación, articulación, interacción entre esas funciones para sentir que se tiene frente a sí a una persona que funciona adecuadamente. ¿Cómo sabemos que tenemos frente a nosotros una persona deprimida? Precisamente porque

somos capaces de detectar que alguna o algunas de las funciones psicológicas básicas no están operando convenientemente.

Normalidad como eficiencia

Dentro de este contexto hay algo que va mucho más allá de la simple organización funcional del sistema y que hace de la normalidad psicológica un trascendente problema: se trata del objetivo ¿Para qué funciona el sistema? ¿Qué propósitos tiene? Dadas las consideraciones anteriores debería asumirse, a título de hipótesis, que la normalidad es función del propósito para el cual el sistema se usa. En nuestro caso, la eficiencia de las funciones psicológicas debería traducirse en un producto: un hombre feliz, contento de sí mismo, orgulloso de vivir y de disfrutar de la vida, una persona asertiva, segura, predecible, autónoma, y que sabe aprovechar sus recursos adecuadamente, en función de las exigencias del ambiente en que se encuentra. Eso es, precisamente, lo que estamos estudiando. ¿Es eso realmente normalidad?

La eficiencia del sistema psicológico puede ser concebida como el ajuste casi automático que el individuo es capaz de producir en función de una demanda o exigencia externa. La eficiencia no es utopía, no es una matriz de funciones altamente integradas que producen un hombre perfecto o excepcional que marca la historia. Tampoco es ausencia de psicopatología, como en el caso de la normalidad como salud. La normalidad como eficiencia es, más bien, integración funcional entre recursos y propósitos. Mientras mayor es la integración, mayor es la eficiencia en general. ¿Por qué no imaginar que eso puede ocurrir en el ser humano el cual persigue objetivos a veces inconfesables, incluso para sí mismo?

Lo importante es entender que la noción de eficiencia asociada a la de normalidad psicológica cambia el enfoque que tenemos del individuo: ya no es normal el del montón, el hombre promedio; ni es anormal el que presenta alguna conducta desviada o desadaptada. Es más, ya no es anormal el que presenta evidentes rasgos de desorganización, siempre y cuando su capacidad de contacto sea suficiente como para garantizarle eficiencia en algunos propósitos. Es normal, sencillamente, el que sabe dosificar sus esfuerzos. Se pasa así de una

visión clínica a una visión psicosocial de la normalidad. La psicología clínica y la psiquiatría habían tomado para sí el trabajo de determinar lo que era y lo que no era normal en la conducta humana. Para determinar normalidad se estudiaba la anormalidad, los casos desviados o fuera de lo común. Se definía la mayoría a partir de la minoría, asumiendo que los parámetros de la mayoría todo el mundo los conoce y sabe identificarlos. Sin embargo, la misma evolución social y el desarrollo del conocimiento sobre el hombre, las consideraciones de costo y de economía de mercado, han conducido a entender que ser normal no es, necesariamente, parecerse a los demás, sino contribuir productivamente al progreso colectivo, obteniendo de la acción y de la conducta propia, beneficios personales directos o indirectos.

Las evidencias de la investigación científica nos confirman cada vez más que la discriminación clínica, tal como se viene haciendo con los procedimientos de pruebas estandarizadas, permiten afinar las áreas específicas de desajuste y remediar puntualmente lo que no anda bien. Y ello no compromete obligatoriamente el funcionamiento total de la persona. La misma psiquiatría abandonó los muros del asilo para buscar la integración del paciente mental a su núcleo de origen y, los últimos procedimientos de medida confirman que, efectivamente, existe una estrecha asociación entre medidas de eficiencia psicológica y perturbaciones clínicas definidas. Esta es la visión que se desprende de un trabajo sistemático sobre normalidad emprendido desde el año 1993 y que será presentado aquí en sus rasgos esenciales.

La primera investigación

Aunque no es lo acostumbrado y no es lo que se enseña en metodología de la investigación científica, durante los primeros pasos del trabajo sobre normalidad no se partió de una concepción preconcebida de normalidad. Simplemente, se le asignó a estudiantes de un postgrado en Psicología Clínica la tarea de ir a la calle y preguntarle a muestras homogéneas (maestras, enfermeras, policías, soldados, etc.) qué era para ellos normalidad, cuáles eran las características de una persona normal, cómo sabían ellos que una persona era normal. El formato era un cuestionario abierto. El encuestado podía escribir directamente sus respuestas o el encuestador copiaba lo que la persona

le dictaba. En total, se recogieron 487 encuestas que fueron procesadas siguiendo el procedimiento de análisis de contenido y el sistema de agrupación por categorías significativas o semejantes.

Los resultados han sido agrupados para facilitar la lectura de la información. En muchos casos, la clasificación de una respuesta determinada no obedeció a la decisión del investigador principal, sino a la lectura mayoritaria de los estudiantes del postgrado, todos psicólogos profesionales, quienes procedieron a un análisis preliminar de sus propios resultados. Este procedimiento se consideró apropiado porque respetaba el criterio de no obedecer a posiciones teóricas o clasificaciones preestablecidas. Un ejemplo puede contribuir a aclarar este punto: Varias personas señalaron que normal es "ser como los demás". Una psicóloga clasificó esa respuesta dentro de la categoría "todo lo que la gente hace", tres las clasificaron en "lo común", lo corriente y otra en la categoría "lo que no molesta". ¿Cómo darle sentido a esa disparidad de interpretaciones? Se utilizó una norma sencilla de mayoría y se reagruparon las respuestas en la categoría que había recibido mayor concordancia.

¿Qué es lo normal?	
· Lo que no molesta	29%
· Lo común, lo corriente, lo usual	26%
· Lo que la gente hace	21%
· Aquello que se acepta, aunque no sea lo mismo que uno piensa	13%
· El trabajo, la colaboración, la productividad	8%
· Otras respuestas	3%
Características de una persona normal	
· Trabaja, produce, se ocupa regularmente de algo	40%
· Alguien feliz, sin rollos, que disfruta la vida	34%
· Capacidad, entendimiento, sensibilidad	16%
· Persona social, preocupada por los demás, atenta	8%
· Otras respuestas	2%
¿Cómo se sabe que una persona es normal	
· Porque se ocupa, está haciendo algo, es continuo en lo que hace	37%
· Porque anda limpio, se viste adecuadamente, tiene buena apariencia	21%
· Porque habla como es debido, respeta a los demás, escucha, no abusa	18%
· Porque tiene hijos, familia, amigos, es querido	13%
· Porque se comporta bien, respeta la ley, es conforme	9%
· Otras respuestas	2%

Como podrá notarse, al agrupar las respuestas, surgen dos dimensiones particulares que aparecen, muy especialmente, cuando se describen las características de la persona normal. Esto es: la ocupación, el trabajo y la satisfacción por la vida y por sí mismo. La información es altamente relevante por cuanto la muestra de individuos

encuestados estuvo conformada, en su gran mayoría, no por profesionales o especialistas del área, sino por personas cuyo nivel educativo alcanzaba el bachillerato o el nivel técnico (en realidad, sólo el 6% de la muestra eran profesionales. La muestra incluyó también un grupo de reclusos, uno de prostitutas y un grupo de homosexuales).

Ello quiere decir que al preguntarle al trabajador, al obrero, al empleado o al funcionario sobre lo que les permite orientarse en la vida para determinar si quienes le rodean son normales o no, el criterio central es el trabajo, la ocupación en general y la satisfacción del individuo ante sí mismo y por lo que hace.

Otro indicador relevante es la apariencia o el cuidado personal. Normalmente no aparece solo, pero muy frecuentemente acompaña al resto de los indicadores de una forma u otra. No obstante, debe señalarse que el peso de la apariencia es más importante, al menos más consistente, para las mujeres que para los hombres.

Por supuesto, dentro de este análisis primario de la información recolectada, destaca el hecho de que lo normal sea "lo que no molesta" (29%), "lo común" (26%). Es decir, la definición estadística de la normalidad, la normalidad como frecuencia, encuentra aquí un apoyo empírico directo pues el 55% de la muestra se orienta, en esencia, a través de estas dos dimensiones de clasificación.

Dicho de otra forma, la población general se orienta ante lo que es "normal" por lo que prescribe la mayoría, lo que acepta o se supone que acepta la mayoría. Esto es cuando lo normal es considerado en abstracto, sin estar conectado con una situación o una exigencia particular. Pero al solicitar qué caracteriza a la persona normal, es decir, qué hace y dentro de cuál contexto la persona normal ejecuta, entonces se cambia de enfoque y aparecen indicadores de mayor interés porque son más evidentes: Trabajo, ocupación, producción, felicidad o satisfacción, aspecto externo.

Segunda investigación

Después de analizar la información recolectada y agrupada por categorías, se regresó a las encuestas para extraer las frases y las formulaciones originales de las personas. La idea era producir un cuestionario susceptible de ofrecer una medida de normalidad psicológica, sin con-

notaciones o sesgo de patología, a partir de lo que la gente en general siente o piensa que es la normalidad. Con ese criterio en mente, fue posible extraer 64 afirmaciones que fueron (algunas de ellas) refraseadas para adaptarlas al formato del cuestionario, pero respetando su formulación original.

El cuestionario así creado fue administrado a 328 personas, de las cuales 141 eran estudiantes y 187 eran (como en la muestra anterior, empleados, obreros o profesionales de diversos ambientes institucionales o empresariales). De ese grupo, 152 eran varones y 176 hembras. La edad promedio de la muestra total fue de 26,6 años.

Se utilizó un formato tipo Likert de seis puntos que va de 1 (completo desacuerdo) a 6 (completo acuerdo). Los resultados obtenidos fueron sometidos a un análisis de correlación de Pearson para determinar la consistencia interna de las 64 afirmaciones y solamente fueron retenidas, para efectos del análisis factorial de la escala, las 30 afirmaciones que correlacionaron a más de .35 con el total.

Al aplicar el análisis factorial a las 30 afirmaciones seleccionadas, se determinó que 22 ítemes cargaban y se agrupaban apropiadamente en dos factores. Algunas de las 8 afirmaciones dejadas por fuera, bien sea porque repartían sus cargas factoriales entre ambos factores o porque no cargaban en ninguno de los dos, tenían que ver con dos aspectos: la apariencia personal y la conducta ajustada. Dos de esos ítemes fueron, por ejemplo, "Lucir bien es importante para sentirme bien", y "En todas las situaciones uno debe comportarse como la gente espera que uno lo haga". Al examinar las cargas factoriales de cada ítem por separado y su respectiva agrupación por factores se tomó la decisión de retener las 22 afirmaciones, considerando que el puntaje obtenido por la escala así constituida sería representativo de una medida de normalidad o ajuste psicológico.

Item	Factor 1	Factor 2
1	.63	.20
2	.38	.12
3	.63	.19
4	.41	.02
5	.45	.10
6	.56	.10
7	.53	.04
8	.60	.21
9	.64	.22
10	.49	.07
11	.47	.07
12	.52	.12
Item	Factor 1	Factor 2
13	.01	.71
14.	.22	.64
15	.22	.64
15	.01	.71
16	.03	.72
17	.12	.43
18	.20	.45
19	.15	.57
20	.08	.54
21	.06	.72
22	.19	.58

El primer factor quedó conformado por 12 ítemes que miden preocupación por la eficiencia, dedicación a la tarea, ausencia de envidia por el éxito de los demás, sentimiento de ser justo, sentimiento de riqueza y densidad personal, autocontrol. Es un factor donde predomina la idea de eficiencia y de asertividad individual. El segundo factor quedó conformado por 10 ítemes que evalúan el grado en que la persona se siente satisfecha consigo misma y con la vida, con lo que hace, su nivel de disfrute de lo que le rodea. Es un factor que evalúa la satisfacción por la vida.

La proporción de varianza explicada por el primer factor es de .39, mientras que la del segundo factor es de .45. De hecho, al examinar las cargas factoriales reportadas para el segundo factor, se puede notar que ellas son consistentemente más altas.

Basándonos en los indicadores ya señalados, normalidad quedó así definida como el grado en que la persona percibe que usa sus

recursos eficientemente y está en capacidad de expresar su satisfacción por la vida, afirmándose como individuo ante los demás. Es la cantidad de energía auto percibida que la persona destina a afirmarse ante los demás y en el ambiente que la rodea; la posición de la persona ante la vida, independientemente de que los eventos sean buenos o malos. La escala total que mide dicha concepción recibió el nombre de *Normalta.*

Tercera investigación

Al disponer de una escala o cuestionario susceptible de ofrecer una medida de normalidad psicológica desde el punto de vista psicosocial, resultaba indispensable probar el nivel predictivo de la misma. No era suficiente contar con un cuestionario que había demostrado ser altamente confiable como escala de medida; también se necesitaba comparar entre personas que funcionan adecuadamente y personas cuya historia personal y clínica indica un cierto nivel de desajuste.

Ese estudio fue posible gracias al trabajo de María Eugenia López. La mencionada investigadora encuestó en el Hospital Universitario de Los Andes, en el seno mismo del Departamento de Psiquiatría y comparó la historia clínica, el diagnóstico establecido y los puntajes en Normalta de 253 pacientes ambulatorios del Servicio. Igualmente, tomó una muestra de 63 personas, acompañantes de los pacientes, a los cuales se administró la misma escala.

Los resultados son concluyentes: mientras que la muestra de acompañantes obtuvo una media de 108, con una desviación estándar de 13 puntos (la media nacional es de 110 con una desviación de 15), el grupo de pacientes obtuvo una media de 85, con una desviación de 8 puntos. Esa diferencia es estadísticamente significativa ($p = .001$). Es decir, los puntajes obtenidos por la muestra de pacientes ambulatorios del servicio de psiquiatría son significativamente distintos de los puntajes obtenidos por la muestra de acompañantes y por la muestra nacional que, asumimos, constituye un grupo de personas funcionando normalmente. Más aún, al comparar por nivel de gravedad del diagnóstico clínico previo, siguiendo la clasificación del DSM IIIR, se constata que a mayor complejidad de la sintomatología clínica del paciente, más bajo el puntaje en Normalta.

Los resultados reportados indican que la Escala Normalta discrimina adecuadamente entre las personas que sufren de desajuste psicológico y las que, dentro de ciertos límites, mantienen un apropiado grado de funcionamiento para consigo mismas y para con el entorno.

Un cuarto estudio, que no será detallado aquí, comparó los puntajes obtenidos por una muestra de estudiantes en el test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), el más elaborado y ambicioso instrumento de medida de la personalidad diseñado hasta ahora, con los puntajes en Normalta. Se puede adelantar, en relación con los resultados preliminares de ese trabajo, que la escala de normalidad es capaz de discriminar entre los sujetos que obtienen altos puntajes tanto en neuroticismo, como en psicoticismo en el MMPI y aquéllos que no.

Discusión

La eficiencia percibida, la asertividad y la satisfacción por la vida como componentes de la normalidad psicológica no representarían ningún aporte específico al conocimiento si esos elementos no se hubiesen desprendido de un exhaustivo análisis de respuestas de distintas muestras de la población general venezolana y si, simultáneamente, no se hubiese tomado la precaución de categorizar, sistematizar, dicha información hasta llegar a crear una escala de medida que, desde el punto de vista psicosométrico, cumple con las propiedades técnicas exigidas y ofrece pruebas consistentes de validez discriminante y convergente.

La definición de normalidad psicológica utilizada en el presente trabajo no pretende cubrir ningún espacio particular dentro del campo específico de la psicología clínica pues no se fundamenta en ningún análisis de conductas, pensamientos o actitudes sesgadas por sufrimiento emocional, desorganización psicológica o conductas aberrantes. Muy por el contrario, se tomó en cuenta, precisamente, lo que la gente detecta como lo más corriente, lo más característico, lo típico del individuo normal. Se trata, pues, de una visión psicosocial de la normalidad.

Visión psicosocial que debe desarrollarse y afinarse en el futuro con nuevas investigaciones. Ello es indispensable por cuanto, como

se indicó, el análisis factorial de la escala muestra que el factor que explica mayor varianza dentro de esta concepción de normalidad, es aquel que mide satisfacción, deleite, entusiasmo y disfrute (o capacidad de disfrute) por la vida y por lo que se hace en ella. La satisfacción por la vida o la capacidad para sentir satisfacción, transmitir esa satisfacción y disfrutar de ella, es un elemento que debe contribuir a combatir el estrés dañino y pernicioso, que debe afectar la eficiencia, que debe conducir a sentimientos de desagrado y desajuste personal. Las conexiones entre tales aspectos deben ser investigadas en detalle para establecer mejores estrategias de intervención y de rehabilitación en los casos de sufrimiento y desajuste.

Que la satisfacción por la vida (en tanto que factor) aparezca como ligeramente más consistente que el factor eficiencia y asertividad (en las medidas reportadas), no invalida la definición avanzada de normalidad en término de eficiencia. Hay que recordar que la mayoría de la muestra encuestada, cuando se utilizó el formato abierto, señaló que el criterio de normalidad más importante para ellos es que la persona se encuentre haciendo algo, trabajando, produciendo. Este es un punto importante porque sitúa la normalidad dentro de un límite social relevante: mientras la persona produzca, mientras sea capaz de llevar a cabo una tarea con continuidad, mientras pueda centrarse o concentrarse en algo productivo para ella o para la comunidad, podrá también expresar opiniones, sentimientos o conductas no ajustadas a las expectativas del grupo y, sin embargo, seguirá siendo considerada como una persona normal.

Puede decirse que, el nuestro, es un enfoque postmoderno de normalidad psicológica, un enfoque contaminado por la realidad económica que vivimos, pero es un enfoque no del todo descartable que ni podemos ni debemos descuidar.

Bibliografía

- Berl, E. (1940). *Normality: an historical and comparative analisys of the concept*. Doctoral Dissertation, New York University.
- Crider, A; Goethals, G; Kavanaugh, R. y Solomon, P. (1983). *Psychology*. Scott, Forestman and Company, Dallas, Texas.
- Richard, G. (1955). *Psicoanálisis del Hombre Normal*. Editorial Psique. Buenos Aires.
- Raitzin, A. (1946). *El Hombre Normal: ese otro desconocido*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.

capítulo 12

En guardia frente a las drogas

Gregorio Escalante

Entre los numerosos problemas sociales contemporáneos, el de las drogas parece ser uno de los más agudos para la civilización occidental. Casi diariamente los medios masivos de difusión nos acosan con informaciones que relatan hechos relacionados con tiroteos, guerras entre pandillas, muertes por sobredosis y distintas tragedias generalmente asociadas con el uso de drogas ilegales. La opinión de los países productores suele encasillarse afirmando que el problema no es suyo sino de los países consumidores, y éstos, a su vez, orientan sus ataques responsabilizando a aquellos.

La excesiva demanda hace que los precios de las drogas supongan altos márgenes de ganancia, y lo cierto es que ni unos ni otros han logrado afianzar alternativas que representen un verdadero enfrentamiento exitoso del problema. Y hasta se ha llegado a descertificar a países productores de ciertas drogas, pero no se hace lo mismo con países productores de otras, además de que no existen descertificaciones para las grandes mafias que operan, básicamente, en los países consumidores y que son, en realidad, la parte más importante del problema.

Las adicciones no están limitadas a ningún estrato social en particular sino que afecta a personas de todos los niveles sociales. Tampoco existe un conjunto particularizado de factores causales que pueda ser compartido por la mayoría de los investigadores y clínicos. Lo que hay es una gran variedad de puntos de vista que van desde

una supuesta determinación biológica hasta una serie de consideraciones de naturaleza sociocultural, pasando por todo un núcleo de creencias de naturaleza cuasi religiosa. Y la verdad es que la revisión de la literatura sobre el tema de los desórdenes adictivos revela más bien desencanto y frustración frente al intento sostenido de establecer características unitarias comunes capaces de explicar las diferentes adicciones entre los individuos (Bry y otros, 1982; Wills y otros, 1996).

La situación tiene características ciertamente epidémicas en diferentes países y sus consecuencias representan un serio problema de salud a nivel personal y social. En el plano individual, el uso de drogas, incluyendo el alcohol, supone una serie de efectos dañinos que van desde una clara interferencia con los procesos cognitivos hasta la creación de problemas caracterológicos, pasando por un incremento del riesgo de accidente y muerte. Y en el plano social, además de que genera alzas importantes en los costos educacionales y sanitarios, el empleo de drogas prohibidas eleva los índices de criminalidad y complica la prestación de servicios de salud mental.

El problema es particularmente insidioso porque suele prolongarse mucho más allá de la adolescencia, etapa en la cual generalmente suele originarse. Una gran parte de los jóvenes que se inician en el uso de las drogas durante la adolescencia temprana continúan empleándolas en la vida adulta. Y ya ha sido reconocido que el abuso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) representa entre un tercio y la mitad de los casos de cáncer pulmonar y enfermedades coronarias en adultos (Blum, 1987), además de que el alcohol y otras drogas son factores de riesgo indudables tanto en la adquisición del Sida como en la proliferación de crímenes violentos, el abuso sexual infantil y el desempleo.

Los datos epidemiológicos obtenidos de la población general de adolescentes muestran un incremento constante en el uso de drogas entre los 12 y los 18 años de edad (Wills y otros, 1996). Y los análisis retrospectivos indican que la experiencia inicial con este tipo de sustancias ocurre típicamente a nivel del séptimo-octavo grados, observándose un incremento durante la adolescencia tanto en la frecuencia como en el número de sustancias empleadas. Aunque una gran parte de la información procede de sociedades distintas a la nuestra, no hay razones para creer que en nuestro país la situación deba ser diferente, especialmente en lo relativo al consumo de bebidas

alcohólicas. Y puede asumirse que, en términos generales, cuando el joven venezolano termina el bachillerato ya debe haber establecido un patrón de bebida más o menos regular.

Si, además del alcohol, se incluyen otras drogas, el problema no cambia mucho. A partir de datos del Centro de Documentación e Información (CEDIF, 1996) de la Fundación José Félix Ribas, la situación resulta especialmente preocupante: de 2979 consumidores activos (291 mujeres y 2688 hombres) asistidos por la Fundación entre 1991 y 1995, la mayor concentración de usuarios de ambos sexos se localiza entre los 18 y los 25 años. Si se observan los datos ofrecidos para los períodos 86-90 y 91-95, pareciera que las drogas son esencialmente un problema de niños y de adolescentes, y que la verdadera 'iniciación' a las drogas para la gran mayoría de los jóvenes venezolanos de ambos sexos ocurre durante los años del bachillerato. En ambos períodos, si se exceptúan al alcohol y el tabaco, resultan dominantes el consumo de la marihuana, la cocaína y el basuco.

Los estudios empíricos coinciden en que la mayoría de los adolescentes son abstemios o bebedores muy moderados. Sin embargo, hay un porcentaje que puede oscilar entre el 2 y el 10 por ciento sobre quienes el alcohol juega un papel no propiamente incidental (Maddox, 1970). Según los reportes de los propios jóvenes, sus primeras experiencias con la bebida ocurren en el hogar y al lado de sus padres y familiares. Consideran que el uso de bebidas alcohólicas es una conducta adulta y típicamente afirman que las mismas siempre estuvieron fácilmente a su alcance para consumo en el hogar. La observación clínica de adolescentes bebedores sugiere que la mayoría de sus padres y una buena parte de sus madres eran alcohólicos. La conclusión que se obtiene de tales estudios es que el elemento más confiable para predecir alcoholismo en los jóvenes es precisamente el alcoholismo parental (Escalante y Escalante, 1993), además de que también la conducta de los compañeros ejerce una influencia sustancial en la adquisición del hábito entre adolescentes (Rogers, E. 1970).

Los efectos de las drogas normalmente varían con el tipo que se usa (Dunning y Chang, 1977). Las drogas más comunes suelen ser la marihuana, las anfetaminas, los barbitúricos, LSD, los opiáceos y la cocaína. A la marihuana se atribuyen efectos bastante complicados y contradictorios que, en algunos individuos, van desde la exaltación

hasta la hilaridad, pasando por la producción irregular de ideas, mientras que en otros puede generar quietud y ensoñación. En el caso de los principiantes, lo normal suele ser la producción de pánico. En muchos casos un estado puede ser seguido por el estado opuesto.

Las anfetaminas son estimulantes sintéticos que durante mucho tiempo fueron empleados para combatir el sobrepeso, la congestión nasal, la epilepsia y la depresión. A pesar de que hay en el mercado mejores productos para cualquiera de esos problemas, las anfetaminas todavía se dispensan libremente en el mercado de manera excesiva. Su empleo produce euforia, excitación e insomnio, además de que también crea estados de irritabilidad, intranquilidad, verbalización excesiva y ansiedad. Con el uso de las anfetaminas la capacidad para ejecutar actos complejos es seriamente disminuida. El letargo y la depresión que suelen ocurrir al desaparecer sus efectos inducen a la búsqueda de una nueva dosis. Los efectos físicos más importantes suelen ser temblores, dolor articular y muscular, pérdida del apetito y pérdida de peso.

Los barbitúricos son drogas sintéticas generalmente empleadas para tratar el insomnio, la presión arterial alta y la epilepsia. Básicamente actúan sobre el sistema nervioso y sus efectos típicos incluyen somnolencia, coordinación muscular reducida y depresión refleja. Combinados con el alcohol resultan especialmente peligrosos y pueden conducir a accidentes fatales. En grandes dosis pueden crear serios problemas respiratorios y circulatorios que pueden terminar en inconsciencia. Mientras está inconsciente, el usuario de barbitúricos puede vomitar, absorber el vómito y crearse problemas pulmonares muy severos (Altschule, 1963). En dosis excesivas los barbitúricos pueden ocasionar la muerte y frecuentemente son empleados en suicidios exitosos. Para el usuario de barbitúricos el abandono intempestivo del hábito suele ser fatal.

El LSD es un poderoso alucinógeno que puede ser tomado en forma de cápsula, como cubo de azúcar o en pastilla pequeña y que es capaz de provocar distorsiones muy eficaces de las zonas del cerebro que procesan y decodifican la información. Sus efectos suelen ser muy contradictorios y complejos y pueden variar de persona a persona y de ocasión a ocasión. Incluyen 'audición' de colores y 'visión' de sonidos, percepción exagerada de sonidos y colores, además de alucinaciones de distinta naturaleza.

La experiencia con LSD puede ser tranquila o puede generar pánico en el usuario. Pueden ocurrir también reacciones psicóticas y disturbios mentales que requieran hospitalización a largo plazo. Algunos artistas creen que el alucinógeno incrementa su creatividad, pero ninguno ha sido capaz de probarlo fehacientemente. Su empleo ha provocado la muerte en casos en los cuales el usuario creyó que podía remontar el vuelo o que no podía ser dañado por un vehículo en movimiento. Los efectos físicos del LSD incluyen hiperactividad, temblores, así como aumentos en la sudoración, la temperatura, el latido cardíaco y la presión sanguínea (Dunning y Chang, 1977).

Los opiáceos (morfina y heroína) son narcóticos o sustancias que inducen sueño, producen insensibilidad y alivian el dolor. También se les ha usado para suprimir la tos y la diarrea. La morfina fue aislada por primera vez en 1805 y la heroína sintetizada en 1874. La heroína, que muy a menudo se usa como medio de escapar de situaciones vitales poco placenteras, puede ser absorbida por las vías nasales o inyectada bajo la piel, pero el adicto que desea resultados más rápidos la prefiere por vía intravenosa. Entre sus efectos se cuentan la euforia, somnolencia, y depresión respiratoria. Las sobredosis pueden causar convulsiones y coma, pero el peligro mayor de la droga lo constituyen los adulterantes que suelen acompañarla.

La cocaína, obtenida de las hojas de la planta de coca, ha sido legalmente clasificada como narcótico, pero en realidad es un poderoso estimulante que inhibe la fatiga. Se le ha empleado como anestésico local, pero las sustancias sintéticas disponibles ya no justifican su uso en tal sentido. La cocaína generalmente se absorbe por las membranas nasales, pero puede ser también inyectada por vía intravenosa. Sus afectos incluyen euforia, excitación, intranquilidad. Usada en grandes dosis puede producir alucinaciones y delirios de persecución, seguidos generalmente por un sentimiento de ansiedad y miedo que el adicto suele contrarrestar acudiendo a los barbitúricos u opiáceos. Entre sus efectos físicos se señalan insomnio e incrementos en el ritmo cardíaco y la presión arterial, además de pérdida del apetito. Las dosis altas pueden provocar convulsiones, agitación y alzas en la temperatura corporal. La sobredosis provoca la muerte por depresión respiratoria y cardíaca.

Factores psicosociales de riesgo

La cuestión de entender las causas del alcoholismo y de la drogadicción en general entre la población joven va mucho más allá de la simple consideración del efecto dañino que las drogas producen. Es evidente que el riesgo de desarrollar ese tipo de problemas no está distribuido uniformemente en la población. Y que son muchos los factores de riesgo que durante la niñez aumentan la probabilidad de que el problema ocurra, sin que pueda aceptarse que uno solo de ellos sea la causa definitiva, que debe ser buscada más bien en el agregado de factores distintos. Algunos de los más salientes factores de riesgo psicosocial son estatus demográfico urbano, estatus socioeconómico bajo, débil afiliación cultural y religiosa, fácil acceso al alcohol y las drogas, historia familiar de alcoholismo o drogadicción, identificación con grupos de compañeros irregulares, discordia, desorganización y disrupción familiar, alienación y una débil presencia de valores sociales normativos (Bry y otros, 1982).

Por lo demás, la investigación en genética revela que numerosos procesos conductuales tienen una base hereditaria muy fuerte. Hay un número de rasgos temperamentales de base genética cuyas desviaciones suelen asociarse con una cierta vulnerabilidad en el consumo de alcohol y drogas. Entre ellos el nivel de actividad, la emocionalidad y la sociabilidad parecen haber recibido una confirmación empírica sustancial. Otros rasgos como la impulsividad no han recibido confirmación del mismo nivel (Buss y Plomin, 1984).

En la literatura especializada ha sido reportado que los niveles de actividad excesivamente altos (hiperactividad) en la niñez son un factor de riesgo hacia el alcoholismo: la probabilidad de tener un padre biológico alcohólico es más alta en niños hiperactivos que en niños que no lo son (Goodwin, 1985). Por otra parte, también se ha observado que los individuos alcohólicos han sido hiperactivos en su niñez y que los niños adoptados que han devenido adultos alcohólicos exhibieron más hiperactividad infantil que los sujetos control (Jones, 1968). Los adolescentes hiperactivos también evidencian una mayor propensión hacia el abuso de bebidas alcohólicas, que no puede ser explicada sobre la base del fracaso académico o la presencia de dificultades de aprendizaje, además de que los adultos sometidos a tratamiento por alcoholismo revelan una historia de hiperactividad

muy bien documentada como niños o como adolescentes (Tarter, 1988). Todos estos datos tienden a demostrar una clara relación entre alcoholismo e hiperactividad infantil.

La emocionalidad (susceptibilidad para sentirse intensa y fácilmente ansioso) ha sido examinada también como una dimensión de personalidad asociable al abuso de las drogas. Los niveles altos de ansiedad observados en personas alcohólicas sugieren tal cosa, y parece ser que tal característica es mayor en alcohólicos jóvenes. También ha sido observada una asociación entre altos niveles de ansiedad e impulsividad, rasgo este último que parece ser antecesor del alcoholismo (Jones, 1968). La investigación con personas con alto riesgo de alcoholismo señala que la inestabilidad emocional no es sencillamente un efecto directo del mismo: los hijos varones de alcohólicos exhiben características indicadoras de emocionalidad elevada, además de que suelen ser menos emocionalmente controlados que los hijos de padres no alcohólicos.

Las comparaciones hechas con el MMPI entre adolescentes delincuentes hijos de alcohólicos y no alcohólicos ha revelado que los primeros obtienen puntuaciones más altas que los segundos en la tríada neurótica (escalas de hipocondría, histeria y depresión) pero no en las otras escalas clínicas. Y cuando se compara a hijos de alcohólicos con compañeros de clase hijos de padres no alcohólicos, los maestros suelen aplicar calificativos como "emocionalmente inmaduro", "sensible a la crítica", "deprimido", "impulsivo", "inseguro", etc. a los hijos de alcohólicos. Parece que la inclinación a sentirse ansioso resulta ser otro factor de riesgo frente al alcoholismo, y que esta propensión se asocia con otras características conductuales como la impulsividad, la irritabilidad y la agresividad, que también juegan un papel muy definido en la conformación de un tipo de personalidad de alto riesgo cuando de abusar de las bebidas alcohólicas se trata (Tarter, 1988).

Según Jones (1968) el individuo pre alcohólico es hablador, expresivo y siempre dispuesto a iniciar intercambios humorísticos en situaciones interpersonales. De acuerdo con tal afirmación, el consumo de alcohol pudiera ser particularmente reforzante para personas desinhibidas, confiadas, siempre dispuestas a compartir socialmente. De lo mismo pudiera derivarse que el individuo de alto riesgo frente al alcoholismo es más «sociable» que otros, lo cual, ciertamente, no

es el caso. La verdad es que la conclusión correcta es la contraria: en el camino hacia el alcoholismo son más comunes las tendencias antisociales reveladoras de una disposición altamente impulsiva, muy lábil, desinhibida y activa, expresable en formatos conductuales que incluyen sadismo, raterías, agresión física, comportamiento escolar deficitario, inconformismo, deslealtad, ausentismo escolar y delincuencia (Berry, 1967). Los adolescentes con problemas de bebida suelen aferrarse al vicio mucho más a medida que permanecen lejos de la escuela, de la Iglesia y evidencian escaso autocontrol, un contacto emocional superficial, dificultades para relacionarse y serios problemas de conducta. Si bien es cierto que los individuos prealcohólicos y alcohólicos parecen a primera vista ser extrovertidos y gregarios, su estilo conductual en realidad no revela alta sociabilidad sino más bien dificultades muy serias para ejercer control e inhibirse.

En términos generales los alcohólicos suelen caracterizarse como grupo por ser impulsivos, resentir la autoridad, mostrar baja tolerancia a la frustración y un control escaso de la ira, (Graham y Strenger, 1988) tal como se desprende de las puntuaciones relativamente altas que obtienen en la escala 4 del MMPI (desviación psicopática). De ninguna manera debe pensarse que lo anterior conduce a la identificación de un perfil típico único para alcohólicos. Así como muchos alcohólicos comparten algunas características comunes y el MMPI ayuda a identificarlas, también entre ellos existen importantes diferencias que deben ser consideradas.

Entender la etiología del alcoholismo en realidad también equivale a comprender por qué la inclinación a las bebidas alcohólicas no se desarrolla. En cualquier caso, la evidencia continúa documentando el hecho de que hay factores fisiológicos, mediados por un entorno genético, que son muy importantes. Y que el acto de convertirse en alcohólico ocurre en un contexto social muy influido por distintos procesos biopsicosociales. Por esa razón la literatura tiende a coincidir en cuestiones importantes que forman parte de la etiología del alcoholismo, y que cubren aspectos muy relacionados que incluyen tanto el contexto cultural, como los factores ambientales y ciertos rasgos de personalidad. Tales aspectos pueden reducirse a los siguientes (Zucker, 1986):

a. las conductas antisociales durante la niñez consistentemente se relacionan con el uso posterior del alcohol. Se incluyen conductas agresivas, sadismo, rebeldía y actividades antisociales;
b. las dificultades académicas fueron identificadas en individuos que más tarde se hicieron alcohólicos. Se mencionan pobre ejecución escolar, baja productividad en la secundaria, menos años de escolaridad y mayor ausentismo escolar;
c. la hiperactividad aparece como factor etiológico importante en la generación de alcoholismo. Unidos a ello se señalan también desórdenes neurológicos y nerviosismo, además de déficit en la coordinación física y en la integración neurológica temprana;
d. los nexos débiles de asociación interpersonal también son mencionados como factor de riesgo. Ello supone una mayor dependencia y escasa consideración de los otros, así como fuerte tendencia al abandono temprano del hogar e indiferencia hacia la madre y los hermanos;
e. una mayor frecuencia de conflicto en el hogar aparece también como factor destacado. El conflicto parental puede obligar al joven a desplazarse hacia el grupo de compañeros o puede moverlo hacia la expresión de conductas antisociales. En ambos casos el resultado suele ser el consumo sostenido de bebidas alcohólicas;
f. los esquemas de interacción intrafamiliar inadecuados o la falta de contacto del niño con sus progenitores también es otro factor que suele señalarse. Las implicaciones suelen ser escasa supervisión, falta de exigencias parentales, afecto escaso, prácticas disciplinarias incorrectas o inconsistentes y desinterés de los padres;
g. los modelos parentales ofrecidos en el hogar son también factor de riesgo. El alcoholismo del padre o de la madre, así como sus conductas sexuales y comportamientos sociales inadecuados suponen un buen punto de partida en la generación del hábito de la bebida en los hijos.

A partir de la información anterior, ciertamente puede pensarse en la existencia de factores desencadenantes de la adicción al alcoholismo y otras drogas, tanto desde el punto de vista de lo puramente sociocultural como a partir de ciertos rasgos de personalidad característicos. Es lo que surge de las observaciones clínicas y contactos terapéuticos mantenidos con individuos que sufren alguna clase de adicción. Particularmente en lo relativo al consumo de bebidas alcohólicas, es necesario tomar en consideración que la mayoría de los estudios han sido realizado con varones, de modo que es poco lo que

se conoce sobre el hábito en las hembras, cuestión que intentaremos abordar al final de este capítulo.

Adicción a otras drogas

La discusión mantenida en torno a las causas de la adicción generalmente se reducen a tres nociones básicas. La primera mantiene que hay factores genéticos o constitucionales que juegan un papel importante en el proceso, de modo que la drogadicción es vista como biológicamente fundada, con un origen posiblemente genético o familiar (Dole y Nyswander, 1967; Peel, 1986). La otra noción es la explicación psicoanalítica, ligada a constructos hipotéticos como la regresión y el principio del placer. Quienes mantienen este punto de vista asocian la drogadicción a la búsqueda de placer autoerótico en sustitución de formas más maduras de satisfacción sexual (Rado, 1933). Finalmente, los teóricos del aprendizaje creen que la noción de desajustes en la personalidad como causa de adicción debe ser rechazada, y argumentan que es el mismo potencial reforzador de las sustancias las que facilitan el surgimiento de las conductas adictivas. En este contexto son importantes contribuyentes la disponibilidad de la droga y las conductas de los compañeros, que pueden indicar el camino hacia la experimentación inicial (Wikler, 1973).

Normalmente se acepta que hay elementos socioculturales que pueden explicar las distintas adicciones. Dentro de los temas que se incluyen como antecedentes de la conducta adictiva en adolescentes, suelen mencionarse algunos conectados con el ambiente familiar, tales como su fragmentación, ya sea por pérdida física de los progenitores o por separación de los mismos. A partir de estudios retrospectivos se ha señalado insistentemente que el adolescente adicto probablemente ha convivido en sus primeros años con padres mentalmente enfermos, ha sido víctima de rechazo parental o ha sufrido la ausencia de uno de los progenitores.

Se trata de un esquema global de deprivación afectiva que supone, además, la presencia de modelos parentales inadecuados y patrones de personalidad parental que se juzgan comprometidos en el desarrollo de las drogadicciones, y que producen en el joven fuertes sentimientos de inseguridad. Uno de esos patrones (Ausubel, 1961)

es el padre sobre protector; el otro es el padre poco dominante, bajo en exigencias y de escasa disciplina (Bender, 1963); y el tercero es el padre excesivamente dominante (especialmente la presencia de una madre todopoderosa) que, al mismo tiempo, representa para el o la joven un claro símbolo de castigo y de rechazo (Ausubel, 1961).

Las familias de consumidores de drogas psicodélicas han sido descritas como excesivamente permisivas y muy abundantes en gratificaciones materiales, con padres emocionalmente inestables, sin límites conductuales adecuados y con esquemas de comunicación deficitarios, donde los conflictos suelen ser disfrazados o suprimidos, además de que existe intolerancia ante la frustración (Welpton, 1968).

La presencia de apoyo familiar y la competencia académica actúan como factores moderadores del riesgo de adicción, aunque tales factores de protección suelen tener menor impacto en familias de estatus educativo bajo. En familias en las cuales el valor educación tiene asignaciones muy bajas, la noción de competencia académica resulta escasamente reforzada, y el riesgo hacia el uso de drogas aumenta cuando el adolescente asume actitudes negativas hacia la educación, se siente marginado en la escuela y logra un rendimiento académico mediocre. Si se considera que la educación de los padres se ha revelado como inversamente relacionada con el uso de drogas en adolescentes (Wills y otros, 1995) los planes de prevención debieran estar dirigidos a reducir la exposición al riesgo y a fortalecer las protecciones señaladas, especialmente entre individuos que proceden de un status socioeconómico bajo.

También se ha señalado factores de personalidad asociados al uso de las drogas, aunque las pruebas definitivas al respecto no parecen muy consistentes, pues todavía no ha sido posible identificar una constelación claramente delineada de atributos de personalidad que puedan ser usados para detectar a los individuos con predisposición al uso de alcohol y otras drogas (Nathan, 1988; y Tarter, 1988). Sin embargo, la búsqueda de tales atributos continúa, pues se asume que la conexión es viable. La mayoría de los trabajos lucen especialmente centrados en adolescentes, que pueden ser distinguidos antes de iniciar las adicciones por su independencia, su tolerancia a las conductas transgresoras, sus puntos de vista críticos de la sociedad y su rechazo a valorar el ordenamiento institucional (Jessor y Jessor, 1978).

A partir de los puntajes obtenidos en las escalas del MMPI, la búsqueda ha logrado algunas 'caracterizaciones' del probable consumidor de drogas. La generalidad de los estudios consistentemente revela que los individuos alcohólicos, independientemente de su raza o sexo, tienden a producir puntajes relativamente altos en la escala de desviación psicopática o escala 4. (Clopton, 1978; Button,1956; Delatte,1984). Con relación a la edad, los alcohólicos jóvenes obtienen puntuaciones más altas que los alcohólicos viejos. El significado de la elevación en los puntajes no es muy claro, pero los individuos que logran puntuaciones altas han sido descritos en la literatura como opuestos a la autoridad, antisociales, impulsivos, hostiles e irritables. En esta clase de individuos también es típico el subrendimiento escolar, las dificultades laborales y los problemas maritales y familiares (Escalante y Escalante, 1993).

Otras características de personalidad asignadas a los drogadictos (Kuehn, 1970) son una marcada tendencia a vivir en el presente, pasividad o reactividad en relaciones interpersonales, distintas dificultades cognitivas (perturbaciones esquizoides tanto en pensamiento como en verbalización), comportamiento sexual irregular, depresión, dificultades escolares, empleo de mecanismos de represión y racionalización, así como conductas de aislamiento. Se ha señalado (Pearlman, 1968) que los adictos a la marihuana son impulsivos, rebeldes, inconformes, irresponsables, con tendencia al narcisismo y la auto glorificación, particularmente interesados en la búsqueda del placer y la diversión, y con muy claras evidencias de hostilidad hacia lo convencional.

La utilización del MMPI con drogadictos múltiples reveló altos puntajes en la escala de esquizofrenia (probable indicador de indiferencia, relaciones interpersonales deficitarias e incapacidad para la expresión emocional) y en la escala de masculinidad-feminidad (seguramente debida a incrementos en la sensibilidad y la apreciación estética). Puntajes altos también fueron obtenidos en las escalas de desviación psicopática e hipomanía (McAree y otros, 1969).

Se ha sugerido que el individuo potencialmente más perturbado, con desórdenes de personalidad o con psicosis, es atraído hacia las drogas más peligrosas. Pero los hallazgos resultan contradictorios y el consenso general es que los individuos con psicopatologías predisponentes a menudo recurren a las drogas, y su estado general de salud mental termina complicándose.

Uno de los principales problemas en este tipo de estudios es la dificultad para la obtención de datos que sean tanto representativos como válidos y confiables. Seguramente debido al carácter ilegal que tiene el consumo de drogas, es muy difícil obtener muestras voluntarias, además de que la confiabilidad de la información recogida resulta muy cuestionable. La mayoría de los estudios han sido realizados con poblaciones de adolescentes insertos en instituciones educacionales, muestras clínicas o individuos en situación penitenciaria. Realmente es muy poco lo que se sabe sobre las motivaciones de otros grupos insertos en otros contextos socioculturales, que emplean las mismas drogas y que pudieran poseer distintas características de personalidad. Por lo demás, casi todos los trabajos emplean muestras de varones, lo cual hace realmente difícil la generalización de los hallazgos a poblaciones femeninas

La mujer y las drogas

Desde tiempo inmemorial las drogas han sido utilizadas como herramientas de uso médico o religioso, pero casi siempre se ha saltado desde los usos socialmente sancionados al abuso de tales sustancias. La reacción social frente al uso del alcohol y otras drogas por mujeres, tradicionalmente ha sido más extrema y negativa que la reacción frente al uso de las mismas drogas por los hombres. A las mujeres drogadictas se las ha visto con mayor dureza, seguramente porque ellas siempre han representado símbolos morales y sociales cuya capacidad para dar vida y nutrir a las nuevas generaciones ha tenido gran estima en todos los pueblos y culturas. No obstante, las reacciones negativas observadas y a pesar de que un gran número de mujeres está comprometido con el uso de las drogas, es poco lo que se ha hecho en materia de investigación para aclarar los probables componentes socioculturales y de personalidad asociables a ese uso.

Tal como ya ha sido indicado, la explicación predominante para el uso de drogas en ambos sexos tiene que ver con disturbios de personalidad. Y aunque hay otras explicaciones que incluyen el uso de las drogas como un fenómeno puramente cultural (Szasz, 1974) o como respuesta ante circunstancias vitales estresantes (Chambers y otros, 1975), el punto de vista que asume al drogadicto como individuo

patológico domina la literatura y en gran parte es responsable por los programas sociales de intervención.

La creencia prevaleciente del drogadicto como 'enfermo' que debe ser 'tratado' ha recibido un gran impulso de parte de la investigación biomédica y social, que intenta demostrar una serie de características sociales y psicológicas aberrantes en los drogadictos (Marsh, 1982). Tal efecto se ha logrado documentando, entre otras cosas, el daño que tales individuos provocan a las familias y a la sociedad, o proponiendo la quimioterapia como tratamiento dominante para la drogadicción.

En el análisis de la drogadicción femenina surgen otros temas recurrentes que no forman parte del esquema asociable a la patología. Uno de ellos es el que intenta demostrar relaciones entre drogadicción femenina y prescripciones médicas empleadas para tratar el dolor. Conforme a Cooperstock (1971), el empleo muy difundido de drogas psicoterapéuticas por la población femenina se debe a la creencia de parte de los médicos de que las mujeres son emocionalmente más inestables y por ello requieren el uso de drogas modificadoras del carácter. Muchos médicos, además, acostumbran indicar opiáceos para aliviar las incomodidades de la menstruación y de la menopausia, y se piensa que ello marca el inicio del abuso de sustancias entre las mujeres.

Otro tema muy señalado tiene que ver con el empleo de distintas sustancias que supuestamente ayudan a la mujer a resolver situaciones estresantes derivadas de sus complicados roles y responsabilidades. La ingestión de alcohol, por ejemplo, pudiera ser consecuencia de la crisis de identidad que la mujer experimenta en la edad madura, cuando los hijos abandonan el hogar o cuando ocurre el divorcio o la muerte del cónyuge (Curlee, 1969). La soledad, el aburrimiento, la depresión, los problemas conyugales o la menopausia han sido también vistos como antecedentes en el empleo tanto de barbitúricos como antidepresivos o tranquilizantes.

Muchas mujeres drogadictas parecen no proceder de familias desorganizadas y sus problemas con las drogas más bien obedecen a dificultades interpersonales no resueltas, especialmente en la etapa adolescente. Los reportes indican que muchas de ellas se sintieron solas y rechazadas durante la niñez y pubertad, además de que experimentaron problemas en la formación de amistades con personas de su misma edad. También se sintieron más vigiladas y supervisadas y

con menos libertad e independencia que los varones. Su infelicidad y alienación fue conductualmente expresada acudiendo a las drogas, yéndose del hogar, embarazándose o casándose antes de finalizar la educación secundaria.

En términos de prácticas de socialización, muchas se quejan de haber sido muy castigadas y más frecuentemente que el resto de los niños con, aparentemente, escasa lógica y consistencia en el uso del castigo. En un esfuerzo por escapar a las situaciones conflictivas del hogar muchas de ellas acudieron al sexo como solución, comprometiéndose en uniones extemporáneas que apenas sirvieron para contribuir a su infelicidad y confusión. La ausencia del padre en el hogar debida a muerte, separación o divorcio parece contribuir también al establecimiento de un esquema de nexos irregulares con el grupo de compañeros, aparentemente buscando la aceptación y compañía que no se tiene en la familia.

Por lo demás, los hallazgos sugieren, por un lado, que el ambiente juega un papel importante en la adquisición de las drogadicciones y que una gran parte del problema puede residir en los procesos de estructuración social que niegan a los jóvenes acceso pleno a los esquemas de participación adultos, razón por la cual suelen producirse ciertas desviaciones hacia la cultura delincuente, que sí ofrece estatus apropiado y utiliza criterios que pueden ser temporalmente satisfechos por los adolescentes (Binion, 1982). Por otra parte, la estructura familiar y sus esquemas de interacción y funcionamiento también juegan un papel destacado. En el caso de las mujeres adictas, los problemas de la familia y la desviación parecen ocurrir de modo simultáneo. Y los elevados grados de castigo sentidos pueden sugerir desaprobación de parte de ambos progenitores sobre una conducta sexual y un empleo de drogas coincidentes, que se consideran completamente inapropiados.

Finalmente, parece haber la certeza de que las mujeres adictas no tienen experiencias académicas adecuadas en la escuela, y que la consecuencia puede ser bajas notables en su autoestima. Los maestros, consejeros y el mismo ambiente escolar refuerzan el conformismo con los roles femeninos tradicionales y ello puede selectivamente propiciar el desarrollo de las conductas desviadas. El bloqueo de aspiraciones consiguiente puede ser otro antecedente causal de la adicción (Cloward y Ohlin, 1960).

Frente al problema de las drogas la familia debe asumir patrones de comportamiento diferentes. Niños y adolescentes se hallan inmersos en ambientes sociales de alta definición cuya influencia sobre la conducta ha sido bien reconocida. Básicamente se admite que la probabilidad de terminar con problemas de conducta será alta o baja dependiendo del tipo y naturaleza de las asociaciones creadas entre los jóvenes (Jessor y Jessor, 1977). La influencia de los padres resulta relevante: en familias donde hay apoyo y control parental y donde las modalidades de conducta problemática son desaprobadas, la ocurrencia de las mismas suele minimizarse. Pero en situaciones en las cuales el apoyo, el control y la orientación global quedan a cargo de amigos y compañeros (lo cual supone una drástica reducción de los niveles de participación del entorno familiar) la situación es muy distinta, y también suele serlo el tipo de problemas que de allí se derivan.

Bibliografía

- Altschule, M. D. (1963). Toxic effects of barbiturates on respiration and circulation. *Medical Sci*. December: p.83.
- Ausubel, D. P. (1961). Causes and types of narcotic addiction. A psychosocial view. *Psychiatry Quarterly, 35,* 523-531.
- Bender, L. (1963). Drug addition in adolescence. *Compreh. Psychiatry, 4,* 131-134.
- Berry, J. (1967). Antecedents of schizophrenia, impulsive character and alcoholism in males. *Diss. Abstr. International, 28,* B21-34.
- Binion V. J. (1982). Sex differences in socialization and family dynamics of female and male heroin users. *J. of Social Issues, 38*(2), 43-57.
- Blum, R. (1987). Contemporary threats to adolescent health in the USA. *J. of the Am. Med. Ass. 257,* 3390-3395.
- Bry, B., McKeon, P. y Pandina, R. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *J. of Abn. Psych., 91,* 273-279.
- Buss, A. y Plomin, R. (1974). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Button, A. D. (1956). A study of alcoholics with the MMPI. *Quarterly J. of Studies in Alcohol. 17,* 263-281.
- Chambers, C. D., Inciarti, J. A. y Siegal, H. A. (1975). *Chemical coping: A report on legal drug use in the United States*. New York: Spectrum Publications.
- Clopton, J. R. (1978). Alcoholism an the MMPI: A review. *Journal of Studies in Alcohol, 39,* 1540-1558.
- Cloward, R. A. y Ohlin, L. (1960). *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Cooperstock, P. (1971). Sex differences in the use of mood-modifying drugs: An explanatory model. *J. of Health and S. Behavior, 12,* 238-244.
- Curlee, J. (1969). Alcoholism and the empty nest. *Bulletin of the Menninger Clinic, 33,* 165-171.
- Delatte, J. G. (1984). Young and old alcoholics: Some personality differences. *J. of Clinical Psych., 40,* 613-616.
- Dole, V. P. y Nyswander, M. E. (1967). Addiction, A metabolic disease. *Arch. of internal medicine, 120,* 19-24.
- Dunning, W. W. y Chang, D. H. (1977). Drug facts and effects. En Ch. Zastro y D. H. Chang (Eds.), *The personal problem solver*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Escalante, G. y Escalante, K. L. (1993). Historia Natural del Alcoholismo. *MedULA, Revista de la Facultad de Medicina*, *2*(12), 24-30.
- Goodwin, D. (1985). Alcoholism and genetics. *Arch. of Gen. Psych., 42,* 171-174.

- Graham, J. R. y Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: A review. *Journal of Cons. and Clin. Psychology, 56*(2), 197-205.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press, Cap. 6.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1978). Theory testing in longitudinal research on marijuana use. En D. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use*. (pp. 135-172). Washington, DC: Hemisphere.
- Jones, M. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J. of Consulting and Clinical Psychology, 32,* 2-12.
- Kuehn, J. L. (1970). Student drug user and his family. *J. of College Student Personnel, 11,* 404-413.
- McAree, C. P., Steffenhagen, R. A. y Zheutlin, L. S. (1969). Personality factors in college drug users. *International Journal of Social Psychiatry, 15,* 102-106.
- Maddox, G. L. (1970). *The domesticated drug: Drinking among collegians*. New Haven, Conn., College and University Press.
- Marsh, J. C. (1982). Public issues and private problems: Women and drug use. *J. of Social Issues, 38*(2), 153-165.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Cons. And Clin. Psych. 56*(2), 183-188.
- Pearlman, S. (1968). Drug use and experience in an urban college population. *Am. J. of Ortopsychiatry, 38,* 503-514.
- Peel, S. (1986). The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. *J. of Studies on Alcohol, 47,* 63-73.
- Rado, S. (1933). Psychoanalysis of pharmacothimia (drug addiction). *Psychoanalytic Quartely, 2,* 1-23.
- Rogers, E. (1970). Group influence on student drinking behavior. En G.L. Maddox (Ed.), *The domesticated drug: Drinking among collegians*. New Haven, Conn., College and University Press.
- Szasz, T. (1974). *Ceremonial chemistry*. New York: Doubleday.
- Tarter, R. E. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *J. of Consulting and Clinical and Clinical Psychology, 56*(2), 189-196.
- Welpton, D. F. (1968). Psychodynamics of chronic LSD use. *J. of Nervous and Mental Disease, 147,* 377-385.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Arch. of Gen. Psychiatry, 28,* 611-616.
- Wills, T., McNamara, G. y Vaccaro, D. (1995). Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: Development of a mediational model. *Health Psych. 14*(5), 464-478.

- Wills, T. A., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J. of Abn. Psych., 105*(2), 166-180.
- Zucker, R. A. (1986). Etiology of alcohol reconsidered. *American Psychologist, 41*(7), 783-793.

capítulo 13

Los hijos del divorcio

Gregorio Escalante

Empeñarse en la crianza de los hijos o insistir en lograr que un matrimonio dure toda una vida realmente representa para ambos cónyuges una serie de sacrificios que no han sido del todo explicitados en ninguna de las teorías existentes sobre la unión conyugal y que tampoco pueden justificarse totalmente sobre la base del amor o del deber. La verdad es que en cualquier familia los mejores beneficios no son recibidos por quienes asumen las mayores obligaciones sino que generalmente redundan en provecho de las generaciones venideras. Y muchos de los problemas regulares de la familia actual (autoritarismo de los padres, alienación de los hijos, divorcios, etc.) surgen precisamente porque las obligaciones de la vida familiar superan con creces lo que había sido previsto en el momento de la unión.

Conforme con la literatura especializada (Bernard, 1972; Weiss, 1975, 1976) la rotura del vínculo matrimonial suele ser un antecedente poderoso de estrés severo conducente a una gran variedad de trastornos físicos y emocionales en los hijos. De hecho, las personas separadas o divorciadas suelen estar representadas en exceso en la consulta psiquiátrica. Los porcentajes de admisión a instituciones psiquiátricas para adultos casados son muy bajos y muy altos para adultos separados o divorciados, independientemente de la edad, el sexo o la raza (Crago, 1972). Cuando se trata de interpretar este tipo de hallazgos, una de las explicaciones que suele adelantarse es que precisamente la enfermedad psiquiátrica es una causa importante

de los desajustes maritales que terminan conduciendo al divorcio o a la separación.[1]

La rotura del vínculo matrimonial y los desórdenes emocionales y físicos que suelen acompañarla, constituyen un proceso interactivo dentro del cual lo uno puede influenciar lo otro, entendiendo que, en ciertos casos, el divorcio puede ser la solución más adecuada para situaciones particularmente estresantes, y en otros, puede ser el estresante primario que conduce a otra clase de desórdenes. El proceso, globalmente considerado, incluye dos componentes interdependientes adicionales: la enfermedad física o emocional previa puede ser el antecedente precipitador de la rotura del vínculo, y la rotura del vínculo puede servir para precipitar desórdenes físicos o psiquiátricos en personas que, de otra manera, no los hubieran desarrollado (Bloom y otros, 1978).

Una vez producido el divorcio, ¿cuáles son sus efectos sobre los hijos? ¿Hay una respuesta típica del niño frente al estrés que el divorcio produce? ¿En qué condiciones se produjo el divorcio? Durante las etapas previas a la separación ¿hubo entre los cónyuges abierta hostilidad y agresión? ¿En qué tipo de matrimonio se consumó el divorcio y qué clase de prácticas de crianza y esquemas disciplinarios eran los usuales? ¿Puede pensarse en efectos diferenciales del divorcio sobre el sexo de los niños? Durante todo el proceso previo ¿se observó alguna clase de alianzas de los hijos con uno u otro progenitor? Antes de la consumación del divorcio ¿hubo sucesivas separaciones y reconciliaciones? ¿Se dio a los hijos la oportunidad de escoger con cuál progenitor continuarían viviendo y de qué modo la opción seleccionada pudo afectar su relación con el otro progenitor? Son algunas de las preguntas que deben formularse cuando se trata de examinar los efectos que el divorcio tiene sobre los hijos. Pero la primera pregunta debe ser ¿por qué algunos matrimonios terminan en divorcio y otros no?

[1] Tres millones de personas se vieron directamente envueltas en procesos de divorcio en EE.UU. en 1976, de los cuales 1.077.000 se concretaron, con un promedio de 1,08 hijos por divorcio. Eso significa que más de 2 millones de adultos y más de un millón de niños (el 1,5% de la población total de ese país) resultaron afectados en ese año por el cambio de condición civil (Bloom y otros, 1978).

Las debilidades del matrimonio

En la generalidad de los casos, el matrimonio siempre comienza como una fuente primaria de satisfacción personal. Pero muchas veces termina como fuente de frustración, desilusión y descontento. El paso desde lo uno a lo otro supone la aparición en la pareja de numerosos cambios, algunos de los cuales no resultan fácilmente manejables. Si la pareja tiene hijos, la familia debe prolongarse después de la rotura del vínculo, y ello supone la instalación de un hogar nuevo con un solo progenitor, supone también mudarse a vivir con los parientes o enviar a los niños a vivir en otra parte. En algunos casos la estructura familiar resultante puede cambiar de nuevo. El progenitor a cuyo cargo están los hijos puede volver a casarse o los hijos pueden ser repartidos entre ambos progenitores.

En todo caso, los posibles resultados de un matrimonio pueden variar desde la estabilidad hasta la cancelación definitiva del mismo. En el medio se hallan aquellos casos de persistencia a pesar del descontento y otros en los cuales la calidad de la relación declina para luego mejorar. Cuando se trata de explicar por qué algunos matrimonios son muy estables mientras otros terminan en divorcio, las consideraciones han incluido macrovariables, como las normas culturales, y microvariables como el número de declaraciones negativas que los cónyuges hacen durante una interacción. Los análisis suelen repartirse a lo largo de perspectivas teóricas distintas, entre las cuales se mencionan la teoría del intercambio social (Levinger, 1976), las teorías conductuales (Newcomb y Bentler, 1980), la teoría del apego (Bowlby, 1969) y la teoría de la crisis (Hill, 1949).

Para la teoría del intercambio social, el éxito o el fracaso en la unión matrimonial dependerá: a) de todos aquellos aspectos atractivos de la relación cuya naturaleza sea específicamente reforzadora (seguridad emocional, satisfacción sexual, estatus social); b) de las barreras que se opongan al cese de la relación (impedimentos religiosos, sociales o financieros); y c) de la presencia de otras alternativas preferenciales fuera de la relación (otro compañero o compañera que sugiera la cancelación del vínculo actual). De esta manera un matrimonio puede terminarse cuando los atractivos del nexo son escasos, cuando las barreras que se oponen a su cancelación son débiles, o cuando las opciones alternas disponibles son genuinamente interesantes...

Siguiendo este modelo, Lewis y Spanier (1982) crearon una tipología en la cual la satisfacción y la estabilidad son concebidas como dimensiones ortogonales en los resultados de la relación. Los matrimonios pueden ser, entonces, satisfactorios y estables, satisfactorios e inestables, insatisfactorios y estables o insatisfactorios e inestables. En la tipología, la posición de las parejas en cada cuadrante específico sería explicada por los distintos conceptos de la teoría del intercambio. Una pareja insatisfecha-estable, por ejemplo, sería aquella en la cual los atractivos de la relación son escasos y las barreras opuestas a su terminación prohibitivas.

Es necesario destacar que el esquema teórico del intercambio ciertamente describe cómo los matrimonios pueden ser estables o no, pero nada nos dice acerca de cómo se producen los cambios, o porqué un matrimonio satisfactorio y estable se convierte en insatisfactorio e inestable con el tiempo.

Las explicaciones conductuales sobre el matrimonio (igual que las ofrecidas por la teoría del intercambio) están enraizadas en el trabajo de Thibaut y Kelly (1959), y su énfasis esencial está puesto en el intercambio de trazos conductuales específicos entre los miembros de la pareja, especialmente durante discusiones para solucionar problemas o resolver disputas, siempre sobre la base de que las conductas positivas incrementan la apreciación global del matrimonio, mientras que las conductas negativas la reducen (Markman, 1981).

Este esquema ha sido expandido hasta incluir las atribuciones que hacen los cónyuges sobre las conductas de su compañero, asumiendo que la respuesta cognitiva también afecta la relación matrimonial al influir en conductas de interacción posteriores (Bradbury y Fincham, 1992). Para la pareja satisfecha, cada interacción positiva justifica la búsqueda de más satisfacción, lo cual hace más probable la ocurrencia de sucesivas interacciones satisfactorias. La pareja insatisfecha, que mantiene una relación no recompensante, cada vez tiene mayor dificultad para lidiar con los conflictos. La acumulación de fricciones ocurridas durante y después de algunas interacciones negativas, gradualmente influye las percepciones posteriores del cónyuge acerca de la calidad del vínculo matrimonial, desencadenando patrones de interacción marital destructivos que, de modo inadvertido, erosionan fuertemente los aspectos positivos de la relación.

La teoría del apego (Bowlby, 1969) ha sido utilizada por Hazan y Shaver (1987) para explicar las relaciones adultas, bajo el argumento de que las relaciones próximas entre adultos reflejan formas de apego perdurables que han sido desarrolladas durante la infancia y la niñez temprana. Si bien es cierto que esta posición asume que las experiencias individuales tempranas de algún modo dan forma a la naturaleza y desarrollo del tipo de relaciones presentes durante la vida adulta, nada nos dice acerca de cómo las historias personales de cada cónyuge producen los niveles de variabilidad observables durante el matrimonio. La teoría admite que el vínculo matrimonial puede ser satisfactorio siempre y cuando cada miembro de la relación satisfaga las necesidades del otro a medida que surgen. Pero no explica de qué modo las diferencias en la historia personal individual afectan la calidad del matrimonio desde el principio al final, ni tampoco nos dice cuáles son las variables que determinan su éxito o su fracaso (Hazan y Shaver, 1994).

Finalmente, la teoría de la crisis es una derivación de los esfuerzos explicativos de Hill (1949) sobre la reacción de las familias frente a la ocurrencia de situaciones estresantes. Conforme a su modelo **ABCX**, las complicaciones surgidas (**A**) requieren de la familia ciertos estilos de adaptación; se asume, además, que la familia dispone de niveles variables de recursos concretos (**B**) para enfrentar sus problemáticas y puede, para aligerar su impacto, lograr caracterizaciones distintas de las mismas (**C**). La naturaleza de la crisis (**X**) y la forma como la familia logrará recuperarse, van a depender de si los recursos disponibles son suficientes para enfrentar exitosamente su propia caracterización del evento para salir airosa. La recuperación exitosa supone lograr niveles de adaptación que mantengan la unidad familiar y, al mismo tiempo, incrementen el crecimiento y desarrollo de todo el sistema y de sus miembros.

Una vez trasladada a la explicación de las relaciones matrimoniales, la asunción básica de la teoría es que la declinación en los niveles de satisfacción marital y la ocurrencia de separaciones o divorcios son el resultado del fracaso de la familia para recuperarse de las crisis. El énfasis fundamental es puesto, así, en los efectos directos de los eventos externos sobre los procesos intracónyuges (caracterizaciones del evento) e intercónyuges (niveles de adaptación).

Se supone que las parejas sometidas a situaciones cada vez más estresantes deben ser más vulnerables ante crisis de la relación matrimonial; y que los efectos de las mismas pudieran resultar moderados tanto por la clase de recursos disponibles como por las caracterizaciones (en realidad cogniciones) particularizadas que se hagan del evento. Cuando la pareja no puede adaptarse adecuadamente a la crisis o a sus consecuencias, debe producirse una declinación en los niveles de satisfacción y estabilidad del matrimonio, y ello puede precipitar la rotura del vínculo.

Efectos sobre los hijos

A partir de los años 50 se han producido numerosos estudios que revelan una asociación causal entre la ausencia de un progenitor (generalmente el padre) y conductas infantiles derivadas como delincuencia, fracaso escolar, actitudes sexuales inapropiadas y otra clase de patologías (Bowlby, 1973; Cummings, 1987; Rutter, 1985; Shinn, 1978; Weiss, 1975). En los estudios iniciales a menudo no se especificaba si la ausencia era total o parcial, si era permanente o si era debida a divorcio, separación o muerte. Y las familias en las cuales los análisis se realizaban no eran consideradas como una forma de familia transicional, sino más bien como una suerte de desviación del patrón típico (la familia intacta) constituida por dos progenitores y su prole.

Muy a pesar de lo inconclusivo de tales estudios y de sus limitaciones metodológicas, fue a partir de ellos que se estructuraron algunos de los factores relevantes que merecieron atención especial en trabajos posteriores: la edad y el sexo del niño, la raza y estatus socioeconómico de la familia, el tipo de relación entre el niño y el progenitor ausente, la relación entre los progenitores antes y después del divorcio y la clase de acuerdos planteados para resolver los asuntos económicos de la familia.

La otra fuente de investigación muy rica y densa sobre niños del divorcio procede del área clínica, que suele describir derivaciones conductuales como rechazo, duelo, depresión, sentimientos de culpa, pérdida de la autoestima, vergüenza, inmadurez, rabia y otras secuelas psicológicas importantes (Gardner, 1976). También en este tipo de estudios pueden observarse fallas metodológicas significativas

como muestras muy pequeñas y selectivas, con problemas muy serios conectados a la confiabilidad y validez de los instrumentos de medida empleados, lo cual hace prácticamente imposible tanto la replicación como la comparación entre los distintos estudios. Es seguro que los niños que llegan a la clínica privada son los más severamente afectados por el divorcio, y los hallazgos con ese tipo de muestras no son fácilmente generalizables a la población en general.

De todos modos, el divorcio de los padres suele ser experiencia muy común para muchos niños en el mundo de hoy. Y aun cuando podamos admitir que el divorcio, en muchos casos, puede ser la mejor solución para terminar con una relación familiar destructiva, casi siempre la separación de sus padres constituye una experiencia dolorosa para el niño, generadora de complicaciones emocionales diversas, desajustes y considerable estrés.[2] El impacto de los cambios producidos por la separación no solamente afecta el esquema íntimo de relaciones dentro de la familia sino que también produce importantes alteraciones y dificultades en el área interpersonal (Hetherington y otros, 1979).

En Emery (1982) está bien documentada la relación entre conflicto parental y sus consecuencias sobre la conducta infantil. Necesariamente tiene que entenderse que los conflictos de esta clase aparecen siempre con variaciones en intensidad, frecuencia y contenido, y que su resolución siempre supone dosis diferentes de estrés para los hijos. La intensidad de los conflictos entre los padres puede variar entre una discusión más o menos calmada y la agresión física abierta. Pudiera asumirse que la exposición de los niños a conflictos de baja intensidad no está relacionada con problemas de naturaleza grave, mientras que los conflictos interparentales que suponen franca hostilidad y agresión física sí conducen a serios desajustes conductuales.

---

[2] Algunos estudios en los cuales el estatus socioeconómico de la familia ha sido adecuadamente controlado ponen en duda la creencia de que el divorcio es desastroso para el niño. Las diferencias que se han hallado entre niños procedentes de hogares con un solo progenitor y niños de hogares con dos progenitores, pero de estatus socioeconómico equivalente, han sido muy pequeñas y hasta inexistentes en cuestiones como rendimiento escolar, niveles de ajuste social y conducta delictiva (véase Thomas, 1968, por ejemplo).

Por otra parte, cuando los conflictos son muy frecuentes es más probable la generación de desajustes en el niño y suelen evidenciarse en él un mayor número de problemas de conducta. A medida que se incrementa la exposición del niño a las distintas variedades de conflicto interparental también aumentan sus efectos negativos, que pueden variar desde bajas en su competencia social y cognitiva hasta descensos notables en sus niveles de rendimiento y ajuste escolar, pasando por índices de mayor agresión y depresión (Long y otros, 1988).

El contenido de los conflictos que surgen a menudo entre los padres puede producir consecuencias desastrosas aun en niños de dos años, que ya parecen ser muy sensibles a ese contenido. Y muy especialmente cuando la causa del conflicto es el niño mismo. En este sentido es bueno destacar que una causa primaria de conflicto entre los padres suelen ser los desacuerdos con relación a las prácticas de crianza, cuestiones que, además de producir esquemas disciplinarios muy inconsistentes, también genera una gran variedad de problemas conductuales en los hijos.

Los estilos de resolución de los conflictos parentales pueden actuar como moderadores del impacto sobre los niños. Una resolución exitosa del conflicto puede ayudar al niño a la generación de modelos eficientes de solución de problemas; pero si el conflicto no logra una salida adecuada, lo normal es que aparezcan muchos episodios posteriores generadores de tensión y la situación del niño se complique...

Frente a la pregunta "¿qué pasa con mis padres?", hay dos formas disponibles para el niño acercarse a la búsqueda de respuestas que pudieran resultar satisfactorias y que son denominadas procesamiento primario y procesamiento secundario (Bradbury y Fincham, 1987). Durante el procesamiento primario el niño deriva del conflicto información relevante sobre sus aspectos negativos, sus características amenazadoras y su significado personal. La mayoría de los niños experimentan miedo frente a las disputas de los padres y asumen que de ellas pueden derivarse daños potenciales para sí o para los otros, muy particularmente si el conflicto entre la pareja tiene caracterizaciones violentas. Y probablemente la primera consecuencia sea una notable degeneración en el esquema de relaciones padrehijo, particularmente al asumir el niño que el resultado puede ser la disolución del matrimonio.

De acuerdo con Cummings (1987) el procesamiento primario está influenciado por los niveles de desarrollo cognitivo alcanzados por el niño: en la edad preescolar suele evidenciarse una concienciación más aguda de los conflictos parentales y parece ser mayor la capacidad del niño para asumir la calidad de las disputas y discernir con mayor propiedad su condición benigna o amenazante. A estas alturas el niño o la niña resultan más sensibles frente al estilo de resolución de los conflictos parentales y se hacen mucho más conscientes de los riesgos potenciales que la amenaza implica.

Cuando el niño puede decidir que el conflicto no es del todo negativo, o que no es importante, su reacción emocional frente al mismo disminuye y ello puede conducir a una minimización de sus efectos. Pero si hay el reconocimiento de que el conflicto es negativo, amenazante y muy significativo, entonces lo normal es que se pase a la expresión muy activa de conductas inadecuadas, seguramente producidas por el hecho de que los niños a esta edad no poseen las capacidades cognitivas que los haga plenamente aptos para ejecutar un procesamiento decantado de la situación conflictiva.

El paso al procesamiento secundario sugiere que el niño deberá extraer más información sobre la situación y sobre los diferentes eventos que la caracterizan haciendo un mayor esfuerzo para comprender y enfrentar el conflicto. El niño tratará de descubrir el porqué de las ocurrencias hogareñas que presencia, al mismo tiempo que intentará hallar un responsable de las mismas, y se afanará en determinar hasta qué punto puede o no enfrentar sus efectos. La noción básica en este procesamiento deberá ser el afecto, que será definitivo tanto en la evaluación del conflicto por el niño como en la toma de decisiones que guiarán las conductas posteriores (Cummings y Cummings, 1988). La observación de conflictos entre los padres debe producir cierta dosis de afecto negativo entre los niños y ello debe modificar el tipo de respuesta emocional ante los eventos actuales y preparar al niño para responder frente a los eventos futuros.

La respuesta del niño

Ante la amenaza de disolución del matrimonio, en el niño debe producirse alguna clase de procesos adaptativos similares a los que

surgen frente al maltrato sexual o físico y el abandono. El niño que construye atribuciones causales viéndose a sí mismo como causa del conflicto, seguramente va a experimentar más estrés que el niño que atribuye el conflicto a uno de los padres o a causas foráneas. Las atribuciones sobre causas estables («mis padres no se quieren») deben empeorar la situación del niño mucho más que las atribuciones hechas sobre causas inestables y más específicas («mi mamá está de mal humor»), precisamente porque, en el primer caso, se asume la posibilidad de que el evento se produzca de nuevo en el futuro.

Una vez identificada la causa del conflicto deberán producirse atribuciones de responsabilidad de alto contenido emocional. Si el niño asume que la responsabilidad por el conflicto es suya, seguramente va a sentirse avergonzado y culpable y ello debe incidir en su autoestima. Si asume que uno de los padres es el responsable deberán producirse sentimientos de rabia que van a colidir con los sentimientos positivos del niño hacia su progenitor (Miller y Aloise,1989). Y la tarea de resolver adecuadamente los efectos de semejante situación resultará especialmente difícil si el niño se halla en una etapa de pensamiento egocéntrico, cuando todavía no puede comprender que tal ambivalencia es posible.

La respuesta del niño ante el conflicto interparental suele estar influida por sus creencias y expectativas en relación con la eficiencia de los mecanismos disponibles para enfrentar la situación (Compas, 1987). Las estrategias normalmente empleadas por el niño han sido consideradas como resguardos importantes para disminuir el impacto de la situación y clasificadas en dos variedades: las estrategias centradas en el problema y las centradas en la respuesta emocional.

Las estrategias del primer tipo representan intentos que el niño hace para alterar la situación, interviniendo directamente en el conflicto parental. Las del segundo tipo no intentan cambiar la situación y más bien están dirigidas a regular la respuesta emocional; generalmente se producen cuando el niño descubre que la intervención directa no tiene éxito (Emery, 1989).

En el camino hacia la búsqueda de una estrategia efectiva, el niño suele seguir un proceso de tres etapas (Bowlby, 1973) que se inicia con perturbaciones agudas, sigue con apatía o depresión y luego una pérdida de interés en los padres. Sea cual fuere el resultado de los intentos del niño y dependiendo de su nivel de madurez cogni-

tiva, lo más probable es que el empleo de una estrategia equivocada produzca en él la sensación de ineptitud para lidiar con situaciones semejantes en el futuro inmediato. Pero si la estrategia tiene éxito, es muy seguro que sea mantenida como alternativa funcional, aun cuando desde el punto de vista de la familia la misma represente una verdadera desadaptación conductual.

Los mecanismos mediante los cuales los desajustes presentes en la pareja afectan a los hijos tienen la forma de esquematizaciones teóricas según las cuales el conflicto, y no la separación, es el responsable de serios efectos patogénicos a largo plazo, muy especialmente cuando la situación conflictiva es prolongada y asume condiciones de hostilidad muy definida en la pareja. Según la literatura especializada, (Bowlby, 1973; Emery, 1982; Rutter, 1970) algunas características asignables a los niños que soportan conflictos maritales pueden reducirse a las siguientes:

a) la consecuencia conductual más notable en el niño es la pérdida del control;
b) las respuestas conductuales suelen ser más agudas en los varones que en las hembras y la explicación que se ofrece es que, ante una situación estresante, los varones responden con agresión, mientras las hembras suelen inhibir su respuesta (Grych y Fincham, 1990);
c) la edad del niño modifica el tipo de reacción afectiva y conductual que se produce ante el conflicto;
d) una buena relación al menos con uno de los progenitores parece atenuar parcialmente los efectos negativos del conflicto;
e) los niños que viven en familias donde uno de los padres sufre de perturbaciones psicológicas enfrentan un mayor riesgo de problemas conductuales;
f) las separaciones que se producen antes de los cinco años suelen producir los peores efectos;
g) siendo la madre la fuente de apego primaria para el niño, la separación de la figura materna se considera la más perjudicial.

Para evitar hacer daño

En el ámbito de la prevención parece haber común acuerdo en una serie de "recetas" que pudieran ayudar a minimizar los efectos desastrosos de los conflictos conyugales, pero siempre teniendo en

cuenta que a veces el divorcio representa una salida menos dañina que el permanente conflicto parental, sobre todo en hogares donde la relación de la pareja definitivamente se ha hecho intolerable. Para comenzar, cada progenitor debe estar consciente de que sus disputas con el compañero tiene efectos negativos sobre los hijos y debe prepararse para buscar ayuda especializada cuando la crisis se agudice. En segundo lugar, hay que intentar mantener las disputas parentales lejos de los niños, especialmente si se ha escogido como norma resolver las desavenencias conyugales a gritos y empellones. En tercer lugar, los padres deben tratar de coincidir por lo menos en el manejo de los procesos disciplinarios, ya que la inconsistencia en este aspecto ha sido reconocida como causa de agresividad, delincuencia juvenil y otros serios trastornos conductuales en los hijos (Patterson, 1986).

Los progenitores deben también esforzarse en mantener su relación individual con cada niño en las mejores condiciones, pues se asume que de este modo el efecto del conflicto puede ser minimizado. Se entiende que la calidad de la relación entre los padres y el niño es un elemento definidor del clima emocional en la familia, capaz de moderar el impacto de distintas situaciones estresantes, incluyendo el conflicto marital. Y, finalmente, no debe perderse de vista la existencia de una fuerte asociación entre ausencia del padre y desarrollo cognitivo infantil desmejorado (Shinn, 1978).

Debe quedar muy claro que el divorcio no solamente interrumpe la relación entre los padres sino que también modifica los nexos afectivos entre hijos y progenitores. Luego de la separación, tanto los conceptos del papel del padre y de la madre como el de la permanencia de la relación deben ser revisados y sus representaciones internas reordenadas. Para los niños muy pequeños la noción misma de divorcio no es muy clara y debe producir altos niveles de inconsistencia afectiva y social. Enfrentar la pérdida y prepararse a ordenar una nueva percepción de la vida familiar exige del niño mucho tiempo, además de que supone una gran demanda de energía emocional. Y dependiendo de los niveles reales de cooperación presentes entre ambos adultos y del grado de apoyo que quieran ofrecerse como padres luego de la quiebra del vínculo, las consecuencias serán de menor o mayor desequilibrio emocional. Los efectos de tal desequilibrio sobre las relaciones sociales, las transacciones académicas, los índices de estrés y de agresión en los hijos variarán enormemente.

La rabia que generalmente desata el divorcio puede forzar al niño a asumir alternativas realmente dolorosas, como el retiro de su afecto hacia ambos o uno de los padres; o puede moverlo a tomar partido por uno de los dos. Si la separación produce altos niveles de discordia parental, el estrés y la confusión subsiguientes inhibirán en el niño la posibilidad de organizar sus percepciones y ajustarlas convenientemente a la nueva realidad social. Cuando a pesar del rompimiento se mantiene una relación afectivamente cálida con cada uno de los hijos y logra evitarse que el conflicto los envuelva, seguramente habrá incrementos en la confianza de los niños, se reducirá la preocupación derivada y la energía podrá entonces concentrarse en el cumplimiento de sus responsabilidades sociales y escolares.

Hace falta más investigación dirigida al impacto del divorcio sobre aspectos cognitivos y afectivos específicos. En realidad y con relación a las consecuencias del divorcio, las interrogantes que pueden plantearse van desde los niveles de interacción social observables en los niños hasta los cambios ocurridos en el ejercicio de habilidades de naturaleza académica como la lectura, la escritura y el aprendizaje en general, pasando por aspectos conductuales (agresividad, por ejemplo) y los niveles de ajuste psicológico.

Los cambios que ocurren luego del divorcio en la estructura familiar y los modos como son establecidas las nuevas relaciones que suelen aparecer, también debieran ser examinados. El enfoque debiera dirigirse especialmente hacia los esquemas de autoridad, autonomía, competencia social y ajuste psicológico que surgen cuando la madre o el padre asumen la custodia de los hijos.

Bibliografía

- Bernard, J. (1972). *The future of marriage*. New York: World.
- Bloom, B. L., Asher, S. J. y White, S. W. (1978). Marital disruption as an stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin, 85*(4), 867-894.
- Bowlby, L. (1969). *Attachment and loss*. Volume I. Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, L. (1973). *Attachment and loss*. Volume II. Separation. New York: Basic Books.
- Bradbury, T. N. y Fincham, M. D. (1987). Affect and cognition in close relationships: Towards an integrative model. *Cognition and Emotion, 1,* 59-87.
- Bradbury, T. N. y Fincham, M. D. (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *J. of Pers. And Social Psych., 63,* 613-628.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psych. Bull., 101,* 393-403.
- Crago, M. A. (1972). Psychopathology in married couples. *Psych. Bull., 77,* 114-128.
- Cummings, E. M. (1987). Copping with background anger in early childhood. *Child development, 58,* 976-984.
- Cummings, E. M. y Cummings, J.S. (1988). A process-oriented approach to children's coping with adults' angry behavior. *Development Review, 8,* 296-321.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92,* 310-330.
- Emery, R. E. (1989). Family violence. *American Psych., 44,* 321-328.
- Gardner, R. A. (1976). *Psychotherapy with children of divorce*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Grych, J. H. y Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive contextual framework. *Psychological Bulletin, 108*, 2, 267-290.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Pers. And S. Psych., 52,* 511-524.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry, 5,* 1-22.
- Hetherington, E. M., Cox, M. y Cox, R. (1979). Play and social interaction in children following divorce. *Journal of Social Issues, 35*, 4, 26-49.
- Hill, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper.
- Levinger, G. (1976). A social psychological perspective on marital dissolution. *J. of Social Issues, 32,* 21-47.

- Lewis, R. A. y Spanier G. B. (1982). Marital quality, marital stability, and social exchange. En F. I. Nye (Ed.) *Family relationships: Rewards and costs*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Long, N., Slater, E. y Forehand, R. (1988). Continued high or reduced interparental conflict following divorce: Relation to young adolescent adjustment. *J. of Cons. and Clinical Psych., 56*. 467-469.
- Markman, H. J. (1981). Prediction of marital distress: A 5year follow-up. *Journal of Cons. and Clinical Psychology, 49,* 760-762.
- Miller, P. H. y Aloise, P.A. (1989). Young children's understanding of the psychological causes of behavior: A review. *Child Development, 60,* 257-285.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41,* 432-444.
- Rutter, M. (1970). Sex differences in response to family stress. En Anthony & Koupernik (Eds.), *The child in his family*. New York: Wiley.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British J. of Psych. 147,* 598-611.
- Shinn, M. (1978). Father absence and children's cognitive development. *Psych. Bull., 85*, 2, 295-324.
- Thibaut, J. W. y Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Willey.
- Weiss, R. S. (1975). *Marital separation*. New York: Basic Books.
- Weiss, R. S. (1976). The emotional impact of marital separation, *Journal of Social Issues, 32,* 135-145.

capítulo 14

El embarazo adolescente: ¿un evento adverso?

Luis Esqueda T.

El presente reporte resume los principales hallazgos de un primer grupo de 25 entrevistas realizadas en una muestra de adolescentes embarazadas cuyo rango de edad variaba entre 13 y 16 años. A ese grupo se suman los resultados de una segunda muestra, conformada por 42 embarazadas adolescentes, también entre 13 y 16 años, que fue evaluada en el último trimestre de 1999. El estudio utilizó, desde su inicio, el marco de referencia de la Teoría de la Adaptación Cognitiva desarrollada por Taylor (1983) y muestra que las tres fases de dicha teoría están presentes en la interpretación que hacen las adolescentes de su situación de embarazo, aunque se encuentran evidencias, o al menos elementos, que permiten inferir que el embarazo mismo, como situación, no es interpretado mayoritariamente como un evento adverso.

La teoría clásica del psicoanálisis sostiene que el embarazo y la maternidad son dos fases esenciales de la identidad femenina; sin embargo, esa afirmación no ha podido ser puesta en evidencia (como tantos otros postulados psicoanalíticos) apoyándose en resultados científicos confiables. Por ejemplo, aunque las hormonas femeninas aumentan la disponibilidad del organismo de la mujer para portar y cuidar a un niño, no existen evidencias definitivas, sobre bases estrictamente hormonales, que permitan concluir en la existencia indefectible de sentimientos maternos en la mujer (Robinson y Stewart 1989).

El deseo de una mujer de tener un niño, con su respectivo corolario de embarazo y maternidad, parece más bien, hasta ahora, más influenciado por las oportunidades y las expectativas socio-culturales, que por los mismos factores biológicos y psicológicos. Al menos esto es lo que se desprende de estudios adelantados para entender la decisión de numerosas parejas y mujeres solas que, voluntariamente, han pospuesto la maternidad hasta más allá de los 35 años (Schlesinger y Schlesinger, 1989).

Asumir cognitivamente que las condiciones no están dadas, ni en lo personal, ni en lo social, para tener un niño, es responder, de alguna manera, a las exigencias del medio cultural donde la persona se desenvuelve. Eso ocurre en los países desarrollados y ha creado serios problemas de natalidad en Inglaterra, Francia, USA y Alemania. La mujer espera la madurez para decidir sobre la posible procreación. Es un evento planificado, pensado, que toma en consideración las condiciones económicas, sociales y personales de la madre (o los padres).

En los países calificados por los planificadores como "en vías de desarrollo", no son las mujeres maduras las que, precisamente, conforman el pelotón mayoritario de las candidatas a la maternidad.

En esos países una proporción considerable de mujeres menores de treinta (30) años ya han concebido (85%, según la Oficina Mundial de la Salud). De ese total, y muy especialmente, en América Latina, un promedio de 22% tiene menos de 18 años, lo que las hace entrar dentro de la categoría de "embarazo precoz".

Así, en los países desarrollados existe un fuerte grupo de mujeres que esperan una edad tardía para decidir sobre el embarazo, mientras que en los países del Tercer Mundo, existe otro fuerte grupo que no espera el tiempo suficiente o no se les permite llegar a una edad adecuada para el embarazo. A ese grupo se les considera, desde el punto de vista de la medicina, grupo de alto riesgo, por las consecuencias físicas y psicológicas que produce el embarazo temprano.

En los países del tercer mundo la explosión demográfica que preocupa a numerosos investigadores sociales, encuentra en las adolescentes, en el embarazo precoz, uno de sus principales contribuyentes.

En Venezuela, cifras publicadas por la Oficina Central de Estadística e Información (OCEI) señalan que para 1988, hubo un total de 522.392 nacimientos, de los cuales 140.253 fueron de madres cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 10 y los 19 años. Esto

representa el 18,38% del total de nacimientos para ese año. En 1989, se registraron 529.015 nacimientos con un total de 95.928 (18,72%) correspondiente a madres adolescentes. En 1990, ese porcentaje aumentó al 20,4% y, en 1991, hasta agosto de ese año, la proyección estadística estimaba que el porcentaje se situaría en los alrededores del 26,6 %. En 1996, las cifras de la OCEI, sitúan la proporción de embarazo adolescente en 22,3 %.

De toda evidencia, la participación de las adolescentes en el aumento de la tasa de natalidad ha venido incrementándose en los últimos años. Ese incremento progresivo no debe obedecer a razones azarosas, ni tampoco puede seguirse viendo en forma tradicional.

Hasta ahora, las explicaciones sociológicas más comunes sugieren que la familiarización temprana con el sexo, el adelanto de la menarquia, la inmadurez, la mayor disponibilidad de información, la estimulación de los medios de comunicación social tales como la publicidad, el cine y la televisión; la ignorancia, la promiscuidad y la desinformación sobre las técnicas contraceptivas, son las principales razones de ese fenómeno (Alonso, 1986).

Otra explicación, avanzada más recientemente, sugiere que una parte de las adolescentes no deben considerarse víctimas, pues ellas crean la situación de embarazo como una provocación y una prueba de fuerza ante padres brutales y perseguidores (Dolto, 1988). Dentro de ese esquema, debería poder asumirse que estas adolescentes anticipan cognitivamente el evento, lo buscan.

Si lo anterior es cierto, ¿podría pensarse que en los países subdesarrollados, a la inversa de los desarrollados, un fenómeno que involucra a las adolescentes y que posee determinantes culturales y cognitivos se ha venido produciendo? Para afinar aún más la dirección de la pregunta anterior, debería formularse otra interrogante: ¿En lugar de conceptualizar el embarazo precoz como algo no deseado, como una tragedia personal, como un evento adverso, no podría pensarse que detrás de esa visión tradicional, se esconde un cambio de serias consecuencia sociales en el que desempeña un papel importante la decisión cognitiva de la persona, de la adolescente? Dicho de otra manera, ¿sería lógico admitir que podría existir un patrón de aceptación del embarazo que va más allá de la simple resignación y que coloca a la adolescente como una agente activa del proceso?

Es muy posible que una parte importante de los embarazos de jóvenes adolescentes menores de 16 años obedezca a varias o a todas las causas mencionadas arriba, las cuales van desde la desinformación hasta la provocación. Es muy posible que muchos de los embarazos de adolescentes sean vividos como verdaderas tragedias. Al utilizar esas pautas de análisis, inevitablemente se tiende a ver y a conceptualizar a toda adolescente embarazada como víctima, bien sea de las circunstancias, de otras personas, o de ellas mismas.

De hecho, la presente investigación se inició bajo la conceptualización de que el embarazo precoz debía ser visto como un evento adverso, una situación ante la cual la adolescente debía reaccionar de una manera particular. En efecto, originalmente se pensó, siguiendo en ello la Teoría de Adaptación Cognitiva desarrollada por Taylor (1983), que si la situación de embarazo era conceptualizada como un evento adverso o amenazante por las adolescentes, entonces deberían aparecer los tres temas propuestos por la teoría: búsqueda de significado de la experiencia, intentos por ganar maestría o control sobre el evento y sobre sus consecuencias en la vida y, por último, esfuerzos por reconstruir la autoestima amenazada o deteriorada por la situación de tragedia.

Planteado de esa manera, los propósitos del estudio inicial eran bastante claros; poner en evidencia que la adolescente percibía su situación de embarazo como un evento adverso y, demostrar, que ante tal situación, la mayoría de ellas había pasado o estaba pasando por las tres fases establecidas por la teoría: la búsqueda de significado, las iniciativas para ganar control y los esfuerzos por reconstruir la autoestima, bien sea a través de la reinterpretación de ganancias secundarias ligadas al evento o a través de comparaciones hacia abajo.

Simultáneamente al planteamiento anterior, se pensó que debía existir un plano de aceptación no hablado, no expresado, que podía minimizar la dimensión de adversidad del embarazo. Dentro de esos dos planos se llevó a cabo el estudio.

Primer estudio
Método: sujetos y procedimiento

Un total de 25 adolescentes embarazadas cuyo rango de edad variaba entre 13 y 16 años, fueron entrevistadas en las consultas de

Medicina Familiar de tres centros de Medicina Ambulatoria de la ciudad de Mérida. Cada entrevista, previa autorización de las personas o de sus representantes, fue grabada y transcrita para su posterior análisis.

La entrevista, de apariencia exploratoria y no estructurada, estuvo, en realidad, organizada en seis secciones, cada una de las cuales permitía una cierta secuencia lógica:

a) Una sección demográfica donde se recogía la información básica: edad, ocupación, nivel educativo, estatus educativo actual, ocupación de los padres, situación familiar de los padres, situación laboral de la pareja.
b) Una sección situacional: ¿Se trata del primer embarazo?, ¿cómo había detectado el embarazo?, ¿cuántos meses de embarazo tenía en el momento de la entrevista?
c) Una sección personal: ¿Quería salir embarazada? Si la respuesta era negativa, ¿porqué cree que le ocurre a Ud. esto? Al saberse embarazada, ¿cuál había sido su primera reacción?, ¿qué pensó?, ¿qué significa ese embarazo?, ¿qué implicaciones personales tiene esa situación?, ¿es el embarazo un problema?, ¿una solución?, ¿qué gana y que pierde con el embarazo?
d) Una sección de información sexual: Al momento de iniciar las relaciones sexuales, ¿conocía los riesgos?, ¿a qué edad tuvo su primera relación?, ¿tenía alguna información sobre métodos anticonceptivos? Si tenía información, ¿por qué no se cuidó o por qué no funcionó?
e) Una sección familiar y de pareja: ¿Cómo reaccionó su pareja?, ¿forman ustedes una pareja estable?, ¿cómo reaccionaron sus padres?, ¿ha tenido Ud. apoyo de su pareja, de sus padres?
f) Una sección de planes, para sí misma y para el bebé: ¿Qué piensa hacer en lo inmediato?, ¿cómo se ve Ud. dentro de los próximos 5 años?

El diseño del trabajo fue de tipo exploratorio de campo. El análisis del material ha sido básicamente cualitativo y descriptivo. Se utilizó, cada vez que fue posible, la reducción de la temática a categorías y agrupaciones capaces de dar una orientación fotográfica del contenido de las entrevistas. En algunos casos, se usa la simple descripción o transcripción de las respuestas directas.

Resultados y discusión
Estatus socio-económico:

La muestra estuvo conformada, por 10 jóvenes (40%) pertenecientes a un nivel socio-económico bajo; 8 adolescentes (32%) de nivel socio-económico medio-bajo; 5 pertenecientes a un nivel medio (20%) y 2 a un nivel que puede ser considerado como alto (8%).

Doce adolescentes dependían directamente de sus madres, las cuales eran vistas como la cabeza de la unidad familiar, independientemente de que esas madres tuviesen o no, en el momento de la entrevista, una pareja. Cuatro provenían de hogares divididos por divorcio o separación, dos vivían con sus abuelos debido al deceso del padre o de la madre; las restantes siete disfrutaban de una situación familiar estable, donde el padre era reconocido como el jefe, el eje de la casa.

Con relación al lugar de residencia del núcleo familiar, 11 (44%) de las jóvenes indicaron vivir en zonas marginales de la ciudad de Mérida, 7 (28%) en el casco central de la ciudad propiamente dicho, aunque en áreas bastante modestas, 5 (20%), en residencias de apartamentos, dos (8%) en urbanizaciones.

tabla 1

Ocupación del padre y de la madre de la muestra de adolescentes embarazadas, organizada en cuatro categorías generales.

Ocupación	Padre	Madre	Total
Campesinos	5	4	9
Obreros	10	12	22
Empleados	2	6	8
Profesionales	2	1	3
Totales	19	23	

Nota: En la categoría obrero se incluyen por igual, oficios del hogar, servicio, albañiles, carpinteros. En la categoría de empleados se incluyeron los comerciantes. Seis entrevistadas se encontraban trabajando como servicio, dos habían obtenido un puesto de vendedoras en el comercio local, una ayudaba a su padre en un negocio propio, once admitieron seguir en sus ocupaciones escolares y cinco declararon encontrarse en sus casas, ayudando en los oficios del hogar.

En la Tabla 1 se presentan, organizadas en cuatro grandes categorías, las ocupaciones originales respectivas del padre y de la madre al momento del nacimiento de las adolescentes entrevistadas. Se notará

que los totales no coinciden ya que cinco adolescentes declararon no saber nada de su propio padre; otras dos ignoraban la ocupación de la madre en el momento de su nacimiento.

Nivel educativo o situación educativa

Cuatro de las entrevistadas no habían completado su primaria y no habían vuelto a la escuela, once se encontraban entre primero y tercer año de bachillerato (de las cuales seis habían abandonado los estudios); el resto, es decir, diez, se encontraban en la fase final del bachillerato, de las cuales cuatro declararon que no regresarían, por ahora, a sus respectivos liceos.

Una sola adolescente entrevistada mostró signos evidentes de retardo mental leve. Todas las demás podían ser consideradas como personas de nivel intelectual promedio, aunque no se realizaron pruebas específicas para determinar el coeficiente intelectual.

tabla 2

Adolescentes agrupadas por edad, primero o segundo embarazo, signo más corriente y meses promedio de embarazo al ser entrevistadas

Edad	1º Emb.	2º Emb.	Signos	Meses
13	6	-	Náuseas	3
14	6	1	Retraso Regla	4
15	5	1	Retraso Regla	3
16	4	2	Retraso Regla	2,5
Total	**21**	**4**		

La Tabla 2 recoge la información relativa a la segunda sección de la entrevista. Veintiuna de las jóvenes entrevistadas se encontraban embarazadas por primera vez. Cuatro vivían la experiencia de un segundo embarazo. Destaca que, entre las jóvenes de 13 años, el signo más común que indicaba el nuevo estado son las náuseas frecuentes, especialmente al momento de la comidas. Para el resto, aunque las náuseas siguen apareciendo como signo frecuente, se destaca el señalamiento del retardo de la regla, como la más común evidencia del embarazo.

El promedio de edad, para las primeras embarazadas fue de 14,33 años, mientras que para aquéllas que se encontraban embarazadas por segunda vez, ese promedio resultó ser de 15,25 años. El tiempo promedio de embarazo, para los cuatro grupos etáreos, al momento de realizar la entrevista, fue de 3,11 meses.

Significación personal

La organización de la información correspondiente a la tercera sección de la entrevista, es decir, la que tiene que ver con la percepción de la situación por la propia entrevistada, resultó, como era de esperarse, mucho más compleja.

A la pregunta, ¿Quería Ud. salir embarazada? Siete admitieron abiertamente que era algo que habían pensado antes, pero que no esperaban en ese momento; cuatro reconocieron que no sabían, mientras que catorce respondieron que no lo deseaban.

A la pregunta, ¿Por qué cree Ud. que le ocurre el embarazo? la respuesta mayoritaria conduce, aunque las formulaciones varíen de una persona a otra, a admitir que es producto del amor por la pareja, de la entrega, del deseo por el otro. Algunas reconocen que fueron "bobas" y se dejaron manipular por su compañero, una sola admite que cedió a la presión y al acoso de un amigo, mientras que solamente tres indican que todo se debió a un problema de ignorancia, de no estar en capacidad de anticipar las consecuencias, de no cuidarse.

La Tabla 3 resume estos resultados:

tabla 3

¿Por qué cree Ud. que le ocurre la situación de embarazo?

Edad	Amor	Ingenuidad	Presión	Ignorancia
13	4	1	-	1
14	5	1	-	-
15	2	1	-	1
16	4	-	1	1
Totales	**15**	**3**	**1**	**3**

En la Tabla 4 se resume la información en términos de emociones y sentimientos. El resultado no deja de sorprender. Una mayoría admite haber sentido alegría ("Una alegría extraña"; "Fue un momento muy especial conmigo misma"), regocijo interno ante la noticia, y muy pocas expresaron preocupación profunda. Ello contrasta con las 14 que dijeron no desear el embarazo. Se evidencia una fuerte ambivalencia y se evidencia, también, la dificultad de admitir que el embarazo, *per* se, puede ser considerado como un evento adverso.

tabla 4

Reacciones emocionales al saberse embarazada (o al momento de confirmar el embarazo)

Edad	Alegría	Tristeza	Preocupación	Nada
13	3	1	1	1
14	3	2	1	1
15	4	1	-	1
16	3	1	1	1
Totales	**13**	**5**	**3**	**4**

Debe señalarse que la joven de 14 años y otra de 16 años que señalaron tristeza y preocupación, respectivamente, como primera reacción ante la situación de embarazo, son precisamente las que vivían un segundo embarazo. La única joven de 15 años en situación de segundo embarazo, declaró no haber sentido nada en esta oportunidad. Simplemente indicó: "Yo sabía que iba a ocurrir".

A la pregunta: ¿Qué pensó cuando supo que estaba embarazada? Casi todas las respuestas se reducen a una sola: "¿Qué irá a decir mi mamá, o qué irán a decir mis padres o mi familia?" Dos de las que ya eran madres indicaron: "Pensé que iba a tener más problemas, o más trabajo". Una sola de las entrevistadas señaló: "Pensé en morirme, sentí una gran vergüenza porque fallé".

El significado del embarazo y las implicaciones del mismo fue expresado de distintas maneras: "Ahora soy una mujer hecha y derecha", "Yo siento que soy más importante, que la gente se fija en mí", "Tengo que dejar la loquera", "Yo sigo siendo la misma, eso no cambia nada", "Me parece que soy distinta, que tengo más fuerza", "Debo buscar trabajo para ocuparme de mi hijo", "Ahora mi mamá (o

mis padres) se preocupan más por mí", "Tengo que estudiar más para ofrecerle algo mejor a mi bebé", "Debo prepararme de verdad, verdad, graduarme", "Yo no sé que va a pasar conmigo, he descubierto que no sé a dónde voy".

Información sexual

Del total de las respuestas obtenidas se desprende que solamente tres personas entrevistadas no poseían información adecuada. Dos de 13 años y una de 14. Sin embargo, una de ellas admitió que conocía los riesgos inmediatos de su relación sexual. El resto conocía todo lo relativo a condones, método del ritmo, diafragma y pastillas anticonceptivas. Una de ellas tomaba pastillas solamente al momento de tener relaciones sexuales porque las amigas le habían dicho que eso "engordaba".

Al preguntar cuál de los métodos anticonceptivos les parecía el más seguro y efectivo, 22 señalaron la pastilla, aunque admitieron que era problemático conseguirlas. Esta respuesta, por sí sola ofrece una indicación del nivel de información sexual presente en la muestra aquí estudiada.

En la gran mayoría de los casos, casi el 80%, de las adolescentes dejaron o descargaron en la pareja la responsabilidad de cuidarse. En ese sentido la más clara expresión se encuentra en la siguiente frase: "Usted sabe..., cuando yo estaba en esas cosas, yo prefería no decirle nada. Él sabía que tenía que cuidarme".

En término de atribuciones, podría decirse que se trata de la más importante y sistemática atribución externa utilizada por casi todas las entrevistadas. Fue la pareja la que no puso atención, no se cuidó, no hizo lo que tenía que hacer, perdió el control, le pidió que tuviera confianza que él sabía lo que hacía.

Reacción de la pareja y de los padres

El tema de la reacción de la pareja y de los padres resulta uno de los más interesantes y dramáticos. En la tabla 5 se presenta un resumen de las actitudes más frecuentes.

tabla 5

Actitudes de la pareja y de los padres ante el embarazo.

	Padre	Madre	Pareja
Apoyo irrestricto	2	16	5
Apoyo con reservas	1	4	4
Rechazo	3	1	2
Desprecio	1	-	1
Matrimonio	-	-	7

Nota: Las cifras no coinciden puesto que, para una misma situación, se han sumado distintas actitudes.

Como podrá notarse, el principal apoyo viene de la madre, seguido por la pareja, aunque en una proporción bastante baja. La actitud de censura y de rechazo más marcada se encuentra en la pareja, la cual se desentiende o duda de la paternidad en una elevada proporción (nueve casos). Los siete casos de matrimonio consisten en cinco sujetos que voluntariamente ofrecieron casarse y dos que fueron obligados por los padres a asumir su responsabilidad.

En este sentido debe señalarse que solamente diez admitieron tener, al momento de la entrevista, una pareja estable. Once se encontraban solas en su situación de embarazo, bien sea porque habían sido rechazadas por sus parejas o porque admitieron haber salido embarazadas en una relación casual, la cual se pensó sin mayores consecuencias. Otros cuatro casos resultaron relativamente confusos porque las adolescentes no quisieron indicar el status de su pareja, bien porque éste fuese casado, o por otras razones.

La actitud más frecuente del padre es la de rechazo. Tanto la indiferencia como el desprecio parecen jugar aquí el mismo papel. Sin embargo, se introdujo la noción de *apoyo con reservas* en todos los casos en que la adolescente permaneció en su respectiva casa, aunque relegada y tratada como una persona afectada por una enfermedad contagiosa. Apoyo con reservas también fue utilizado para ilustrar los casos de las parejas que ofrecieron pagarle todo al niño, sin mayor contacto afectivo con la madre.

El caso de la indiferencia fue contabilizado en todas aquellas situaciones en que se le dijo a la adolescente: "Ese es problema tuyo", "Ve a ver lo que haces ahora", "Yo no quiero saber nada de eso". Una

información complementaria que debe ser tomada en cuenta es la edad promedio de la pareja: 26,8 años, rango 15 – 44 años. Solamente tres declararon tener una pareja menor de 17 años. Cinco dijeron que su pareja superaba los 35 años de edad.

Con relación a los planes y a la vida futura, lo menos que se puede decir es que esa parte de la vida es la que refleja mejor la fragilidad de la adolescente embarazada. Si se observa el resumen de respuestas (ver Tabla 6), se podrá notar que, en su conjunto, no hay planes concretos, elaborados, pensados para ese caso, para esa situación particular. Las respuestas parecen estereotipadas, copiadas, mecánicas. Una proporción importante (9) reconoce que no sabe lo que pasará con ellas en el futuro inmediato. Muchas de ellas admiten que se visualizan "ayudando" a la madre o a la familia y, otras, responden que seguirán en los estudios, pero sin mucha convicción. Algunas de ellas perciben como inevitable el "tener otro hijo". En cualquier caso, dos preocupaciones ocupan, en una proporción importante, el horizonte de las adolescentes embarazadas: "no cometer más errores" y "ayudar a la mamá". Esto parece reflejar, de alguna manera, los sentimientos de culpa.

tabla 6

Planes y proyectos futuros

Edades	13	14	15	16
Planes				
No sabe	3	2	3	1
Preparar la llegada del hijo	2	3	2	3
Terminar los estudios	4	3	2	2
Trabajar	2	2	1	3
Tener otros hijos	1	-	2	1
No cometer más errores	5	3	4	4
Ayudar a su mamá	4	5	3	3

Segundo estudio
Método: sujetos y procedimiento

En un esfuerzo por verificar si se constataban cambios en los resultados originales del estudio reportado arriba, se procedió a realizar un nuevo grupo de entrevistas. Con nueve (9) años de diferencia, es

decir, entre noviembre y diciembre del 1999, se grabaron 42 nuevas entrevistas, en una población casi idéntica a la original.

Por razones metodológicas, se conservó exactamente el mismo esquema de preguntas y el mismo orden. Igualmente, se cuidó de registrar la información demográfica de las entrevistadas, con el propósito de aumentar la posibilidad de comparar los resultados entre ambas muestras.

Como ya se dijo, un total de 42 adolescentes embarazadas, cuyo rango de edad variaba entre 13 y 16 años, fueron entrevistadas en sus casas, en las consultas de Medicina Familiar de tres centros de Medicina Ambulatoria de la ciudad de Mérida y en el Hospital Universitario de Los Andes. Cada entrevista, previa autorización de las personas o de sus representantes, fue grabada para su posterior análisis. La entrevista conservó ese esquema aparentemente no estructurado de las entrevistas iniciales, pero en realidad, siguió exactamente la misma secuencia de las anteriores.

Para seguir la misma lógica del trabajo inicial, el diseño fue de tipo exploratorio de campo. Igualmente, el análisis del material siguió siendo básicamente cualitativo y descriptivo. Se utilizó, en casi todos los casos, la reducción de la temática a categorías y agrupaciones capaces de dar una orientación fotográfica del contenido de las entrevistas. En algunos casos, se usa la simple descripción o transcripción de las respuestas directas.

Resultados y discusión

Estatus socio-económico

La nueva muestra estuvo conformada por 22 jóvenes (52,3%) pertenecientes a un nivel socio-económico bajo; 14 adolescentes (33%) de nivel socio-económico medio-bajo; 5 pertenecientes a un nivel medio (11,9%) y 1 a un nivel que puede ser considerado como alto (2,3%).

Veintiocho (28) adolescentes dependían directamente de sus madres, las cuales eran vistas como la cabeza de la unidad familiar, independientemente de que esas madres tuviesen o no, en el momento de la entrevista, una pareja. Diez (10) provenían de hogares divididos por divorcio o separación, tres vivían con sus abuelos u otros parientes, debido al deceso o separación del padre o de la madre;

las restantes cuatro (4) disfrutaban de una situación familiar estable, donde el padre era reconocido como el eje de la casa.

Con relación al lugar de residencia del núcleo familiar, 24 (57%) de las jóvenes indicaron vivir en zonas marginales de la ciudad de Mérida, 9 (21,4%) en el casco central de la ciudad propiamente dicho, 6 (14,2%), en residencias de apartamentos, 4 (9,5%) en urbanizaciones.

En la Tabla 1 se presentan, de nuevo, organizadas en cuatro grandes categorías, las ocupaciones originales respectivas del padre y de la madre al momento del nacimiento de las adolescentes entrevistadas. Se notará que los totales no coinciden ya que dos adolescentes declararon no saber nada de su propio padre; otras tres ignoraban la ocupación de la madre en el momento de su nacimiento, aunque se puede asumir que era, simplemente, oficios del hogar.

tabla 1

Ocupación de padre y madre de la segunda muestra de adolescentes embarazadas en cuatro categorías generales

Ocupación	Padre	Madre	Total
Campesinos	9	5	14
Obreros	14	16	30
Empleados	11	12	23
Profesionales	5	3	8
Totales	**39**	**36**	**75**

Nota: En la categoría obrero se incluyen por igual, oficios del hogar, servicio, albañiles, carpinteros. En la categoría de empleados se incluyeron los comerciantes. Once entrevistadas se encontraban trabajando como servicio, siete habían obtenido un puesto de vendedoras en el comercio local, dos ayudaban a su padre en un negocio propio, trece admitieron seguir en sus ocupaciones escolares y nueve declararon encontrarse en sus casas o en la casa de un familiar, ayudando en los oficios del hogar.

Nivel educativo o situación educativa

Nueve de las entrevistadas no habían completado su primaria y no habían vuelto a la escuela, quince se encontraban entre primero y tercer año de bachillerato (de las cuales tres habían abandonado los estudios); cinco se encontraban en la fase terminal del bachillerato, de las cuales

sólo una declaró que no regresaría, por ahora, a su respectivo liceo. Siete declararon estudiar en institutos privados (cursos de secretariado u otros oficios); dos señalaron encontrarse en cursos del INCE, dos estaban comenzando clases en el IUTE y una estaba esperando cupo en la ULA.

Todas las jóvenes pueden ser consideradas como personas normales, emocionalmente estables y de nivel intelectual promedio, aunque no se realizaron pruebas específicas para determinar el coeficiente intelectual.

tabla 2

Adolescentes agrupadas por edad, primero o segundo embarazo, signo más corriente y meses promedio de embarazo al ser entrevistadas

Edad	1º Emb.	2º Emb.	Signos	Meses
13	6	-	Náuseas	3
14	6	1	Retraso regla	4
15	5	1	Retraso regla	3
16	4	2	Retraso regla	2,5
Total	**21**	**4**		

La Tabla 2 recoge la información relativa a la segunda sección de la entrevista. Treinta y cinco de las jóvenes entrevistadas se encontraban embarazadas por primera vez. Siete vivían la experiencia de un segundo embarazo. Destaca que, entre las jóvenes de 13 años, el signo más común que indicaba el nuevo estado son las náuseas frecuentes, especialmente al momento de la comidas. Para el resto, aunque las náuseas siguen apareciendo como signo frecuente, se destaca el señalamiento del retardo de la regla, como la más frecuente evidencia del embarazo. Una información nueva tiene que ver con los mareos, a los 16 años

El promedio de edad, para las primeras embarazadas fue de 14,28 años, mientras que para aquéllas que se encontraban embarazadas por segunda vez, ese promedio resultó ser de 15,28 años. El tiempo promedio de embarazo, para los cuatro grupos etáreos, al momento de realizar la entrevista, fue de 2,7 meses.

Significación personal

La organización de la información correspondiente a la tercera sección de la entrevista, es decir, la que tiene que ver con la percepción de la situación por la propia entrevistada, no fue nada sencilla en el presente caso. Siempre, dentro del mismo espíritu de seguir el mismo esquema, se puede reportar:

A la pregunta, ¿quería Ud. salir embarazada? Cinco admitieron abiertamente que era algo que deseaban (se incluyen tres de segundo embarazo), seis admiten que no sabían que les podía ocurrir (todas de 13 años) o no se lo habían planteado como una posibilidad, mientras que treinta y una respondieron abiertamente que no lo deseaban.

A la pregunta, ¿por qué cree Ud. que le ocurre el embarazo? Como en el caso de las primeras entrevistas, la respuesta mayoritaria conduce -aunque las formulaciones varíen de una persona a otra- a admitir que fue producto del amor por la pareja, de la entrega, del deseo por el otro. Dos señalan su deseo de independizarse y de constituir una familia aparte. Siete reconocen que fueron "bobas", "tontas" o "estúpidas" y se dejaron manipular por su compañero; dos admiten que cedieron a la presión y al acoso de algún amigo, mientras que solamente tres indican que todo se debió a un problema de ignorancia, de no estar en capacidad de anticipar las consecuencias, de no cuidarse.

La Tabla 3 resume estos resultados:

tabla 3

¿Por qué cree Ud. que le ocurre la situación de embarazo?

Edad	Amor	Ingenuidad	Presión	Ignorancia
13	5	1	1	2
14	10	3	1	1
15	8	3	-	-
16	6	-	-	-
Totales	**29**	**7**	**2**	**3**

Nota: no se incluyen las dos personas que expresaron su deseo de independencia

La Tabla 4 resume la información en términos de emociones y sentimientos. El resultado no deja de sorprender y confirma la misma tendencia del Estudio 1. Una mayoría admite haber sentido alegría ("Una alegría bien divina", "Fue un descubrimiento milagroso", "La felicidad más extraña que jamás haya sentido"). Ese regocijo interno ante la noticia se consolida, sobre todo porque, de nuevo, muy pocas expresaron preocupación profunda. Este resultado pone en entredicho la afirmación racional de indicar que no se deseaba el embarazo. De nuevo aparece una fuerte ambivalencia y se muestra, también, la dificultad de admitir que el embarazo, per se, puede ser considerado como un evento adverso. Sobre todo, porque ninguna de las entrevistadas mencionó o refirió algún pensamiento de rechazo, de interrupción o de desprendimiento. En todos los casos, se cristaliza y se repite la frase: "mi embarazo", "mi bebé", "mi experiencia", como algo muy único y especial.

tabla 4

Reacciones emocionales al saberse embarazada (o al momento de confirmar el embarazo)

Edad	Alegría	Tristeza	Preocupación	Nada
13	5	1	2	1
14	13	2	3	-
15	6	2	1	2
16	5	1	2	-
Totales	**29**	**6**	**8**	**3**

Contrariamente a lo encontrado en el primer estudio, las jóvenes que viven un segundo embarazo, no expresaron ninguna preocupación por ese hecho. Una sola joven de 13 años, declaró no haber sentido nada al saberse embarazada. Cuatro de 14 años, con cierta resignación, comentan: "No quería que eso pasara, pero bueno, qué se le va a hacer...".

A la pregunta: ¿Qué pensó cuando supo que estaba embarazada? Una abrumadora mayoría de las respuestas reproducen el esquema de la vergüenza: "Pensé que iba a sentir mucha vergüenza ante mi familia". Una de las que ya eran madres dijo: "Van a decir que yo solo ando pendiente de eso...". Una de las entrevistadas de 13 años señaló:

"Me sentí aplastada por la noticia, y pensé inmediatamente en lo que diría mi papá".

El significado del embarazo y las implicaciones del mismo fue expresado dentro del mismo patrón de respuestas del estudio anterior: "Yo sé que puedo salir adelante", "Me parece que mi mamá me comprende mejor", "Esto ha hecho que mi pareja se fije más en mí", "Ahora sí sé lo que es ser mujer", "Tengo que ser más responsable y andar con más cuidado", "Sé que mi vida va a cambiar y que, a la final, todo saldrá bien", "Me parece que mis padres me quieren más", "Debo planificar mejor lo que debo hacer con mi hijo", "Tengo que trabajar duro para que me respeten", "Ignoro lo que será de mi, pero haré todo lo que sea necesario para salir adelante con mi hijo".

Información sexual

En el mismo orden de resultados del estudio inicial, casi todas las entrevistadas poseen suficiente información sexual. Las que señalan mayor desinformación son las jóvenes de 13 años y dos de catorce. Sin embargo, casi la absoluta mayoría admitió que conocía los riesgos inmediatos de su relación sexual. Existe en la muestra conocimiento de todo lo relativo a condones, método del ritmo o de "temperatura", diafragma, IUD's, pastillas y vacunas anticonceptivas.

Al preguntar cuál de los métodos anticonceptivos les parecía más seguro y efectivo, 27 señalaron la pastilla y los dispositivos intrauterinos. Esta respuesta, como en la anterior encuesta, indica por sí sola el nivel de información sexual presente en la muestra aquí estudiada.

Y se repite la misma historia del estudio anterior: En casi todos los casos, cerca del 87%, las adolescentes dejaron o descargaron en la pareja la responsabilidad de lo ocurrido. "Él me decía que sabía lo que hacía", "Él me dijo que no me preocupara", "La verdad es que me daba nervios, pero me dejaba llevar".

Reacción de la pareja y de los padres

El tema de la reacción de la pareja y de los padres resulta uno de los aspectos que más ha cambiado de una encuesta a la otra. En la tabla 5 se presenta un resumen de las actitudes más frecuentes.

tabla 5

Actitudes de la pareja y de los padres ante el embarazo

	Padre	Madre	Pareja
Apoyo irrestricto	7	32	27
Apoyo con reservas	2	6	5
Rechazo	2	1	4
Desprecio	3	-	1
Matrimonio	-	-	16

Nota: Las cifras no coinciden puesto que, para una misma situación, se han sumado distintas actitudes.

Como se observará, se nota un cambio bastante claro entre lo que ocurrió hace 9 años y lo que se percibe ahora. Se nota más apoyo familiar, más tolerancia, más implicación de la pareja, menos rechazo por parte del padre o menos "dudas" por parte de la pareja.

Y es notorio que 33 de las entrevistadas admitieron tener, al momento de la entrevista, una pareja estable o una relación afectiva "con futuro", para expresarlo en los términos de una de las jóvenes. Solamente 5, sobre 42, se encontraban solas en su situación de embarazo, bien sea porque habían sido rechazadas por sus parejas o porque sus padres la habían "aislado" de su relación, como castigo. De nuevo, cuatro casos resultaron relativamente confusos porque las adolescentes no quisieron indicar el estatus de su pareja, bien porque éste fuese casado, o por otras razones.

La actitud más frecuente del padre, que había sido de rechazo en el primer estudio, ha cambiado bastante. Se observa mayor tolerancia, mayor flexibilidad y hasta mayor respeto por las decisiones personales de las hijas. Continúa apareciendo, de todas maneras, la indiferencia, así como el desprecio en algunos adultos. Otra información que se consolida se refiere al sitio de residencia de la joven embarazada. En el 92% de los casos, se señala el domicilio de la madre o de los padres como el lugar de refugio donde se espera la llegada del niño.

Una información complementaria que debe ser tomada en cuenta es la edad promedio de la pareja: 22,4 años, rango 15–36 años. Siete declararon tener una pareja menor de 17 años. Dos dijeron que su pareja superaba los 35 años de edad. Esa información es significativa, porque se trata de otro aspecto que parece haber cambiado: la pareja

masculina es más joven en el presente estudio. Cuando se evalúan los planes y las anticipaciones de vida futura, se detecta claramente que allí, como en la anterior muestra, se refleja mejor la fragilidad de la adolescente embarazada. En la Tabla 6 se puede observar el resumen de las respuestas. Predominan, como en la anterior encuesta, las respuestas estereotipadas, aprendidas, copiadas, mecánicas.

En ese mismo orden de ideas, una proporción importante (18), reconoce que no sabe lo que pasará con ellas en el futuro inmediato. Muchas de ellas admiten (27) que se visualizan "ayudando" a la madre o a la familia y, otras, responden que seguirán en los estudios (17), pero sin mucha seguridad en ello. Solamente dos (2) de ellas perciben como inevitable el "tener otro hijo". En cualquier caso, dos preocupaciones ocupan, en una proporción importante, el horizonte de las adolescentes embarazadas: "no cometer más errores" (29) y "ayudar a la mamá" (27). Una nueva dimensión aparece: "irse a otra ciudad" (7), lo que puede interpretarse, más como un deseo vago o como una forma supuestamente ideal de enfrentar la "vergüenza" de encontrarse embarazadas tan jóvenes.

tabla 6

Planes y proyectos futuros

Edades	13	14	15	16
Planes				
No sabe	5	6	4	3
Preparar la llegada del hijo	7	9	6	6
Terminar los estudios	4	6	4	3
Trabajar	3	5	3	4
Tener otros hijos	1	1	-	-
No cometer más errores	7	10	6	6
Ayudar a su mamá	6	11	5	5
Irse a otra ciudad	3	2	1	1

Conclusiones

Discutir sobre los resultados de la presente investigación resulta una tarea difícil. Al inicio del trabajo, como ya se indicó, se había partido de la idea según la cual el embarazo adolescente debía ser visto como un evento adverso y que, en tal sentido, se justificaba el intento de demostrar los postulados de la Teoría de la Adaptación

Cognitiva formulada por Taylor (1983). En el primer estudio no se podía concluir, de manera tajante, que dichos temas no se encontraban presentes en forma general, aunque el embarazo mismo, como evento, no parecía ser conceptualizado por las adolescentes como un evento absolutamente adverso. La mayoría presentó el problema como algo superable, un escollo, una dificultad, más que una tragedia.

En el segundo estudio, los resultados parecen confirmar que, definitivamente, la Teoría de la Adaptación Cognitiva, no facilita la comprensión del fenómeno. Al menos, no permite una explicación parsimoniosa del mismo, sencillamente porque las embarazadas (después de saberse en ese estado) reorganizan sus cogniciones y no conceptualizan el embarazo como un evento adverso.

Tanto en el primero, como en el segundo estudio, se evidencia una fuerte ambivalencia en ese sentido. Las respuestas obtenidas indican que ninguna de las entrevistadas, en el plano consciente, admitió directa y francamente que sí deseaba el embarazo. Al mismo tiempo, ninguna lo rechazó o asomó la idea de una interrupción. Todas las entrevistadas señalaron su deseo de seguir adelante con la preñez, independientemente de sus consecuencias futuras.

De igual forma, se puso en evidencia la contradicción existente entre el manejo racional de la situación (Yo no quería salir embarazada) y la expresión emocional predominante (Alegría). También se resaltó el hecho de que, otra proporción de entrevistadas no supieron decir claramente si lo deseaban o no. Como afirma Villarroel (1989) en las conclusiones de su estudio sobre Embarazo Adolescente: "Puede afirmarse, también, de acuerdo con nuestros resultados cualitativos, la existencia de una representación del embarazo y la maternidad cargada de actitudes favorables y valores positivos".

La impresión de la ambivalencia y de la contradicción interna de las adolescentes entre lo que se supone que debe decirse y hacerse y lo que verdaderamente se siente y se hace, se ve reforzada por la existencia de una información sexual bastante adecuada y no usada. Por el recurso a la atribución externa relativa a la pareja: si las cosas han llegado a donde están ha sido por su culpa...

Con los nuevos datos reportados, es necesario señalar el problema manifiesto que representa la información sexual "superficial". Dicha información (que no podemos calificar de educación sexual) está presente, pero no se utiliza, ni se practica. Habría que agregar una

nueva dimensión a ese aspecto que, por el momento, podemos calificar de "educación sexual asertiva", una educación que verdaderamente proteja y oriente la práctica sexual inmadura.

En otro orden de ideas, ¿Cuáles pueden ser las razones y los orígenes de esa actitud favorable y de esos valores positivos que parecen subyacentes a la maternidad precoz? ¿El nivel socio-económico, el nivel educativo y cultural, la inmadurez, pueden servir para argumentar que se trata, en ese momento cultural cargado de insatisfac-ciones y privaciones, de un hecho natural que no genera contradicciones ni conflictos intrapersonales? ¿Puede ser suficiente indicar que las jóvenes sólo reproducen un patrón cultural, al repetir la historia de su propia madre, de su tía o su hermana?

En efecto, la gran mayoría de las adolescentes entrevistadas son pobres, de un nivel educativo bajo y con perspectivas bastante limitadas. De hecho, una parte importante posee el ejemplo cercano de su propia madre. Sin embargo, la pregunta que se impone es: ¿No se esconderá detrás de todo lo referido algo más complejo y profundo? ¿Podría hablarse de indefensión? ¿De fatalismo socio-cultural? ¿Será que nuestra cultura y los medios de comunicación social, a través de las novelas, condicionan la mente femenina poco educada, para ejercer un simple papel de "receptoras"?

Numerosas entrevistadas señalaron su sensación de ser, después del embarazo, "verdaderas mujeres", indicaron su cambio de estatus al percibir que, en medio de todo, eran consideradas con mayor atención y se sentían más importantes. Como indica Villarroel (1989): "Si esta imagen significante, surgida de nuestros estudios de casos, constituye, efectivamente, la representación social predominante en la sociedad venezolana, es algo que habrá que estudiar más adelante".

Este último aspecto se encuentra conectado con la autoestima; al menos, con la búsqueda de una autoestima, de un autoconcepto que parece tener bases estrictamente afiliativas: sentirse amadas, deseadas, queridas, apreciadas. Garantizarse ese afecto a través del hijo esperado...

La Teoría de la Adaptación Cognitiva postula que la búsqueda de significado es el primer paso hacia el manejo cognitivo eficiente de la situación estresante. El promedio de tiempo de embarazo (3 meses en el primer estudio y 2,5 meses en el segundo) representa un período suficientemente amplio para ajustarse a la nueva situación y generar cogniciones apropiadas. Ello representa un problema teórico que debe

ser vencido y puede ser vencido para elucidar lo que realmente se esconde detrás de lo aquí reportado.

Es muy posible que al descubrirse embarazada la adolescente perciba la situación como una situación adversa, no para ella misma, sino para su familia directa, su madre, su padre. Es posible también, que el tiempo facilite la adaptación y que haya que ingeniárselas para realizar entrevistas más tempranas.

Los otros dos temas planteados por la teoría, tanto los intentos por ganar maestría y control sobre el evento, como los esfuerzos por reconstruir la autoestima aparecen de manera casi espontánea. Aquí se requiere un solo comentario: la mayoría de los esfuerzos por ganar el control de la situación se encuentran dirigidos, en el presente caso, hacia las personas significativas (padres, pareja), los cuales, a su vez, son los principales agentes reforzadores de la autoestima. Se observa un efecto interactivo interesante que debiera ser estudiado más detenidamente en el futuro.

A manera de cierre puede agregarse que la impresión predominante, al escuchar las adolescentes, es que se trata de un proceso mayoritariamente autodeterminado, gobernado por un objetivo: acceder lo más pronto posible al mundo adulto, independientemente de las consecuencias, de si se está preparada para ello o no.

Bibliografía

- Alonso, A. R. (1986). *Madres solteras adolescentes*. Bogotá: Plaza y Janés.
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. París: Ed. Laffont
- Robinson, G. y Stewart, D.E. (1989). Motivation for motherhood and the experience of pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry, 34* (9). 861-865.
- Schlesinger, B. y Schlesinger, R. (1989). Postponed parenthood: Trends and issues. *Journal of Comparative Family Studies, 20* (3). 355-363.
- OCEI, (1991). Anuario de Estadísticas Sociales. Proyecciones, primer semestre 1991. Reproducido por *El Universal*, 15/03/92.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psych., 38*, 1. 161-173.
- Villarroel, G. (1989). El Embarazo adolescente en dos maternidades del área metropolitana de Caracas. Estudio para el Ministerio de la Familia. *Laboratorio de Investigaciones Sociales*. UCV.

capítulo 15

La Programación Neurolingüística y su relación con el paciente

Yariani Barreat M.

La comunicación: elemento clave en la relación asistencial

Existen profesionales cuya labor se inicia fundamentalmente con el establecimiento de una relación interpersonal, que se mantiene a lo largo de un proceso que exige del profesional gran habilidad para comunicarse con los demás. Este es el caso de los profesionales de la medicina cuya asistencia implica el establecimiento de una relación con un paciente a quien se debe practicar un diagnóstico, intervención, evaluación y seguimiento. A lo largo de todas estas fases, el trabajo puede ser caracterizado como una situación esencialmente comunicacional en donde la comunicación humana constituye una de las herramientas fundamentales para facilitar la relación médico-paciente.

Dependiendo de cómo se estructure y desarrolle el primer contacto con el paciente y de acuerdo con el "clima" que se genere en la relación en cuanto a credibilidad, respeto, confianza, etc., ello tendrá una fuerte influencia sobre su evolución subsecuente y satisfacción general durante el tratamiento. De igual forma, los errores que se cometan en el primer encuentro son usualmente mucho más "costosos" que aquéllos que se cometan una vez que se haya establecido una buena relación de trabajo (Casado, 1991).

Creemos que es necesario que el profesional de la medicina desarrolle conocimientos, destrezas y habilidades que le permitan lograr

relaciones efectivas con los demás. No se trata de establecer contacto con los pacientes. Al médico le corresponde también desenvolverse como parte de un equipo interdisciplinario, dirigir otros grupos y relacionarse con los familiares de los pacientes, lo cual requiere de él habilidades comunicacionales especiales que pueden ser objeto de entrenamiento.

A través del presente material de apoyo se pretende que el estudiante de medicina se familiarice con uno de los modelos de comunicación que ha enriquecido el estudio y comprensión de este proceso. Se trata del modelo de comunicación conocido como Programación Neurolingüística (PNL), el cual constituye un intento por explicar y sistematizar aquellos aspectos verbales y no verbales de la comunicación humana presentes en toda relación profesional y que contribuyen con la labor asistencial.

Un modelo de comunicación

Origen y desarrollo de la PNL

Los principales creadores de la PNL fueron John Grinder y Richard Bandler. El primero es uno de los lingüistas más destacados del mundo. Bandler es matemático, psicólogo gestaltista y experto en informática. Con sus investigaciones en los años 70 iniciaron el desarrollo de este modelo.

Bandler y Grinder estudiaron en profundidad las sesiones de trabajo de Milton Erikson, hipnoterapeuta, Virginia Satir, terapeuta familiar y Frederick Perls, gestaltista, tres maestros de la comunicación terapéutica que lograban que sus pacientes rápidamente cambiaran sus formas de percibir el mundo y, en consecuencia, reportaran curaciones "milagrosas" e inmediatas.

En realidad, estos autores se dedicaron a estudiar lo que esos terapeutas realizaban "intuitiva o inconscientemente": sus intervenciones verbales, el tono y timbre de su voz, sus actitudes no verbales, sus acciones, movimientos y posturas, etc., llegando a establecer algunas reglas y pautas que pueden ser entrenadas.

Es así como la PNL constituye un intento por describir, explicar y sistematizar los aspectos verbales y no verbales de la comunicación que ocurren en las relaciones con otros. A través de la PNL, se pueden

alcanzar algunas destrezas de tal modo que las mismas son internalizadas y pasan a formar parte activa y sistemática del repertorio comunicacional del individuo. En suma, lo que se procura es darle estructura a la "magia" (Losada, 1990).

¿Cómo definir el modelo?

La "Programación Neurolingüística" se concentra sobre la estructura de la experiencia más que sobre el contenido de ella. En realidad, atiende a la forma, al cómo están ocurriendo las cosas, y no necesariamente al qué. Es por esto que el modelo se presenta también como el estudio del CÓMO de la experiencia subjetiva, el estudio del mundo subjetivo de las personas y de la forma como ellas estructuran esa experiencia subjetiva y la comunican a otros mediante el lenguaje (Losada, 1990).

Esencialmente la PNL es una herramienta para la comunicación interpersonal, que presenta una serie de procedimientos útiles que no son verdaderos ni falsos, pero que pueden ser aplicables a cualquier proceso de interacción humana (Losada, 1990). Es por esto que sus aplicaciones se extienden hacia aquellas situaciones que requieren establecer una relación de trabajo y comunicación con otras personas, tales como la medicina, psicología, la educación, el derecho, las ventas, el desarrollo organizacional, entre otras.

Si nos fijamos en el nombre del modelo y descomponemos la última palabra, se podrá observar, por una parte la denominación *neuro* que hace alusión al cerebro y sus conexiones, y por la otra el término *lingüística*, que se refiere a lenguaje. Por su parte, *programar* implica poner a punto un plan o procedimiento, seguir varios pasos. A partir de tales elementos, es posible afirmar que la PNL es el estudio de cómo el lenguaje, verbal y no verbal, afecta a nuestro sistema nervioso (Robbins, 1991). La PNL se basa en el estudio de cómo los individuos se comunican consigo mismos de tal manera que originan estados de óptima disponibilidad de sus recursos para así crear el mayor número posible de opciones y establecer contacto con los demás.

Él nos proporciona, además, un marco de referencia sistemático para dirigir en forma efectiva la manera en que nos comunicamos con nosotros mismos y con los demás. Así, a través de la PNL se puede tener acceso al modo como los individuos organizan sus pensamientos

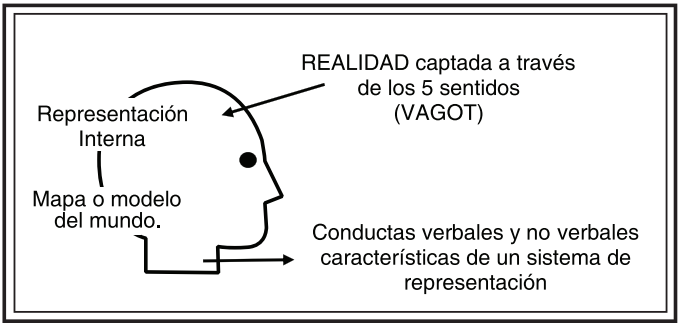
y los comunican a los demás (sintaxis mental), estableciendo contacto con aquellas partes del cerebro y del sistema nervioso que más eficazmente sintonicen y armonicen los códigos propios con los códigos de las demás personas (O'Connor y Seymour, 1992).

Fundamentos y principios básicos

Uno de los fundamentos teóricos de la PNL se relaciona con algunos supuestos del constructivismo, según los cuales lo que denominamos 'realidad' es una invención, no un descubrimiento: una construcción de quienes creen haberla descubierto e investigado. Para el constructivista y los cultivadores de la PNL, los seres humanos vivimos en un mundo 'real' sin embargo, no operamos directa e inmediatamente sobre ese mundo, sino que actuamos dentro de él usando 'mapas', 'representaciones', 'modelos' o interpretaciones codificadas de la realidad, las cuales creamos e inventamos permanentemente mediante nuestros sistemas de representación sensorial... ¿y cómo se forman esas experiencias en el individuo?

El ser humano recibe y representa la información del medio ambiente gracias a unos receptores especializados, los órganos de los sentidos, que nos comunican impresiones ópticas (vista), acústicas (oído), olfativas (olfato), gustativas (gusto) y táctiles (sistema cenestésico). Estos receptores especializados transmiten los estímulos externos al cerebro. Éste, a través del proceso de generalización, distorsión y supresión, filtra esas señales eléctricas y las transforma en una representación interna.

De este modo la representación interna, la cual constituye la experiencia que tiene uno de un acontecimiento, no es exactamente el suceso en sí, sino una reelaboración interior y personalizada. Dicho de otro modo, el cerebro filtra la información y selecciona sólo lo que necesita ignorando, todo lo demás.



Este proceso de filtrado podría explicar la inmensa variedad de la percepción humana. Así, dos personas que hayan visto el mismo accidente de tránsito tal vez lo cuenten de maneras muy distintas. La una quizá prestó más atención a lo que vio, y la otra a lo que oyó, lo cual determinará muy diferentes representaciones internas de la experiencia. Es posible que en estos individuos los procesos perceptivos se apoyen en fisiologías distintas; el uno quizá tenga una agudeza visual excelente, mientras que en el otro predomine la agudeza auditiva. Es probable también que una de esas personas haya sido víctima de un accidente anteriormente, por lo que tendrá ya registrada una representación anterior muy nítida. Todo esto hace que las representaciones del mismo acontecimiento sean muy distintas y se almacenen a su vez para constituir nuevos filtros que ayudarán a configurar las experiencias futuras.

En la PNL se utiliza un concepto importante: el mapa no es igual al territorio. En relación con las personas, esto significa que sus representaciones internas no son la reproducción exacta de un acontecimiento sino una interpretación que se ve afectada por las creencias individuales, actitudes y valores.

Lo anterior permite afirmar que el objetivo fundamental de la PNL es actuar, precisamente, sobre los sistemas de representación que la persona utiliza para relacionarse con el mundo.

¿En qué consisten los sistemas de representación?

Detengámonos a pensar por momentos en qué se diferencian un estado de depresión y uno de éxtasis... Seguramente, la diferencia

principal está en la manera de estructurar las representaciones internas, a través de nuestros cinco sentidos: la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato. Experimentamos el mundo en forma de sensaciones visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas y olfativas, de manera que cualquier experiencia que tengamos almacenada en la mente se ha de representar por medio de estos sentidos.

Un sistema de representación es entonces, la modalidad característica que cada ser humano desarrolla y usa para procesar los datos con los cuales se relaciona cotidianamente. Es la forma de representarse mentalmente las experiencias, conocer el mundo en que se vive y se actúa a través de la emisión de comportamientos verbales y no verbales.

Esos estilos característicos de abordar la realidad mediante la visión, la audición, los sentimientos y sensaciones corporales, el gusto y el olfato, poseen una gran potencia para guiar la conducta y son básicamente tres: el visual (V), el auditivo (A) y el kinestésico (K). Este último también incluye sabores y olores.

Es así como algunas personas, por ejemplo, han descubierto que las motiva mucho el imaginarse o visualizar alguna cosa con gran brillo y nitidez. Para otros, el tono de voz con que se hablan a sí mismos constituye un factor de motivación más importante que cualquier otro. Finalmente, existen personas que de acuerdo con las sensaciones que tengan (seguridad, tranquilidad, interés, etc.) alcanzan mayores niveles de motivación.

Todas las personas tienen acceso a las tres modalidades o sistemas de representación, el visual, el auditivo y el kinestésico. Sin embargo, cada persona probablemente procesa la información sobre cualquier evento a través de uno de los tres sistemas de representación. Así, algunos acceden a su propio cerebro dentro de un marco de referencia visual, otros son básicamente auditivos y otros más bien kinestésicos, y reaccionan con más fuerza frente a lo que ven, oyen o sienten. Precisamente, éste es uno de los aportes esenciales de la PNL, haber presentado la idea de que las representaciones se organizan en función del órgano de los sentidos involucrados, siguiendo un estilo personal para cada individuo. Es así como se logra romper con la idea de que las representaciones son esencialmente visuales.

Por otra parte, en la estructuración de la experiencia humana intervienen las submodalidades, que son formas específicas como

el cerebro selecciona y codifica la experiencia, constituyéndose en elementos más pequeños dentro de cada sistema de representación. De esta manera, una experiencia visual puede ser oscura o luminosa, blanca, negra o en color, móvil o estática. De modo similar, en el caso de una comunicación auditiva podríamos saber si es tenue o estrepitosa, resonante o tintineante. De la experiencia táctil, se puede reconocer si es pesada o liviana, flexible o rígida, suave o áspera.

¿Cómo identificar los sistemas de representación y acceder a ellos?

Los sistemas de representación son identificables gracias a las señales o claves de acceso que la persona ofrece. Estas señales de acceso están constituidas por ciertos movimientos o posturas corporales y por los predicados verbales que la persona emplea cuando describe su experiencia. Así, existen manifestaciones somáticas y fisiológicas, tales como la tonicidad muscular, el patrón de respiración, la lateralidad, entre otras, que pueden llegar a constituir indicios de acceso y conocimiento de las estrategias de representación del sujeto con quien nos estamos relacionando en un momento dado (Cudisio, 1992).

Los individuos que son primordialmente visuales tienden a considerar el mundo en imágenes; se sienten más seguros y tienen mejor comprensión de la experiencia cuando están en comunicación con la parte visual de su cerebro. Como procuran seguir el ritmo de sus imágenes mentales, las personas visuales suelen hablar de prisa con un tono de voz agudo, la respiración es alta y pectoral, mantienen la cabeza erguida, tienen tendencia a movimientos rápidos e intentan plasmar las imágenes en palabras. En su manera de hablar utilizan muchas metáforas visuales; suelen hablar de cómo ven un asunto, de cómo se define el panorama, de si la situación está clara u oscura. Seleccionan palabras como color, luminoso, visión, mirada, ojear, perspectiva, punto de vista, mostrar, entre otras, para describir su experiencia ante cualquier situación.

Las personas con una predominancia más bien auditiva suelen ser más selectivos en cuanto al vocabulario que usan. Utilizan con mayor frecuencia vocablos vinculados a la acción de oír, tales

como sonido, ruido, hablar, escuchar, decir, discutir, relatar, contar, etc. Hablan con voz bien timbrada y a un ritmo más lento, regular y comedido. La respiración es intermedia y diafragmática. Como las palabras significan mucho para ellos, suelen tener cuidado con lo que dicen. Tienden a usar expresiones como: "eso me suena", "le escucho", "repita palabra por palabra", "ha sido un fracaso ruidoso". En cuanto a sus gestos, tienden a inclinar lateralmente la cabeza y a llevar las manos hacia las orejas.

Los primariamente kinestésicos son todavía más lentos. La respiración es baja y profunda. Aparentan estar más relajados. Reaccionan principalmente ante las sensaciones táctiles, epidérmicas. Tienden a tocarse y tocar al otro, abundan sus movimientos y las palmas de la mano suelen colocarlas hacia arriba. Tienen la voz más grave y el tono es bajo. Al hablar lo hacen más despacio y utilizan a menudo metáforas del mundo físico; "siempre están luchando", "a brazo partido", creen en las cosas que se pueden tocar con las manos. En las conversaciones utilizan palabras tales como: sensación, presión, irritado, sentir, firme, pesado, movimiento, placer, liviano, torpe, etc., y tal vez consideran que las relaciones son fuertes o intensas. Finalmente dicen cosas como "quise sacarle una respuesta, pero él no se dejó atrapar".

Conociendo los elementos que caracterizan estas tres formas de comunicación, nos interesaría saber cuál es el sistema de representación primario de la persona con quien nos relacionamos, con el fin de dirigir el mensaje de una manera que le llegue. Se trata de "sintonizar su mismo canal" o "hablar en su mismo idioma". Así por ejemplo, al tratar con un individuo visualmente orientado, no nos servirá movernos poco a poco, respirar hondo y hablar pausadamente. Con eso probablemente sacaríamos de sus casillas al interlocutor, quien quizá nos pida ir al grano. Más bien nos correspondería hablar tan rápido como él, movernos de prisa, y utilizar ciertas metáforas visuales de manera que el mensaje se ajuste al estilo de funcionamiento de la mente del otro así como a sus estrategias de representación.

Ahora consideremos a alguien cuya modalidad predominante sea la auditiva. Si quisiéramos convencerle de que haga algo hablándole muy de prisa y tratando de que vea lo que se le pide, probablemente no conseguiremos influir mucho sobre él. Lo que esa persona necesitaría es escuchar lo que usted dice, oír la proposición y considerar si le suena o sintoniza bien con él.

Conocer, por ejemplo, la estrategia predominante en las relaciones de pareja o familiares puede contribuir significativamente al bienestar en la relación, ¿cómo le hacemos saber a las personas que las queremos?, ¿nos limitamos a demostrárselo tocándolas?, ¿o se lo decimos?, ¿o les hacemos regalitos vistosos?

Imaginemos una relación de pareja en la que el marido se mueve por una estrategia amorosa auditiva mientras que la esposa es predominantemente visual. Él probablemente expresaría su amor hacia ella diciéndoselo (Te quiero mucho), en cambio ella notará un vacío y probablemente le responderá: "No creo mucho en lo que me dices, hace tiempo que no me regalas flores, no me llevas a ningún sitio, no me miras como antes"... En este caso, ella no experimenta la sensación de ser amada porque falta el estímulo visual específico capaz de desencadenar dicha sensación.

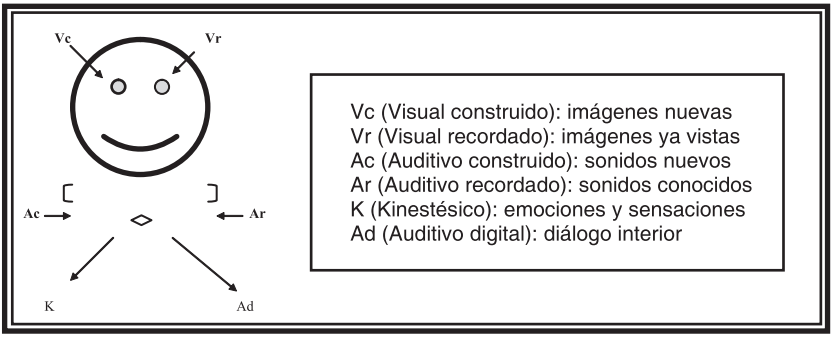
Ahora consideremos el caso opuesto: el marido es predominantemente visual y la mujer auditiva. Él expresa su amor siendo atento con ella, le trae regalos, le envía flores. Ella puede estar sintiendo que él ya no la quiere por el hecho de que necesita que se lo diga para sentirse realmente amada.

Lo anterior nos demuestra que, desde la perspectiva de la PNL, una relación es realmente efectiva en la medida en que se tenga la capacidad para entrar en el mundo del otro, haciéndole sentir que se le está realmente comprendiendo. Desde este punto de vista, establecer una relación implica la facultad de saltar por completo del mapa del mundo de usted al mapa del mundo del otro (Robbins, 1991).

Otra forma de identificación de los sistemas de representación del otro, consiste en observar sus movimientos oculares. Si, por ejemplo, los ojos del interlocutor se mueven hacia arriba y a la izquierda, es que acaba de extraer una imagen de su memoria y está accediendo a la parte visual de su sistema de representación (visual recordado) mientras que si mira arriba y a la derecha, quiere decir que la persona está construyendo nuevas imágenes nunca antes vistas o que está viendo algo diferente de cómo lo veía (visual construido).

Si los ojos se mueven hacia la altura de las orejas, es que la persona está accediendo a su sistema de representación auditivo. Hacia la izquierda, la persona recuerda sonidos escuchados antes (auditivo recordado) mientras que hacia la derecha, quiere decir que la persona está escuchando nuevas palabras o frases (auditivo construido).

Cuando la mirada se dirige hacia abajo y hacia la izquierda, muy probablemente la persona está hablando consigo misma (auditivo digital). Por último, cuando la persona dirige su mirada hacia abajo y a la derecha, está accediendo a su sistema de representación kinestésico, por lo que probablemente esté contactando emociones y sensaciones.



A continuación, algunas muestras de las preguntas que se podrían formular para obtener cada una de las reacciones descritas anteriormente.

- ¿Qué fue lo primero que vio cuando se despertó Ud. esta mañana? (se obtienen imágenes visuales recordadas).
- Imagínese a sí mismo ya graduado, ¿cómo se ve ejerciendo su profe sión? (visuales construidas).
- ¿Cuáles fueron las primeras palabras que le dijeron hoy? (auditivas recordadas).
- ¿Qué le diría Ud. a la persona que más ama y qué canción le cantaría? (auditivas construidas).
- Repítase interiormente esta pregunta, ¿qué es para mí, ahora mismo, lo más importante en mi vida? (auditivas digital diálogo interior).
- Imagine la sensación de un pedazo de hielo derritiéndose en su mano (kinestésica).

Estableciendo relaciones efectivas con los pacientes

Algunos estudiosos de la comunicación humana han demostrado que la palabra sólo transmite un 7% de la información que se comunica. Un 38% se transmite con el tono de voz y el 55% de la comunicación deriva de la fisiología o lenguaje corporal, Así, más del 80% de la comunicación se ve más afectada por lo que no decimos (expresiones faciales, gestos, movimientos, etc.) que por lo que decimos (las meras palabras) (Robbins, 1991).

Así pues, al pretender crear relaciones efectivas con los pacientes debemos considerar no sólo el contenido de la conversación sino también la forma como comunicamos las cosas a esa persona, reflejando una fisiología común a la de ella. Esto es, reproducir en parte su tonalidad y fraseo, las pausas, el ritmo al hablar, algunas posturas y patrón de respiración así como también las expresiones faciales y movimientos característicos. Todas estas conductas de sincronizar o armonizar sutilmente con el otro, operan sobre la mente del interlocutor, haciéndolo sentir realmente "acompasado" o comprendido en la relación.

Recordemos que aunque todos los individuos utilizamos los tres sistemas de representación, la mayoría tenemos preferencias bien marcadas, hacia los sistemas a los que acudimos más a menudo, lo cual nos definiría como primariamente visuales, auditivos o kinestésicos.

Tomando en cuenta esto, al establecer la relación con el paciente es conveniente que identifiquemos su sistema de representación primario con el fin de determinar la manera en que el otro se representa el mundo y sus experiencias.

Una vez descifrado el código predominante de la persona, corresponde comunicarse con su mismo sistema de representación. Esto es, ir ajustando el lenguaje para que armonice con el otro utilizando los predicados verbales acordes con su sistema de representación.

Así, por ejemplo, los pacientes orientados fundamentalmente por la modalidad visual al expresar sus malestares al médico dirían cosas como: "me veo muy mal, míreme nada más la cara que tengo, me da la impresión que esto aparenta ser algo muy serio, nunca antes me había visto así, me las he visto negras". Estas expresiones constituyen pistas verbales para que el médico elija aquellas frases que mejor sintonicen con lo que manifiesta la persona. De esta forma

se podría intervenir diciendo: "¿Desde cuándo se ha estado viendo así?, ¿Cuáles son los malestares que principalmente observa usted que tiene?, ¿definitivamente su apariencia le preocupa?"

Ahora considere algún paciente con un predominio auditivo en comunicación. Quizá expresaría su padecimiento utilizando frases tales como: "Tengo unos ruidos raros en mi cuerpo y eso me preocupa porque no parecen gases, esto me suena mal, escucho vibraciones dentro de mí, me han dicho que estoy muy mal". Al identificar al paciente como un individuo auditivo, el médico podría utilizar algunos predicados verbales que sintonicen con este canal, como por ejemplo: "le escucho, dígame, pareciera que esos sonidos lo afectan, ¿desde hace cuánto tiempo viene escuchando esos malestares?".

Los individuos kinestésicos probablemente representen la experiencia de estar enfermos de manera diferente. Por ejemplo, podrían expresar frases tales como: "siento un profundo dolor de cabeza, es como si me fuera a estallar, la sensación es como tener latidos permanentes, es un dolor que me incomoda y me pesa en todo el cuerpo, siento una dureza por esta parte del cuerpo, tóqueme por aquí". En este caso, al médico le corresponde elegir ciertas claves para acceder al sistema de representación del paciente, haciendo algunas intervenciones como por ejemplo: ¿Desde hace cuánto tiempo viene cargando con esas sensaciones?, ¿le han resultado pesadas esas dolencias?, permítame palparle la zona donde siente esa molestia".

Cuando se ha descubierto el sistema de representación primario del otro, se simplifica y facilita mucho la tarea de establecer una relación con él. La base de esta relación consiste en que el profesional seleccione conscientemente los predicados verbales para igualarlos y aparearlos con los de su paciente. Asimismo, reflejará sutilmente algunas conductas no verbales, haciendo espejo de éstas.

Lo más importante de la PNL es que se trata de una técnica, un estilo o un modelo comunicacional que realmente funciona. Todas las experiencias observacionales así lo prueban. Esto último sugiere, de por sí, el alto grado de utilidad que puede desprenderse de una práctica asidua y sistemática de la PNL en la relación Tratante-Paciente.

Bibliografía

- Casado, E. (1991). *Entrevista psicológica y comunicación humana.* Caracas: Fondo Editorial Tropykos UCV.
- Cudisio, K. (1992). *Comunicación y programación neurolingüística. Cómo comprender la programación neurolingüística.* New York: Springer - Verlag.
- Losada, J. V. (1990). La programación neurolingüística como recurso terapéutico. *Psicología psicoanalítica, 4.*
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1992). *Introducción a la programación neurolingüística.* Barcelona: Urano.
- Robbins, A. (1991). *Poder sin límites. La nueva ciencia del desarrollo personal*. Caracas: Ediciones Grijalbo.
- Watzlawick, P. (1985). *Teoría de la comunicación humana.* Madrid: Editorial Herder.
- Watzlawick, P. (s/f). *La nueva comunicación.* Material mimeografiado.
- Material mimeografiado para la cátedra de "Comunicación y relaciones interpersonales". Post-grado en Psicología cognitiva. UCAB. Caracas, 1995.

capítulo 16

Indigencia: un síndrome biopsicosocial

Yariani Barreat M.

La indigencia ha sido uno de los grandes flagelos considerados dentro de cualquier sistema social. Conjuntamente con el hambre, la marginalidad, el desempleo, el analfabetismo, la violencia, la guerra, entre otros, la indigencia constituye una de las grandes calamidades sociales que indudablemente contribuye a la negación de una vida digna, larga y saludable del ser humano. Esto ha determinado que sea considerada como un área de gran importancia en el mundo tanto para las instituciones públicas y privadas como para las organizaciones no gubernamentales a escala nacional e internacional. Por otra parte, tiene una posición relevante en el ámbito de la investigación e intervención dentro de las ciencias sociales y las médicas.

Indiscutiblemente, la pobreza continúa siendo el más grande desafío que enfrentan las naciones del mundo. De hecho, constituye uno de los ocho grandes objetivos establecidos en la Declaración del Milenio: rebajar la pobreza a la mitad para el año 2015. Según el presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), existen 220 millones de personas pobres en América Latina, y de ésos, un 40% está viviendo en la indigencia (Iglesias, 2003), situación que constituye una "fuente inagotable de dolor, frustraciones, alzamientos y revoluciones..." (Gaviria, 2003).

Distintas evidencias (CEPAL, 2002) permiten afirmar que la pobreza se ha estado reproduciendo. Y por este motivo se han venido desarrollando mundialmente múltiples programas de lucha contra la

pobreza: Oportunidades (México), Solidario (Chile), Plan Colombia (Colombia), Hambre Cero (Brasil), Programa Interamericano de Lucha contra la Pobreza y la Discriminación (OEA), entre otros. Recientemente, se logró afianzar este compromiso mancomunado con la Declaración de Margarita (2003), documento que resume las voluntades políticas y jurídicas de los 34 países pertenecientes a la OEA y establece los retos principales para combatir la pobreza y la desigualdad.

En nuestro país, tomando en cuenta la medición de la pobreza para el primer semestre del 2002 y sobre la base de los datos obtenidos de la Encuesta de Hogares por Muestreo y de la Encuesta de Precios y Consumo realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2002), existe una incidencia de pobreza del 48,6%, y un 21%, corresponde al sector de la población que se encuentra en pobreza extrema.

Considerando la situación a nivel regional, para el año de 1999 en los hogares del estado Mérida se detectó una pobreza extrema de 20,4 % y una pobreza crítica o total del 27,4%, lo cual permite concluir que para esa fecha, el porcentaje total de pobres en nuestro estado era de 47,8%. En lo que respecta al nivel de pobreza en el área metropolitana del estado Mérida, para ese mismo año se estableció un 14 % de pobreza extrema, un 25,3 % de pobreza crítica, lo que totaliza una cifra de 39,3 % de población en condición de pobreza y un 60,7 % en situación fuera de la pobreza (Aguilera y Murua, 2002). Datos más recientes presentados por el INE (2002), reflejan un incremento en el nivel de pobreza extrema en la ciudad de Mérida, reportándose que para el segundo trimestre del año 2002 alcanzó la cifra de 19,7 %.

Desde una perspectiva de salud integral no hay duda de que una de las razones fundamentales que justifican la necesidad de conocer, investigar e intervenir la problemática de la indigencia es que tal condición convierte a la gente en personas enfermas. Siendo simplemente realistas, la indigencia se podría catalogar como un síndrome biopsicosocial o condición fatal.

Definiciones

La palabra *indigencia* viene del latín *indigentia* que significa estar necesitado, necesitar, carecer (Diccionario de la Lengua Es-

pañola, 2002). Son muchos los sinónimos asociados a este término y entre ellos se pueden mencionar: pobreza, penuria, privación, miseria, estrechez, dificultades, mendicidad, falta de recursos y/o medios para alimentarse, residenciarse, vestirse, entre otros. Según el Diccionario de la Real Academia Española (2002) los términos empleados para describir a la persona indigente son: mendigo (persona que suplica), vagabundo (persona que se mueve de un lugar a otro sin tener ninguna dirección), carrilano (persona que vive en la vía; en la ruta), vago (persona sin ningún oficio o profesión). Otro término utilizado para identificar al indigente es transeúnte sin techo, que califica claramente a las personas que viven en la calle.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002) la indigencia es concebida como una forma de pobreza absoluta, definida como la carencia del ser humano muy por debajo de un nivel de necesidad mínima que dificulta severamente su subsistencia. Desde esta perspectiva, el desarrollo humano va más allá del ingreso y el crecimiento económico, para abarcar las potencialidades y capacidades de la población. Desde este punto de vista la indigencia significaría ausencia o denegación de las oportunidades y opciones fundamentales del desarrollo: una vida larga y saludable, adquisición de conocimientos y acceso a los recursos para lograr un nivel de vida decente.

Otras instituciones, como el Consejo Económico y Social de España (1994), definen a la persona indigente como aquella que carece de alojamiento adecuado, recursos o enlaces con la comunidad. Son personas o familias socialmente excluidas y carentes de un hogar permanente y adecuado.

Como puede notarse, tales definiciones no solamente suponen criterios de pobreza o carencia de recursos sino que también asumen el de exclusión social. El concepto de exclusión social recoge la idea de que la indigencia no sólo es falta de bienes físicos y materiales, sino que implica la falta de auto estima, dignidad y sentido de la identidad, y destaca la imposibilidad de acceso a estructuras e instituciones sociales donde se adoptan decisiones, lo cual hace que la población en tales condiciones sea altamente vulnerable. La definición presentada por Stark (1987) ilustra muy claramente esta perspectiva, pues concibe a las personas indigentes como aberrantes y no miembros de 'nuestra' sociedad.

En realidad no existe una definición oficial sobre indigencia. Varias definiciones son usadas por diferentes autores en los distintos sectores sociales involucrados en el problema. Sin embargo, la mayoría de las definiciones considera que la persona indigente es aquella incapaz de tener acceso a una vivienda adecuada y de mantenerla mediante el uso de sus propios recursos o con el apoyo de algún servicio social. Por otra parte, los criterios de pobreza y exclusión social parecen ser componentes muy relevantes asociados a la definición de indigencia.

La pobreza, ampliamente definida e identificada como uno de los componentes fundamentales de la indigencia, se caracteriza por ser una situación de privación e impotencia en la cual los individuos no disponen de ingresos ni activos suficientes para satisfacer sus necesidades materiales más elementales. La pobreza suele considerarse producto de la ausencia de educación, destrezas, aptitudes, herramientas y oportunidades suficientes para generar ingresos y acumular, y los pobres no poseen ni la organización ni el acceso al poder político para cambiar la situación por sí solos (Grynspan, 1997).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 1970) ha definido la pobreza como un síndrome situacional al cual se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vida, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca integración en los mecanismos de participación social y una escala particular de valores. En este caso, la exclusión social es considerada de nuevo como una de las características fundamentales de la población en condiciones de pobreza extrema o indigencia: los pobres más pobres de todos...

En Venezuela existen algunas cifras relacionadas con la indigencia que deben ser destacadas. Según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI, 1996) el nivel general de pobreza (crítica y extrema) se acercó para ese año al 85% de la población, y de ese porcentaje aproximadamente un 14% estaba referido a la población en condiciones de pobreza extrema (indigencia). Pedrazzini y Sánchez (2001) señalan que el 70% de la población venezolana vive en condiciones de pobreza y que casi un 40% vive en condiciones de pobreza extrema. Y las estimaciones más recientes de la Agenda para Superar la Pobreza (Acuerdo Nacional, 2002) indican que las

familias venezolanas en situación de pobreza varían entre 43% y 68%, con un 25% en situación de pobreza extrema.

Características del indigente

Describir las características de las personas indigentes, su problemática y los factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento, es algo que va mucho más allá de la simple referencia a la pobreza y la exclusión social. Conocer las verdaderas necesidades de las personas indigentes supone saber quiénes son (sus características demográficas y socio-económicas), cómo viven (sus condiciones de vivienda, empleo, educación, etc.) y cuáles son los aspectos psicosociales más relevantes (características personales, situación de salud física y salud mental, su historia familiar).

Características demográficas

Diversos estudios foráneos han revelado que una gran cantidad de personas indigentes (hasta un 90%) son solteras (Burt y Cohen, 1988), pertenecientes al sexo masculino (88%), con un nivel educativo inferior a la secundaria y desempleados en su mayoría (80%).

Muñoz y Vásquez (1999) describen las principales características demográficas de la población indigente en España y concluyen que, en su mayoría, las muestras están conformadas por individuos de sexo masculino, con una edad promedio de 40 años, un nivel educativo equivalente a la primaria, poco apoyo social (sobreviven solos) y que, en un 30%, refieren haber estado institucionalizados en prisión o en hospitales psiquiátricos. En lo relativo a la estimación del tiempo promedio de permanencia de estas personas en condición de indigente se encontró que aproximadamente un 80% refirió tener más de un año y casi un 30% expresó tener más de 5 años viviendo en esa situación.

Toro et al., (1995), en un estudio comparativo entre indigencia y pobreza realizado en los EE.UU, lograron obtener una muestra de 144 personas indigentes con características demográficas muy similares a las reportadas en otras investigaciones. Según refieren, la edad

promedio fue de 34 años y en su mayoría (63%) pertenecían al sexo masculino; un 50% reportó nunca haber estado casados y un 31% expresó que había enviudado, divorciado o separado recientemente. En cuanto al nivel educativo, casi la mitad de la muestra (46%) tenía bachillerato incompleto.

En relación a la edad más frecuente observada en grupos de indigentes en Estados Unidos, se ha determinado que un 51% de las personas que conforman algunas muestras tienen edades comprendidas entre 31 y 50 años, un 25% lo conforman niños y jóvenes menores de 18 años y un 19% son indigentes con edades comprendidas entre 55 y 60 años. Tales cifras están basadas en estudios realizados por la Coalición Nacional para el Indigente (National Coalition for the Homeless [NCH]) en 27 ciudades de ese país y referidas en la Conferencia de Alcaldes (U.S. Conference of Mayors) en el año 2001. Estos mismos estudios revelan que aproximadamente un 39% de los indigentes estudiados provienen de familias de madres solteras que reportan haber sido víctimas de violencia física y doméstica.

Sobre la base de los estudios citados se puede afirmar (a) que en Estados Unidos los grupos indigentes tienen una edad promedio de 38 años, (b) que son en su mayoría solteros o separados, (c) que pertenecen al sexo masculino, (d) que son desempleados y (e) que poseen un nivel educativo equivalente a la primaria o bachillerato incompleto. En la literatura revisada llama la atención la incidencia de antecedentes psiquiátricos y se destaca que una alta proporción de indigentes proceden de hogares violentos.

Condiciones psicosociales contribuyentes a la aparición y mantenimiento de la indigencia

Diversos estudios han demostrado la contribución de la violencia doméstica en la aparición de la indigencia. En un estudio realizado con 777 indigentes en diez ciudades de EE.UU., la mayoría de los cuales eran madres, un 22% reportó haber abandonado su último lugar de residencia debido a la violencia doméstica (NCH, 1998). Otro estudio reveló que un 46% de la población indigente encuestada también identificó a la violencia doméstica como causa primaria propiciadora de su condición (NCH, 1999). Las diversas

investigaciones realizadas en distintos estados de Norteamérica parecen confirmar el impacto que tiene la violencia doméstica en la indigencia, especialmente en las mujeres (Bassuk y Rosenberg, 1988; Toro et al. 1995), además de que las experiencias negativas de la infancia también suelen constituir otro factor de riesgo (Wright y Devine, 1993; Zozus y Zax, 1991).

En otro estudio realizado en un refugio para mujeres indigentes en Minnesota se encontró que la razón más comúnmente referida para su ingreso era la violencia doméstica. Según los resultados del estudio, aproximadamente una de cada cinco mujeres encuestadas indicó que había abandonado su lugar de residencia para escapar a diversas experiencias de abuso físico y/o sexual. Un estudio realizado en el estado de Missouri indicó que el 18% de los refugiados en un albergue de la ciudad habían sido víctimas de violencia doméstica (NCH, 1999). Según una encuesta aplicada a adultos indigentes de la ciudad de Michigan, en 1995, el abuso o maltrato físico o el haber sido amenazados y atemorizados por alguien, resultó ser la causa de indigencia más frecuentemente reportada. Y en un albergue para indigentes en Virginia se encontró que el 35% de los refugiados indicó que el motivo fundamental de abandono de sus hogares había sido la violencia familiar (Virginia Coalition for the Homeless, 1995).

En nuestro país, Funda-ICI (1998) realizó un estudio con una muestra de 263 niños y jóvenes de la calle en nueve centros urbanos del país, en el cual se exploraron los motivos que tuvieron para abandonar su hogar. Los resultados destacan que un 23,1% lo había abandonado por causas que pueden incluirse bajo la denominación de inadaptación-conflicto en la relación con el grupo familiar. Así, un 20% dijo haber sufrido maltratos físicos, un 10,8% quedó sin familia por enfermedad y/o prisión de los progenitores, un 9,2% afirmó haber sufrido rechazo en su familia (principalmente por padrastros unidos a sus madres) y una proporción igual (9,2%), reportó haber sido objeto de abandono. Como puede notarse, entre las razones que motivaron el abandono del hogar en esta población indigente también se mencionan el maltrato y la violencia doméstica. Por lo anterior, es posible concluir que la exposición a la violencia familiar y comunitaria constituye uno de los factores de riesgo para la psicopatología en el adulto y las adversidades sociales como la indigencia, tal como lo demuestran en su estudio Vostanis y otros (2001).

Otros factores y modelos explicativos

En general, en la investigación más reciente realizada en EE.UU. por la NCH (2002) se señala que entre los factores socio-económicos frecuentemente responsables de los episodios de indigencia se encuentran: el desempleo prolongado, la carencia de vivienda y, nuevamente, la violencia doméstica. Por otra parte, una proporción alta de la población estudiada se identifica como 'crónicamente enferma' con enfermedades mentales y desórdenes adictivos. Y la pobreza otra vez aparece como factor que contribuye a explicar la indigencia así como la falta de acceso a los servicios sociales y de salud (educación y seguridad social). Aunque los índices reportados son estimaciones que varían dependiendo de las muestras y las técnicas de medición, entre los aspectos psicosociales más resaltantes se ha podido concluir que al menos un tercio de la población indigente presenta enfermedades mentales severas, un tercio o más tiene serios problemas de consumo y/o abuso de drogas y sustancias alcohólicas, y más de la mitad ha estado en la cárcel. El estudio de Fischer y Breakey (1991) realizado con muestras estadounidenses, efectivamente reporta que entre el 40% y el 55% de las personas indigentes tienen problemas con el abuso de sustancias (alcohol, drogas ilícitas o ambos), de modo que la conclusión pudiera ser, que una de cada cinco personas indigentes ha vivenciado cada una o cualquiera de las experiencias referidas (Kondratas, 1991).

La pobreza muchas veces es utilizada como sinónimo de indigencia. Sin embargo, hay algunas diferencias que han sido señaladas por la investigación. En el estudio de Toro et al. (1995) realizado en EE.UU., se encontró que la muestra de indigentes al ser comparada con grupos de personas pobres (nunca antes indigentes) y pobres (previamente indigentes), fue la que recibía menos beneficios públicos, la que reveló mayor cantidad de desórdenes mentales (depresión, ideas paranoides y psicosis), más problemas adictivos, niveles más altos de angustia psicológica y la que reportó haber sido víctima de violencia doméstica en mayor escala y haber experimentado abuso físico durante la infancia.

Milburn y D'Ercole (1991) desarrollaron un modelo teórico que considera los principales factores de riesgo para la indigencia en la mujer. Según esta perspectiva, tales factores son: inestabilidad en la

vivienda, pobreza, problemas de trabajo (desempleo) y victimización. Según el modelo precitado, estos factores no son necesariamente excluyentes y pueden ejercer por igual una gran presión (circunstancias altamente estresantes) sobre la mujer que deviene indigente. Una vez más la pobreza y las experiencias de maltrato físico constituyen factores de alto riesgo para la situación de indigencia.

Diversos estudios realizados en EE.UU. sugieren que las mujeres indigentes tienen una probabilidad mayor de haber sido víctimas de abuso u otro evento traumático durante su vida que las mujeres que viven en su hogar (Bassuk y Rosenberg, 1988; D'Ercole y Struening, 1990). El 41% de las mujeres indigentes reportaron abuso físico durante su adultez mientras que las mujeres residenciadas en su hogar señalaron haberlo experimentado en un 20%. En esa misma muestra de mujeres indigentes y residenciadas en su hogar se reveló abuso físico durante la niñez en un 17% y 5%, respectivamente.

Muñoz y Vásquez (1999) intentan explicar las causas comunes de la condición de indigencia sobre la base de una perspectiva interactiva (macroeconómica y psicosocial), y al efecto, describen los siguientes factores: materiales, afectivos, personales e institucionales. Las causas materiales están relacionadas con variables económicas esencialmente asociadas a la pobreza. Las afectivas se relacionan principalmente con la pérdida de apoyo social y la ruptura de lazos afectivos. Las personales agrupan enfermedades físicas y mentales así como también desórdenes adictivos, aislamiento o soledad. Finalmente, las causas institucionales se refieren a las relaciones previas que han mantenido los indigentes con algún tipo de institución. Según esta perspectiva, la indigencia es percibida como un fenómeno multicausal en el cual participan factores económicos (desempleo, crisis económica), afectivos (pérdida de apoyo y relaciones sociales, conflictos interpersonales, separaciones), personales (desórdenes mentales, consumo de drogas y alcohol, sentimientos de soledad) y factores institucionales que contribuyen a explicar la situación.

Numerosos estudios (Banyard, 1993; Fischer, 1992; Stein y Gelberg, 1995) efectuados especialmente con poblaciones norteamericanas, han demostrado que los indigentes son personas que han experimentado situaciones muy estresantes en sus vidas y establecen que 3 de cada 4 individuos en esta condición han sufrido del denominado desorden de estrés post-traumático aun antes de vivenciar

la primera situación de indigencia (North y Smith, 1992; Toro et al. 1995). Siendo así, se puede afirmar que las experiencias estresantes (violencia familiar, desempleo, desahucio) muy frecuentemente podrían constituirse en eventos precipitantes inmediatos de la condición de indigencia.

Otro modelo para la explicación del fenómeno de la indigencia es el descrito por Toro, Trickett, Wall y Salem (1991) quienes desarrollan una perspectiva ecológica que enfatiza el contexto en el cual viven los indigentes y las complejas interacciones entre las áreas personal, social, económica y asistencial como componentes clave que afectan el bienestar de este grupo humano. La idea detrás del modelo es facilitar un cierto tipo de investigación y promover el desarrollo de programas sociales que consideren la situación del indigente desde múltiples niveles de análisis y como resultado de la interacción de distintos factores individuales y contextuales.

Salud e indigencia

Tal como se mencionó anteriormente, Drake, Osher y Wallach (1991) y Milburn y D'Ercole (1991) encontraron que el consumo de alcohol o de cualquier otra droga resulta ser un predictor significativo de la condición de indigencia. En tal sentido debe señalarse que las personas indigentes con enfermedades mentales severas y desórdenes adictivos frecuentemente son sujetos de un doble diagnóstico (*dual diagnosis*), patología que constituye una de las problemáticas de salud más notables en esta población al punto de que –según distintos estudios– podría oscilar entre un 12% y un 68%. Conforme a Toro et al. (1995) más de 400 estudios han sido dedicados a indagar la problemática de la indigencia en los EE.UU. utilizando diversas metodologías y, según afirman, la mayoría de ellos sugieren un elevado índice de patologías de todo tipo en tal población, notándose que abundan las enfermedades mentales, adicciones y conductas criminales. Es por ello que algunos autores señalan que la indigencia podría ser vista como *un punto extremo* en el *continuum* de la pobreza (Sosin, 1992).

Algunos estudios (Koegel y Burnam, 1987) demuestran que en la mayoría de personas indigentes doblemente diagnosticadas, los primeros síntomas alcohólicos precedieron su indigencia en al

menos cinco años. Este cuadro patológico también se ha visto fuertemente correlacionado con la situación de inestabilidad de vivienda. Uno de los hallazgos emergentes en la literatura sobre causas de la indigencia indica que el primer episodio ha sido producto de síntomas severos que se presentan por consumo de droga y/o alcohol (Toro y Wall, 1991; Shinn y Weitzman, 1990), lo cual sugiere que los desórdenes adictivos pueden jugar un papel crítico en la producción y el mantenimiento de la indigencia. En un estudio de Vega (1996) se reportó un alto índice de esquizofrenia en la población estudiada (entre 4 y 28%), depresión severa (entre 15 y 20%) y síndrome orgánico cerebral (entre 1 y 6%). Precisamente Toro y Wall (1991) y Struening y Padgett (1990) refieren en sus estudios que un alto porcentaje (67%-78%) de las muestras indigentes estudiadas han sido identificadas como mentalmente enfermas incluyendo enfermedades mentales severas, abuso de sustancias psicotrópicas, personalidad antisocial y desórdenes cognitivos.

Otras problemáticas de salud asociadas a la condición de indigencia han sido la tuberculosis, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la malnutrición, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades parasitarias e infecciosas y los problemas de discapacidad física (National Health Care for the Homeless Council, 2003). En un estudio de Vásquez, Muñoz y Sanz (1997) que incluye muestras de indigentes de Madrid y Guijón (España), se encontró que prácticamente la totalidad de la muestra presentaba algún tipo de desorden de salud, reflejándose en particular índices muy altos de SIDA y tuberculosis. Debe destacarse, sin embargo y como ya fue señalado, que el más prominente hallazgo en el ámbito de la salud y la indigencia ha sido el detectar que una gran mayoría de esta población (más del 50%) sufre las secuelas de los desórdenes de salud que provocan el consumo del alcohol y otras drogas (Breakey y Fischer, 1990; Muñoz y Vásquez, 1999).

Además, se ha podido concluir (Hwang, 2001; Wright, 1990) que las personas indigentes están corriendo un alto riesgo de morir prematuramente y sufrir otra amplia gama de problemas de salud, incluyendo enfermedades pulmonares crónicas, desórdenes musculoesqueléticos (artritis), desórdenes gastrointestinales y neurológicos, problemas de la visión, anemia y problemas de la piel (escabiosis, celulitis, vitiligo, obstrucciones venosas, impétigo y tiña) y de los pies (micosis y callosida-

des), como resultado del uso de zapatos inadecuados, exposición prolongada a la humedad y largos períodos de caminatas y/o por estar mucho tiempo parados. Se ha determinado también que la salud bucal y dental es frecuentemente pobre.

Rafferty y Shinn (1991) en una revisión acerca del impacto que tiene la indigencia sobre los niños, básicamente señalan que los principales problemas de salud asociados son retrasos en las vacunaciones, asma, infecciones de oídos, malnutrición, diarrea y anemia. También se ha detectado retraso en el desarrollo del lenguaje y a nivel psicomotor y social. Otros problemas de salud encontrados en muestras de niños y jóvenes indigentes tienen que ver con ansiedad, depresión, problemas conductuales, emocionales, intento y alto riesgo de suicidio y un nivel muy bajo de logro (Bassuk y Rosenberg, 1990; Dehavenon y Benker, 1989; Miller y Lin, 1988; Paone y Kay, 1988; Wright, 1987). En esta misma línea, Goodman, Saxe y Harvey (1991) califican la condición de indigencia como un verdadero trauma psicológico manifiesto por una serie de síntomas (estados disociativos, disminución del interés en actividades significativas, depresión, ansiedad, irritabilidad, rabia, alteraciones del sueño, etc.), destacándose fundamentalmente la pérdida de la confianza y el sentido del control personal.

Wright (1990) en su investigación afirma que la salud y la indigencia están conectados de tres formas. Primero, una salud física y mental pobre es frecuentemente la causa de indigencia, especialmente cuando esto involucra discapacidades que limitan al individuo para trabajo. Segundo, los problemas de salud son frecuentemente consecuencias, de la indigencia y finalmente, cualquiera sea la dirección de esta relación (causa o efecto), indiscutiblemente que la indigencia complica enormemente el mantenimiento de un adecuado estado de salud. El hecho de vivir en la calle limita la posibilidad de tener buenas condiciones de higiene diariamente, facilidades de comida y para el baño, ausencia de un refugio y lugar para dormir, por lo que aumenta la probabilidad de infección y dieta inadecuada, entre otros.

Implicaciones

A pesar de los numerosos estudios e intervenciones desarrolladas en otras partes del mundo, y que han sido referidas en este

trabajo, son escasas las investigaciones realizadas en nuestro país a partir de las cuales pudiera lograrse una evaluación sistemática y amplia de la situación psicosocial real de la indigencia. Actualmente el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes, conduce un estudio que pretende lograr una aproximación a esta condición como un fenómeno multicausal en el cual participan variables materiales, afectivas, personales y/o institucionales. Se está realizando una evaluación rigurosa y amplia de los factores de riesgo asociados a la problemática de la indigencia (personales y estructurales) cuya consecuencia pudiera ser la orientación de programas de intervención social de efectos correctivos reales. En realidad se espera acceder a mecanismos orientados a la comprensión del problema más que ofrecer soluciones impactantes.

Por otra parte, se desea conocer la problemática psicosocial del indigente con apoyo en variables demográficas, de salud mental y física, familiares, laborales, económicas y de acción social. La exploración también incluye variables psicosociales como autoestima, autopercepción, heteropercepción, emociones, calidad de vida, satisfacción, felicidad, estrés, controlabilidad y resiliencia (capacidad personal para tolerar el sufrimiento).

Investigaciones de esta índole son requeridas ya que se orientan a identificar a las personas indigentes, definiendo sus necesidades más precisamente para así poder desarrollar y evaluar apropiadamente los servicios asistenciales que existan para atenderlos. Los hallazgos obtenidos hasta el momento sugieren que los programas de intervención y servicios asistenciales deberían incorporar centros de atención a víctimas de la violencia doméstica y/o comunitaria, servicios de salud mental dirigidos principalmente a atender la conducta adictiva al alcohol y otras drogas, servicios sociales (centros de rehabilitación laboral, educativos, recreativos, vivienda y organizaciones voluntarias), asistencia médica-odontológica y asesoramiento psicológico. Por otra parte, deben ser estimuladas las iniciativas orientadas a prevenir la indigencia y asistir a los individuos o familias de alto riesgo o reincidentes (servicios de orientación familiar). Los proveedores de estos programas deben considerar seriamente la intervención terapéutica en familias conflictivas para reorientar su interrelación y mantener los roles productivos dentro de la comunidad.

Frecuentemente y de acuerdo a investigaciones en el área (Pickett et al., 2002), la reinserción al ámbito laboral o empleo ha sido identificado como un ingrediente clave que facilita que las personas indigentes puedan mejorar su calidad de vida integral. Por tal motivo, se requiere proveer servicios de rehabilitación vocacional y laboral para conocer sus vidas en esta área, triunfos y fracasos que han tenido, para así brindar un servicio que los apoye en el logro de sus éxitos vocacionales.

A pesar de lo destacado en este reporte en relación con la visión psicopatológica de la indigencia, también es importante considerar los recursos personales que tienen los indigentes, sus experiencias previas positivas, mecanismos resilientes y estrategias de afrontamiento que utilizan para sentirse más fortalecidos aun viviendo las mayores adversidades. Es ese potencial el que permitiría la reconstrucción de sus vidas, para lo cual, se hace indispensable la asistencia médica y psicológica individual, familiar y social, tomando en cuenta otros factores estructurales que indudablemente intervienen en la creación y mantenimiento de este flagelo biopsicosocial. A nivel nacional, se requiere con carácter de urgencia la formulación de políticas orientadas a corregir este problema.

Bibliografía

- Acuerdo Nacional (2002): *Agenda para superar la pobreza* (CD-ROM) Mérida, Venezuela.
- Aguilera, O y Murua, M. (2002). Equidad y pobreza en Mérida la ciudad y en Mérida el estado. En *Ciudad, Memoria y Recorrido*. Centro de Investigaciones en Ciencias Humanas. Co-editado por: CDCHT, Consejo de publicaciones, FONACIT, y HUMANIC. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Aronson, E., Ellsworth, P. C., Carlsmith, J. M. y Gonzales, M. H. (1990). Methods of research in social psychology, New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Banyard, V. L. (1993). A taking another route. Daily survival narratives from mothers who are homeless. *American Journal of Community Psychology, 23*(6), 871-891.
- Bassuk, E. L. y Rosenberg, L. (1988). Why does family homelessness occur?. A case-control study. *American Journal of Public Health*, *78*, 783-788.
- Bassuk, E. L. y Rosemberg, L. (1990). Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics, 85*(3), 257-261.
- Breakey, W. R. y Fischer, P. J. (1990). Homelessness: The extent of the problem. *Journal of Social Issues, 46*(4), 31-47.
- Burt, M y Cohen, B. (1988). *America´s Homeless: Numbers, Characteristics, and Programs that Serve Them*. The Urban Institute.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (1970). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en "La Pobreza en la Región de Los Andes" (CD-ROM) - *Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza*, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Consejo Económico y Social (1994). *España 1993: Economía, trabajo y sociedad*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Dehavenon, A. L. y Benker, K. (1989). The tyranny of indifference: A study of hunger, homelessness, poor health and family dismemberment in 818 New York City households with children in 1988-1989. New York: East Harlem Interfaith Welfare Committee.
- D'Ercole, A. y Struening, E. (1990). Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of Community Psychology, 18*, 141-152.
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2002) (pg. Web-www.rae.es).
- Drake, R. E., Osher, F. C., y Wallach, M. A. (1991). Homelessness and Dual Diagnosis. *American Psychologist, 46*(11), 1149-1158.
- Fischer, P. J. (1992). Criminal behavior and victimization among homeless people. In Jahiel, R. I. (Ed.), *Homelessness: a prevention- oriented approach* (pp.87-112). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Fischer, P. J. y Breakey, W.R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American psychologist, 46*, 1115-1128.
- Funda-ICI. (Fundación Instituto de Capacitación e Investigación para el Recurso Humano que Atiende al Niño y al Adolescente en Circunstancias Especialmente Difíciles). 1998. Niños de la calle y niños en mendicidad en Venezuela. Investigación realizada en 1994. Revisión y actualización: Caracas-Venezuela. Editado por la Fundación Kellogg.
- Gaviria, C. (2003). Discurso de Instalación de la Reunión de Alto Nivel de Pobreza, Equidad e Inclusión Social. Isla de Margarita, Venezuela (http://www.oas.org/documents/Conferencia Pobreza Venezuela).
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford, University Press (Acceso electrónico).
- Goodman, L., Saxe, L. y Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma. Broadening perspectives. *American Psychologist, 46*(11), 1219-1225.
- Grynspan (1997). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en "La Pobreza en la Región de Los Andes" (CD-ROM) - *Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza*, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Henry, G. T. (1998). Practical Sampling. En L. Bickman y D. J. Rog. (Eds.), *Handbook of Applied Social Research Methods* (pp. 101-126), California: SAGE publications.
- Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. C*anadian Medical Association or its licensors (CMAL), 164*(2), 229-233.
- Iglesias, E. (2003). Discurso de Instalación de la Reunión de Alto Nivel de Pobreza, Equidad e Inclusión Social. Isla de Margarita, Venezuela (http://www.oas.org/documents/Conferencia Pobreza Venezuela).
- Instituto Nacional de Estadística (INE,2002). (http:/www.ine.gov.ve/ine/pobreza/indicadores pobreza2-2002.htm).
- Koegel, P. y Burnam, M. A. (1987). The epidemiology of alcohol abuse and dependence among the homeless: Findings from the inner city of Los Angeles. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (pg. Web).
- Kondratas, A. (1991). Ending homelessness: Policy challenges. *American Psychologist, 46,* 1226-1231.
- Los Andes (2003). *Casas hogar para ancianos e indigentes en el 2004.* Prensa local de la región de Mérida.
- Lucchini, R. (1996). Niño de la calle. Identidad, sociabilidad, droga. Los libros La Frontera, Barcelona.
- Milburn, N. y D'Ercole, A. (1991). Homeless women. Moving toward a comprehensive model. *American Psychologist, 46*(11), 1161-1169.
- Miller, D. S. y Lin, E. H. B. (1988). Children in sheltered homeless families: Reported health status and use of health services, *Pediatrics, 81*, 668-673.

- Muñoz, M y Vásquez, C. (1999). Homelessness in Spain: Psychosocial aspects *Psychology in Spain, 3*(1), 104-116.
- NCH. National Coalition for the HomelessI. (1998, 1999). Homelessness in America: Unabated and Increasing. Washington, DC.
- NCH. (National Coalition for the Homeless. (2002). No open door: Breaking the Lock on Addiction Recovery for Homeless People. Washington, DC.
- National Health Care for the Homeless Council. (2003). Homelessness in America.
- North, C. S. y Smith, E. M. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital and Community Psychiatry, 43*(10), 1010-1016.
- OCEI (1996). Mapa de la pobreza. Basado en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 1990. Caracas, Venezuela.
- Paone, D. y Kay, K. (1988). Immunization status of homeless preschoolers. Paper presented at the meeting of the American Public Health association, Boston.
- Pickett-Schenk, S.A., Cook, J., Grey, D., Banghart, M., Rosenheck, R. A. y Randolph, F. (2002). Employment histories of homeless persons with mental illness. *Community mental Health Journal, 38*(3), 199-211.
- PNUD- Desarrollo humano (2002) (www.undp.org.ni).
- Predrazzini, Y. y Sánchez, M. (2001). *Malandros – Bandas y Niños de la Calle.* Cultura de Urgencia en la Metrópoli Latinoamericana. Editorial Melvin: Caracas- Venezuela.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en "La Pobreza en la Región de Los Andes" (CD-ROM) - *Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza*, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Rafferty, Y. y Shinn, M. (1991). The impact of homelessness on children. *American Psychologist, 46*(11), 1170-1179.
- Shinn, M. y Weitzman, B. C. (1990). Research on homelessness: An introduction. *Journal of Social Issues, 46,* 1-12.
- Sosin, M. R. (1992). Homeless and vulnerable meal program users: A comparison study. *Social Problems*, *39*, 170-188.
- Stark, L.(1987). A century of alcohol and homelessness. *Alcohol Health & Research World, 11*(3), 8-13.
- Stein, J. A. and Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 3*(1), 75-86.
- Struening, E. L y Padgett, D. K. (1990). Physical health status, substance use and abuse, and mental disorders among homeless adults. *Journal of Social Issues, 46*(4), 65-81.

- Toro, P. A, y Wall, D. D. (1991). Research on homeless persons: Diagnostic comparisons and practice implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *22*(6), 479-488.
- Toro, P. A., Owens, B. J., Bellavia, Ch. W. y Daeschler, Ch. V., Wall, D. D. y Passero, J. M. y Thomas, D. M. (1995). Distinguishing homelessness from poverty: A comparative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 280-289.
- Toro, P. A., Trickett, E. J., Wall, D. D., y Salem, D. A. (1991). Homelessness in the United States. An ecological perspective. *American Psychologist, 46*(11), 1208-1218.
- Toro, P. A. (2002). Trials, tribulations, and occasional jubilations while conducting research on homelessness. (http://sun.science.wayne.edu/~ptoro/ajpo16.pdf).
- United States Alcohol, Drugs, Abuse and Mental Health Administration (1983). *Alcohol, drug, abuse and mental health problems of the homeless.* Proceeding of a round table. Washington, DC.
- U.S Conference of Majors. A status report on hunger and homelessness in America´s cities (2001), Washington, DC.
- Vazquez, C., Muñoz, M. y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 523-530.
- Vega, L. S. (1996). Salud mental en población sin hogar. Oviedo: SESPA.
- Virginia Coalition for the Homeless (1995). Shelter Provider Survey. Richmond, VA.
- Vostanis, Panos, Tischler, Victoria, Cumella, Stuart, Bellerby y Tina. (2001). Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *International Journal of Social Psychiatry, 47*(4).
- Walsh, F. (1996). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desarrollo. *Family Process*, *35*(3).
- Wright, J. (1987). The crisis in homelessness: Effects on children and families. House of Representatives Select Committee on Children, Youth, and Families, pp.73-85. Washington, DC: U.S Government Printing Office.
- Wright, J. D. (1990). Poor people, poor health: The health status of the homeless. *Journal of Social Issues*, *46*(4), 49-64.
- Wright, J. D. y Devine, J. A. (1993). Family backgrounds and the substance-abusive homeless: The New Orleans experience. *The Community Psychologist*, *26*(2), 35-37.
- Zozus, R. T. y Zax, M. (1991). Perceptions of childhood: Exploring possible etiological factors in homelessness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 535-537.

capítulo 17

Investigación en estrés y Síndrome de Desgaste Profesional *(burnout)* en profesionales de la salud

Silvana D'Anello K.

El estrés

Hans Selye (1975) se refiere al estrés como la respuesta no específica del organismo ante el planteamiento de cualquier demanda. La Organización Mundial de la Salud lo define como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción". El concepto implica que existe una interacción individuo-ambiente en el proceso del estrés. En la medida que los estudios sobre el fenómeno han avanzado, la complejidad en su definición también ha ido en crecimiento. Por ejemplo, es necesario distinguir entre el estrés positivo y el negativo. Cuando la respuesta se realiza en armonía, respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos del individuo, y es adecuada en relación con la demanda, se habla de "eustres". Por el contrario, cuando la respuesta resulta insuficiente o exagerada en relación con las demandas, ya sea en el plano fisiológico o psicológico, se produce el "distrés" (Slipack, 1996). No obstante, en la mayor parte de la literatura especializada se hace referencia al estrés en su aserción negativa.

El enfoque psicosocial propone diferentes definiciones que pueden ubicarse en tres grandes categorías: (a) definiciones basadas en estímulos, que se enfocan hacia los elementos o estímulos desencadenantes de disrupción del funcionamiento. A estos estímulos se les denomina estresores y son percibidos como amenazantes o

dañinos y productores de tensión. Estas definiciones han sido criticadas bajo la premisa de que las personas responden diferencialmente a la misma situación potencialmente estresante; (b) definiciones basadas en procesos intervinientes enfatizan algún tipo de evento que ocurre entre la situación estímulo y la respuesta potencial a la situación. Se asume que el estrés está determinado por la apreciación o evaluación cognitiva que hace la persona de la relación entre exigencias exteriores, demandas personales y su capacidad para manejar, mitigar o alterar esas demandas en beneficio de su bienestar; y (c) definiciones basadas en la respuesta que se centran en el estado o condición de estar perturbado. Esta aproximación considera el resultado de aspectos objetivos del estresor, diferencias individuales y posibles procesos intervinientes. El énfasis es puesto en la respuesta al estresor.

Morales (1996) asume la noción de estrés como un proceso de construcción emocional, cognitivo y fisiológico que hace la persona ante un evento incierto que desea o tiene que enfrentar, y requiere un estado de preparación y alerta, que puede ser desbordante y abrumador de gran parte de sus recursos como persona. Esta definición se acerca a la propuesta por Sarafino (1997) quien señala que el estrés "es la condición que resulta cuando las transacciones persona-ambiente llevan al individuo a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de sus sistemas biológico, psicológico y social" (p. 70). Resumiendo, el estrés es un fenómeno bio-psico-social que altera el funcionamiento del individuo y que produce un desbordamiento de sus capacidades de adaptación.

Estrés ocupacional y su expresión en los profesionales de la salud

El estrés ocupacional o laboral se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con participación de agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que, con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador (Ortega, 1999). Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, el medio ambiente de trabajo, en conjunto con el estilo de vida, provocan la acción de factores psicológicos y sociales

negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando. Estos estudios incluyen tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales. Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo consideran no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

El estrés en el trabajo se ha convertido en una característica común de la vida moderna. Los resultados de una encuesta aplicada a 28.000 trabajadores de 215 organizaciones en Estados Unidos reveló una poderosa asociación del estrés ocupacional con deficiente ejecución en el trabajo y problemas de salud agudos y crónicos en los empleados (Williams y Cooper, 1998).

Casi todas las personas, en algún momento, experimentan estrés que se relaciona con sus ocupaciones. Frecuentemente estas situaciones estresantes son menores, de corta duración y escaso impacto sobre la persona. Para muchos otros, el estrés es continuo y por periodos largos de tiempo. En la literatura se han resaltado algunos factores que hacen al trabajo estresante. El estudio de los determinantes de estrés en las diversas profesiones suele efectuarse atendiendo a factores organizacionales y laborales según diferentes modelos presentados (Moreno y Peñacoba, 1999). Dentro del ámbito organizacional, los estresores más citados en la literatura han sido:

> *El conflicto de roles*, entendido como la coexistencia de exigencias opuestas y de difícil conciliación, que se pueden pedir en la realización del trabajo. Este tipo de estresor se expresa en el área de salud de diferentes maneras. Socialmente se exige al médico la máxima competencia en el ejercicio de sus funciones, pero las necesidades urgentes de los pacientes, la competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad de la familia del enfermo, tienden a generar situaciones conflictivas. Otras veces las prioridades del equipo de salud no coinciden, especialmente entre enfermeras y médicos.
>
> *La ambigüedad de rol*, entendida como la incertidumbre generada por la tarea y/o los métodos de ejecutarla. A veces no se sabe si se están cumpliendo las exigencias requeridas o si se podrá responder a las

expectativas. En la práctica médica, suele manifestarse en la incertidumbre proporcionada por los diagnósticos y la toma de decisiones. O en situaciones de emergencia cuando la incertidumbre es mayor, así como en el solapamiento entre los roles de enfermería y médico.

La sobrecarga de trabajo, referida al exceso de trabajo y la incapacidad de cumplir las tareas en el tiempo propuesto. La falta de tiempo para acometer todas las tareas exigidas al personal médico es una de las causas más señaladas en la literatura especializada.

Las relaciones interpersonales, dadas por las relaciones sociales y de interacción que se desarrollan entre los miembros del equipo de trabajo. En el ambiente de salud se ha encontrado que en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal médico.

Otras fuentes de estrés reportadas en los servicios de salud son la infrautilización de las habilidades, la presión económica, la preocupación y el miedo a la mala práctica, la interferencia laboral con la vida familiar y las practicas administrativas (Moreno y Peñacoba, 1999). De acuerdo a información epidemiológica, el estrés en los profesionales de salud es mayor que en otro tipo de ocupaciones (Moreno y Peñacoba, 1999). Igualmente, estudios comparativos han revelado que los niveles de estrés son superiores en el personal de enfermería que en el médico (Wolfang, 1988).

Pareciera que además de los factores extrínsecos en el trabajo también hay variables de tipo personal muy asociadas al estrés en el personal médico. La 'cultura médica' se caracteriza por una tendencia al perfeccionismo, alta necesidad de control y eficacia y altas expectativas de éxito. Estas expectativas son reforzadas socialmente y la presión sobre el médico aumenta. Los estudios relacionados con el estrés en los profesionales de salud han revelado que sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. Por ejemplo, Richardsen y Burke (1991) en un amplio estudio con médicos canadienses encontraron que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.

Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o *burnout*

En el marco de los estudios sobre estrés ocupacional ha surgido en las dos últimas décadas un profundo interés por la investigación del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Síndrome del *burnout*. En un principio se pensó que dicho síndrome era sólo característico de profesionales en el campo de servicios humanos, tales como personal de salud, trabajadores sociales y profesores (Maslach y Jackson, 1982). Estudios posteriores han revelado que cualquier tipo de trabajador puede ser susceptible a padecerlo (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001).

Este síndrome, concebido como un trastorno adaptativo ante el estrés crónico, ha sido caracterizado por (a) marcado *Agotamiento Emocional (AE*) representado por tedio, disminución de energía y sentimientos de no poder dar más en el plano afectivo; (b) *Despersonalización (DP)* o mecanismo de defensa ante el aumento de sentimientos de impotencia, expresado por pérdida de empatía humana y cinismo ante las personas objeto del trabajo; y (c) abandono de la *Realización Personal (RP*) entendida como una desvalorización profesional manifiesta en el cuestionamiento de las tareas y de las propias capacidades (Maslach y Jackson 1986; Capilla 2001). El SDP suele ser caracterizado como un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, además de baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia (Cordes y Doughtery, 1993).

La mayoría de los autores plantean que el período desadaptativo puede originarse por exceso en el grado de exigencias y acompañarse de escasez en los recursos de afrontamiento (Báez 2001; Capilla 2001). En este mismo orden de ideas se refiere que el SDP resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria. Llega a ser el resultado final de un proceso de atribución en el cual individuos altamente motivados y comprometidos pierden su espíritu (Pines, 1993).

Existen situaciones en las cuales se hace difícil diferenciar el estrés del SDP. De acuerdo con Moreno y Peñacoba (1999) existen algunas diferencias de orden cualitativo, de modo que el estrés puede

desaparecer después de un período de descanso, mientras que el SDP no. Un trabajo puede resultar excesivo y demandante y producir estrés pero ello no lleva necesariamente al SDP. Igualmente, el trabajo puede ser monótono y desmotivante y conducir al SDP. Sugieren los autores que, desde esta perspectiva "el *burnout* no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. El *burnout* es una variable del estrés específicamente relacionada con la pérdida de elementos cognitivos que valoran un trabajo; aparece cuando se pierde el contexto de justificación de un esfuerzo o de una tarea, más que por el resultado de una carga pesada, monótona o excesiva" (p. 746). Otra diferencia importante radica en que el SDP no aparece abruptamente, sino que es un proceso que hasta puede, en sus etapas iniciales, pasar desapercibido para la misma persona.

El SDP ha sido ampliamente estudiado en las profesiones sanitarias. Las enfermeras se consideran particularmente susceptibles al SDP. De acuerdo a estudios epidemiológicos europeos, el síndrome afecta aproximadamente un 25% de todas las enfermeras. Así mismo, se ha mostrado una asociación positiva con la cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con sus pacientes, la intensidad de las demandas emocionales de los pacientes y la atención a pacientes con pobres prognosis. Adicionalmente se ha encontrado que la falta de tiempo para planificar y preparar el trabajo, las interrupciones frecuentes en sus labores y la falta de poder en el proceso de toma de decisiones, son fuertes estresores asociados con la aparición del síndrome (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000).

Entre los médicos se ha estimado que cerca del 40% sufren del SDP con efectos nocivos concomitantes como disminución del rendimiento profesional, somatizaciones y abandono personal (Deckard, Hicks y Hammory, 1992; Hernández, 2003). Entre los médicos residentes el síndrome ocurre con mayor frecuencia y afecta la atención a los pacientes (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002). En una revisión reciente de las investigaciones realizadas desde 1984 al 2001 con muestras de médicos en USA y Canadá, Chopra, Sotile y Sotile (2004) señalan que de 46 a 80 por ciento de los médicos reportan niveles de cansancio emocional entre alto y moderado; 22 a 93 por ciento de alto a moderado niveles de despersonalización, y 16 a 79

por ciento reportan niveles de falta de realización personal entre bajo y moderado. En lo referente a las consecuencias del síndrome, los datos indican que la primera consecuencia es la disminución de la satisfacción con el trabajo. También está asociado con disminución de las horas de trabajo, desordenes depresivos, consumo de drogas y alcohol y desatención a los pacientes.

La investigación

La primera investigación fue realizada con la finalidad de profundizar en el estudio del estrés y la satisfacción laboral en una muestra de médicos que laboran en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de la ciudad de Mérida-Venezuela (D' Anello, Marcano y Guerra, 2003). Las siguientes preguntas guiaron el estudio: ¿Cuáles son las principales fuentes de estrés en los médicos que trabajan en el Hospital Universitario de Los Andes? ¿Existen diferencias en estrés laboral según la especialidad médica? ¿Existen diferencias en las fuentes de estrés entre mujeres y hombres? ¿Cuál es la asociación existente entre estrés ocupacional y satisfacción laboral? ¿Existen diferencias en satisfacción laboral según la especialidad médica?

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no-probabilístico por conveniencia. Aunque al principio se había seleccionado una muestra de 150 médicos, solamente hubo voluntad de participación de 73, lo cual representa el 49% de la muestra. De éstos, 38 eran de sexo masculino y 35 del femenino y profesionalmente distribuidos de la siguiente manera: 21 estudiantes del último año de medicina, y 52 médicos de 8 diferentes especialidades: 19 internistas, 5 psiquiatras, 8 radiólogos, 3 neumonólogos, 5 médicos cirujanos, 2 pediatras y 10 cardiólogos. Con una edad promedio de 33 años.

A la muestra se aplicaron dos instrumentos: la escala ETRA (Romero, 1991) para medir estrés en el trabajo y la escala SATRA (Romero y Salom, 1992) para medir la satisfacción en el trabajo. La ETRA consta de 16 ítems que miden cuatro componentes: Sobrecarga en el trabajo, Relaciones interpersonales, Conflicto de roles e Interferencia en el desempeño de funciones. La SATRA consta de doce ítems. En ambas escalas los ítems están escritos en formato tipo Lickert de 6 puntos.

Para responder a la primera interrogante referente a las principales fuentes de estrés ocupacional se utilizó el análisis de varianza de una vía. Los resultados reflejaron diferencias significativas $F(3,73) = 65.6$, $p<.000$. Igualmente, las comparaciones de cada par de medias revelaron diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$). Así, la interferencia en el desempeño de las funciones resultó ser la principal fuente de estrés, seguida por la sobrecarga en el trabajo, luego los problemas en las relaciones interpersonales y por último el conflicto de roles (tabla 1).

tabla 1

Medias y Desviaciones estándar para cada fuente de estrés.

Factores	M	DE
Interferencia	16.1	4.7
Sobrecarga	13.8	5.1
Relaciones	9.8	5.1
Conflicto	7.3	4.1

La respuesta a la interrogante referida a las diferencias en estrés laboral según la especialidad médica fue respondida comparando las especialidades en cada factor de estrés utilizando el análisis de varianza. Para ello se crearon tres categorías: Estudiantes del último año de medicina (21), Internistas (19) y Especialistas (33). Los resultados indicaron que solamente en el factor de Interferencia de funciones existen diferencias significativas $F(2,70) = 4.20$, $p<.01$. Específicamente, el grupo de estudiantes presenta mayor estrés que los internistas debido a la interferencia de funciones ($p<.03$), y estos últimos, a su vez, presentan puntajes más bajos que los especialistas ($p<.05$) (Tabla 2).

tabla 2

Medias y Desviaciones estándar para el factor *Interferencia de funciones*

Especialidad	M	DE
Estudiantes	17.5	3.7
Especialistas	16.9	5.1
Internistas	13.9	5.4

Al explorar las diferencias de género en las fuentes de estrés laboral mediante la prueba *"t"* de Student se encontró que no existen diferencias significativas entre ambos sexos. Respecto a la cuarta interrogante de la investigación, tal como se esperaba, los datos indicaron una asociación moderada, negativa y significativa entre estrés y satisfacción en el trabajo, $r = -.38$. ($p<.01$). Finalmente, se encontraron diferencias en satisfacción laboral según la especialidad médica $F(2,70) = 5.18<.008$. Las comparaciones múltiples indicaron que los estudiantes que laboran en emergencia presentan menor satisfacción en el trabajo que los especialistas y los internistas ($p<.05$) (tabla 3).

tabla 3

Medias y Desviaciones estándar en *Satisfacción en el trabajo*

Especialidad	M	DE
Estudiantes	58.57	10.8
Especialistas	66.21	4.7
Internistas	63.66	8.9

Los resultados de la presente investigación apoyan parte de los hallazgos reportados en la literatura especializada. En primer

lugar, se encontró que el grupo de estudiantes que labora en el área de emergencia presenta mayores índices de estrés, específicamente en el factor Interferencia de funciones, seguido por el grupo de especialistas y finalmente los internistas. Este hallazgo refleja la vulnerabilidad ante el estrés de los estudiantes en situaciones de alta demanda (Linn y Zeppa, 1994; Hamberger y Stone, 1983). Las causas pueden ser múltiples: desde la naturaleza de las tareas que deben ejecutar, para las cuales en muchos casos no se sienten competentes, hasta la carencia de recursos y la sobreexigencia de la demanda.

En cuanto a los estresores, se encontró que la interferencia en las funciones es el más impactante, seguido por la sobrecarga en el trabajo, problemas en las relaciones interpersonales y finalmente el conflicto de roles. La interferencia de funciones implica la interrupción de lo que está haciendo. Es probable que en el medio asistencial, específicamente en el HULA, las demandas impuestas por la multiplicidad de tareas a cumplir no puedan ser desempeñadas en el tiempo previsto y los médicos no cuentan con los recursos personales para establecer control sobre ello. Así mismo, el componente organizativo puede no ser el que garantice una adecuada eficiencia desencadenándose así malestar y estrés en el personal.

En concordancia con la literatura especializada (Richarsdsen y Burke, 1991) se esperaba que las mujeres reportaran mayores niveles de estrés, sin embargo, los datos no arrojaron diferencias significativas entre los sexos. Este es un aspecto que merece mayor investigación con el fin de determinar bajo cuáles condiciones las diferencias por sexo pueden emerger.

También se encontró que mientras mayores son los niveles de estrés, menor es la satisfacción en el trabajo. Esta asociación era esperable y apoya los hallazgos ofrecidos por investigaciones anteriores (Decker y Borges, 1993; Salom y D'Anello, 1992; Mantilla y Lameda, 1996). En la medida que los médicos perciben que no cuentan con los recursos personales y ambientales para responder a las demandas de sus funciones y sienten estrés, en esa medida su descontento con las tareas que ejecutan será mayor. Ya Cooper, Routh y Farragher (1989) habían reportado que la interferencia de funciones y las constantes interrupciones en el trabajo eran estresores altamente predictivos de la insatisfacción laboral en médicos generales.

Finalmente, se encontró que el grupo de estudiantes está más insatisfecho en el trabajo que el grupo de especialistas e internistas. Si son los estudiantes que laboran en la sección de emergencia los que presentan mayor grado de estrés, no es de extrañar que sean los más insatisfechos. Estudios previos (Revicki, Whitley y Gallery, 1993) han sugerido que uno de los factores que funciona como recurso de control del estrés en médicos residentes es el apoyo social de los compañeros y la clara delimitación de funciones que favorezca el desempeño eficiente; aspecto éste a ser tomado en consideración como medida preventiva del estrés.

El propósito de la segunda investigación fue analizar el Síndrome del Desgaste Profesional (SDP) o *burnout* en enfermeras del Hospital Universitario de la Universidad de Los Andes (Flores, Pernía, León y D'Anello, 2002). Para tal fin se escogió una muestra de 105 licenciados en enfermería, con funciones administrativas (12) y asistenciales (94) que se desempeñan en el área de Emergencia de Adultos, Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Quirófano, UCI y Servicios de Hospitalización. La edad promedio de los participantes fue de 39 años (93,3% de sexo femenino y 6,7% de sexo masculino). Con respecto al estado civil, el 31,4% eran solteros, 53,3% casados y 15,2% divorciados. El tiempo promedio de servicio era de 14 años, con un tiempo mínimo de 1 año y un tiempo máximo de 47 años. El 41,9% laboraban en el turno matutino (7 am - 1 pm), 32,4% en la tarde (1 pm - 7 pm) y 23,8% trabajan en el turno nocturno (7 pm - 7 am El 1,9% no informó su turno de trabajo.

A la muestra se le aplicó en sus sitios de trabajo, de forma individual y bajo condiciones estándar, la escala SDP (D'Anello, 2002) diseñada para medir el Síndrome de Desgaste Profesional. Este instrumento es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach y Jackson (1981) y adaptado a la población española por Moreno, Oliver y Aragoneses (1991). La versión venezolana está conformada por 16 reactivos escritos en formato tipo Lickert de cinco puntos, (1= nunca, 2= algunas veces al año, 3= algunas veces al mes, 4= algunas veces a la semana y 5= diariamente). Consta de tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE) de 5 ítems; Despersonalización (D) de 4 ítems y Realización Personal (RP) de 7 ítems. La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto en lo emocional por las demandas del trabajo, la subescala

de despersonalización, mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y distanciamiento relacional, y la de realización personal evalúa los sentimientos de autoeficiencia y de desarrollo personal en el trabajo.

A continuación se presentan los resultados más relevantes del estudio. Debido a que las subescalas presentan diferente número de reactivos, las medidas se presentan en puntajes escalares (1 a 5) con el fin de facilitar su lectura. En la Tabla 4 se reportan las estadísticas descriptivas.

tabla 4

Estadísticas descriptivas para las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

Dimensiones	M	DE
Agotamiento emocional	2.16	.73
Despersonalización	1.37	.56
Realización personal	4.50	.59

El Síndrome de Desgaste Profesional se caracteriza por puntajes altos en Agotamiento Emocional y en Despersonalización y puntajes bajos en Realización Personal. Al observar las medias obtenidas por la muestra del estudio se evidencian puntajes bajos en AE y D y alto en RP. Ello indica que en términos generales, el SDP es bajo.

En el estudio se hipotetizó que las enfermeras asistenciales, por la propia naturaleza de sus funciones, presentarían mayor SDP que las enfermeras que laboran en el área administrativa. Como puede observarse en la Tabla 5, no se encontraron diferencias estadísti-camente significativas entre ambos grupos en ninguna de las dimensiones del SDP. Sin embargo, se nota en las medidas obtenidas que existe una tendencia en las enfermeras asistenciales a mayores puntajes en AE y D y menores en RP.

tabla 5

Comparación entre enfermeras asistenciales y administrativas en las tres dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

Sub-escalas	Estratos	M	DE	t	p
Agotamiento emocional	Asistenciales	2.20	.75	1.60	.11
	Administrativas	1.83	1.69	-	-
Despersonalización	Asistenciales	1.38	.56	.81	.41
	Administrativas	1.25	.53	-	-
Realización personal	Asistenciales	4.48	.60	-.40	.69
	Administrativas	4.58	.49	-	-

Con el fin de ilustrar mejor la distribución de los puntajes para cada dimensión del SDP se conformaron grupos extremos alto y bajo para cada dimensión. Para ello se tomó como criterio las respectivas medias y desviaciones estándares, es decir, el grupo alto quedó constituido por aquellos sujetos con puntajes superiores a una desviación estándar sobre la media y el grupo bajo quedó conformado por los sujetos con puntajes por debajo de una desviación estándar de la media. Los datos de la Tabla 6 claramente muestran la tendencia de un mayor número de enfermeras asistenciales a presentar altos puntajes en agotamiento emocional y despersonalización comparados con el grupo de enfermeras administrativas. Igualmente se observa la relación inversa al comparar los grupos bajos

tabla 6

Comparación entre enfermeras asistenciales y administrativas en grupos extremos en las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

		Alto		Bajo	
Sub-escalas	**Estratos**	**F**	**%**	**F**	**%**
Agotamiento emocional	Asistenciales	17	18.3	16	17.2
	Administrativas	1	8.3	4	33.3
Despersonalización	Asistenciales	17	18.3	47	50.5
	Administrativas	1	8.3	9	75.0
Realización personal	Asistenciales	29	31.2	16	17.2
	Administrativas	4	33.3	1	8.3

Se evaluó el efecto del turno de trabajo sobre el SDP. Los resultados no reflejaron diferencias entre los tres turnos de trabajo. Similares

resultados fueron reportados por De Las Cuevas (1995). Igualmente, Kandolin (1993) estudió la influencia de los turnos de trabajo en una muestra del personal de enfermería en Finlandia, demostrando la inexistencia de relación entre ambas variables.

En cuanto al efecto del servicio en el que se labora, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones. Específicamente se encontró que las enfermeras de medicina interna presentan más alto el SDP, expresado como mayor agotamiento emocional que las de quirófano ($p<.02$) y emergencia obstétrica ($p<.04$); mayor despersonalización que las de UCI y menor realización personal que las de emergencia obstétrica ($p<.01$), quirófano ($p<.002$), pediatría ($p<.09$) y emergencia de adultos ($p<.08$) (ver Tabla 7).

Este resultado pudiera estar relacionado con el hecho de que las enfermeras que laboran en servicios como emergencia y UCI actúan de manera independiente al tomar decisiones de índole profesional según las situaciones de urgencia y/o emergencia que se presentan. Lo contrario ocurre en los servicios de Medicina Interna en donde los paciente graves y crónicos con un riesgo mayor de complicaciones y muerte son hospitalizados, lo cual pudiera ocasionar la pérdida progresiva de energía, además de desgaste, agotamiento y fatiga en el personal responsable de la atención. Estos resultados son similares a los hallados por Mingote, Denia y Jiménez (1998) en un estudio de 109 profesionales de enfermería que trabajaban en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

tabla 7

Comparación entre las áreas de servicio en las dimensiones del SDP. 2001.

Dimensiones	Servicio	N	M	D.E.	F	p
Agotamiento emocional	Emergencia	19	2.34	.95	3.04	.015
	Medicina Interna	12	2.87	.62		
	Pediatría	12	2.10	.57		
	Quirófano	15	1.96	.67		
	Emerg. Obstétrica	8	1.85	.56		
	UCI	11	2.02	.69		
Despersonalización	Emergencia	19	1.28	.38	2.64	.030
	Medicina Interna	12	1.83	.64		
	Pediatría	12	1.56	.95		
	Quirófano	15	1.27	.46		
	Emerg. Obstétrica	8	1.19	.34		
	UCI	11	1.18	.25		
Realización personal	Emergencia	19	4.50	.58	4.11	.002
	Medicina Interna	12	3.90	.72		
	Pediatría	12	4.55	.79		
	Quirófano	15	4.80	.29		
	Emerg. Obstétrica	8	4.82	.34		
	UCI	11	4.44	.43		

También se evaluó el efecto de la edad, años de experiencia y el estado civil sobre el SDP no encontrándose efecto alguno de dichas variables.

Resumiendo: los resultados de la presente investigación indican que entre las enfermeras que laboran en el IAHULA el Síndrome de Desgaste Profesional es relativamente bajo. Sin embargo, no se deben subestimar las 18 (17,1 %) personas que obtuvieron altos puntajes en las dimensiones de agotamiento emocional, las 17 (17 %) que obtuvieron altos puntajes en despersonalización y las 17 (16,2 %) que obtuvieron puntajes bajos en realización personal. Un análisis profundo de las causas del SDP en estos trabajadores, así como el diseño de lineamientos organizacionales para estimular formas eficientes de enfrentamiento de dichas causas, merecen la atención de los gerentes asistenciales. También es necesario profundizar en los desencadenantes específicos del SDP en el área de Medicina Interna con el fin de crear formas de prevención y tratamiento que optimicen la salud psicológica del personal que allí labora.

Bibliografía

- Báez G. (2001). El síndrome de burnout en mujeres que trabajan en el campo de la violencia familiar. *Atención Primaria, 8*,178-183.
- Capilla P. (2001). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JAMA, 58*, 56-58.
- Chopra, S., Sotile, W. y Sotile, M. (2004). Pysician Burnout. *JAMA, 291*, 633-634.
- Cooper, C., Routh, U. y Farragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal, 298*, 366-370.
- Cordes, C. y Doughtery, T. (1993). A review and an integration of research in job bournout. *Academy of Management Review, 18*, 621-656.
- D'Anello, S. (2002). *Adaptación del MBI en muestras venezolanas*. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.
- D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J. (2003). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de La Universidad de Los Andes. *MedUla, 9*, 4-9.
- Deckard, G., Hicks, L. y Hammory, B. (1992). The occurrence and distribution of burnout among infections diseases physicians. *Journal of Infectious Disease, 25*, 165-224.
- Decker, P. y Borges, F. (1993). Dimensions of work appraisal: Stress, strain, coping, job satisfaction, and negative affectivity. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 470-478.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1-20.
- Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*, 499-512.
- De Las Cuevas, J., De La Fuente, M., Aliviana, A., Ruiz, B. (1995). *Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria.*
- Flores, M., Pernía, A., León, G. y D'Anello, S. (2002). *Desgaste profesional en el personal de enfermería que labora en el Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes.* Tesis no publicada.
- Hamberger, L. y Stone, G. (1983). Burnout prevention for human service professionals. *Journal of Holistic Medicine,* 5, 149-162.
- Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública, 39*, 103-110.

- Kandolin, E. (1993). Burnout in hospital nurses: A Comparison of acquired inmunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. *Journal of Professional Nursing, 9*, 169- 177.
- Linn, L.y Zeppa, R. (1984). Does surgery attract students who are more resistant to stress?. *Annals of Surgery, 200,* 638-643.
- Mantilla, M. y Lameda, A. (1996). *Compromiso organizacional, estrés laboral, disposición al cambio y satisfacción con el trabajo*. Mérida: Memorias EVEMO 6: 159-163.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The Measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Edits.). *Social Psychology of Health and Illness*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaunm.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholism. En R. Kilberg, P. Mathan, R. Thoreson (Edits.). *Professional distress: Issues, syndromes and solutions in psychology* (pp. 53-75). Washington: Psychology Ass.
- Mingote, C., Denia, F., Jiménez, A. (1998). Síndrome del Desgaste Profesional. *Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario.5*, 493-510.
- Morales, N. (1996). *El proceso del estrés*. Memorias Evemo 4: 54-62. Mérida. Venezuela
- Moreno, B., Oliver, C., Aragoneses, A. (1991). El Burnout: una forma específica de estrés laboral. En Buela C., Caballo (Edits.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. España. (pp. 271-285).
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. Simón (Edit.). *Manual de psicología de la Salud*. (pp. 739-757). Madrid: Biblioteca Nueva
- Ortega, J. (1999). Estrés y trabajo. *MedSpain*, Revista electrónica de medicina y salud.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspectiva. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Edits.). *Professional Burnout*. Washington : Taylor and Francis.
- Revicki, D., Whitley, T. y Gallery, M. (1993). Organizational characteristics, perceived work stress, and depression in emergency-medical residents. *Behavioral Medicine, 19*, 74-81.
- Richarsdsen, A. y Burke, R. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Sciences Medical, 33*, 1179-1187.
- Romero, O. (1991). *La escala ETRA para medir estrés*. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.
- Romero, O. y Salom, C. (1992). *La escala SATRA para medir satisfacción en el trabajo*. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.

- Salom, C. y D'Anello, S. (1992). *Motivación al logro, actitud hacia el trabajo, satisfacción laboral y estrés*. Mérida: Memorias EVEMO 4: 85- 93.
- Sarafino, (1997). *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons, INC.
- Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia*. Madrid: Guadarrama.
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J. y Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine, 136*, 358-367.
- Slipack, O. (1996). Estrés laboral. Alcmeon, 19. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 3*, 100-103.
- Williams, S. y Cooper, C. (1998). Measuring occupational stress. *Journal of Occupational Health Psychology, 3,* 306-321.
- Wolfang, A. (1988). Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses and pharmacists. *Behavioral Medicine, 14*, 43-47.

capítulo 18

Estrategias para afrontar el estrés

Ana K. D'Orazio Q.

El estrés es una respuesta natural que se produce como un mecanismo de defensa ante la presencia de estímulos internos o ambientales, que pueden ser reales o imaginarios, y que se perciben como una amenaza para la supervivencia. Estos estímulos perturban la homeostasis del individuo y el organismo responde a ellos para mantener el equilibrio. La respuesta es inmediata ante la aparición del estímulo y disminuye gradualmente a medida que el estímulo desaparece.

Para comprender mejor los efectos del estrés sobre el organismo, los aportes de la psiconeuroinmunología (PNI) deben ser considerados. La PNI es una ciencia multidisciplinaria que integra armónicamente las ciencias biológicas y las ciencias humanas, proporcionando los fundamentos que demuestran, sin lugar a dudas, que para poder desarrollar y expresar óptimamente la salud se deben integrar los aspectos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales dentro del medio ambiente del individuo. Esta disciplina científica estudia las interacciones existentes entre los elementos del sistema de estrés (SE): la mente, el eje neuroendocrino y el sistema inmunológico.

La respuesta de activación del SE se expresa en un aumento de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, del flujo sanguíneo hacia el cerebro y el sistema muscular, y en incremento del estado de alerta, de tal manera que la persona enfoque su atención sobre el evento estresante y esté preparada para enfrentarlo. También disminuyen el apetito y la libido, y al mismo tiempo aumenta el catabolismo

general, cuya finalidad es proporcionar la energía necesaria para la realización de las actividades anteriormente señaladas. Finalmente, aumenta la tolerancia al dolor y se produce una inhibición de la respuesta inmunológica generada por la liberación de cortisol, hormona que actúa sobre los centros reguladores del SE, limitando la actividad del mismo.Cuando esta situación fisiológica es sostenida por largos períodos de tiempo, la respuesta se vuelve perjudicial y en lugar de ayudar a la supervivencia, suele producir problemas físicos y cuadros psicológicos de relevancia variable.

Un primer paso para enfrentar el estrés es la toma de conciencia de los pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con la situación. La información que estos tres aspectos ofrecen puede ser muy valiosa para resolver el problema.

Es importante entender que, inevitablemente, todas las personas participamos en el proceso de sentirnos estresados a través de una combinación de factores mentales, físicos y emocionales. Quizás descuidamos una dieta razonable, el ejercicio o el descanso. Quizás hemos estado muy tensos o ansiosos por largos períodos de tiempo, sin descansar o relajarnos. Quizás hemos mantenido una carga de trabajo excesiva, o dedicado mucho tiempo a satisfacer necesidades ajenas e ignorado las propias. Quizás hemos mantenido actitudes y creencias que nos impidieron el disfrute de experiencias emocionales satisfactorias. En resumen, quizás no hayamos sido capaces de reconocer nuestras propias limitaciones físicas y emocionales.

Desde el momento en que ignoramos estas necesidades, estamos dándole la bienvenida al estrés en nuestras vidas. El estar estresados también puede ser indicación de que los mecanismos que empleamos para manejar las situaciones tensas, no están siendo efectivos. Por ello, la máxima de vida que debemos acoger en adelante es: *Más importante que lo que me está pasando, es lo que yo decido hacer con eso.*

En este sentido, a continuación se presenta un breve resumen de las estrategias más importantes, que se recomiendan para afrontar aquellas situaciones vitales que generan estrés, y que nos permiten recuperar la salud, si estamos enfermos, o mantenernos bien, en forma y saludables. Conviene entender que las situaciones generadoras de estrés prolongado que experimentamos en la vida, preparan el terreno para que en cualquier momento aparezca en nuestro cuerpo una enfermedad crónica o de alto riesgo.

Nutrición

Mantener una dieta balanceada ofrece al organismo todos los nutrientes que necesita para funcionar adecuadamente, lo que le permite defenderse con mayor efectividad ante la invasión de cualquier agente extraño o darnos la fortaleza para mantenernos sanos durante períodos de mucha tensión o estrés.

Algunos alimentos afectan directamente el funcionamiento de nuestro sistema inmunológico, que es el sistema fisiológico que defiende al organismo contra la invasión de agentes externos (bacterias, virus, parásitos, hongos, etc.) o de factores internos (células tumorales) que nos pueden hacer daño. El cuadro siguiente ofrece dos categorías de alimentos:

Alimentos que **disminuyen** el funcionamiento del sistema inmunológico	Alimentos que **aumentan** el funcionamiento del sistema inmunológico
- Alimentos refinados: azúcar, harina, aceites y margarina. - Comidas rápidas, embutidos y enlatados, por sus preservativos. - Dulces, gaseosas y comidas grasosas. - Alimentos procesados industrialmente. - Carnes de animales criados con hormonas.	- Leche materna. - Frutas, verduras y vegetales frescos. - Yogurt natural. - Miel de abeja. - Aceite de oliva extra virgen. - Limón y té verde. - Pescado fresco. - Cúrcuma y ajonjolí.

Adicionalmente se incluyen algunas recomendaciones básicas para mejorar su alimentación:

- Beber un mínimo de 8 vasos de agua pura al día.
- Consumir alimentos frescos y preferiblemente de la estación.
- Consumir en un 50% las frutas y verduras crudas.
- Consumir alimentos variados.
- En lo posible elegir alimentos de origen vegetal.
- Aumentar el consumo de alimentos integrales o sin refinar.
- Evitar el consumo de alimentos procesados.
- Reducir el consumo de grasas y azúcares.
- Masticar bien los alimentos (el proceso digestivo comienza en la boca).
- No consumir alimentos sólidos sin apetito.
- Ingerir bebidas a temperatura ambiente o calientes y evitar las frías.
- Evitar cocinar en exceso los alimentos o utilizar altas temperaturas por mucho tiempo.

- Mantener un ambiente tranquilo al momento de tomar el alimento (evitar televisores, celulares y discusiones durante la comida).
- Cocinar en lo posible en acero inoxidable, vidrio, barro o hierro fundido; evitar el uso de microondas.

Ejercicio y terapia corporal

El ejercicio físico practicado con regularidad (mínimo una hora, 3 veces a la semana), es uno de los mejores medios para canalizar adecuadamente los efectos fisiológicos del estrés. El ejercicio estimula las defensas naturales del organismo y mantiene un buen estado de salud, produciendo beneficios en los diferentes sistemas (cardíaco, respiratorio, muscular, óseo, metabólico). Adicionalmente, el ejercicio libera endorfina, un neurotransmisor que produce un estado subjetivo de placer, tranquilidad y relajación.

El ejercicio también enseña a estar más atento de las necesidades del cuerpo. Ese sentimiento de vitalidad y de salud que se obtiene con el ejercicio físico ayuda a ver el cuerpo como un amigo, como una fuente de placer, como algo que vale la pena atender y cuidar. Entre los ejercicios más recomendados se encuentran: caminar, trotar, nadar, la danza, el yoga y el taichi.

La terapia corporal, es decir, el masaje, tiene efectos similares al del ejercicio físico, pudiéndose utilizar como otra herramienta para combatir la tensión, el estrés y la ansiedad. Algunos de sus beneficios son: disminuye las contracturas permanentes, estimula el drenaje linfático y venoso, mejora la circulación sanguínea, combate el insomnio, promueve procesos de desintoxicación, disminuye los dolores corporales y produce bienestar psicológico.

Relajación

La relajación se refiere a una capacidad innata del cuerpo para alcanzar un estado especial que se caracteriza por una reducción del ritmo respiratorio, del ritmo cardíaco y de la presión arterial, además de modificación de las ondas cerebrales, reducción de la velocidad del metabolismo y ruptura del "ciclo de la preocupación" o ansiedad.

La relajación es un estado que se adquiere con la práctica y es utilizado como herramienta esencial para combatir el estrés. Al enfrentar estímulos estresantes, la persona experimenta ansiedad y estrés, y entra en un ciclo de ansiedad ilimitado. Es en este ciclo de ansiedad que se produce la activación del Sistema Nervioso Autónomo, el cual genera la liberación de dos neurohormonas conocidas como adrenalina y noradrenalina, las cuales presentan los siguientes efectos: aceleran los latidos del corazón, elevan la presión arterial, aumentan el ritmo respiratorio, aumentan el aporte sanguíneo a los músculos y al cerebro, y aumentan la velocidad del metabolismo (efectos contrarios a los de la relajación). Por tal motivo la relajación es una herramienta poderosa que rompe este ciclo y permite a las personas vivir más tranquilas.

Una relajación básica consiste, según Benson (1996):

- Elegir una posición cómoda. Espalda derecha, acostado o sentado, sin dormirse.
- Cerrar los ojos.
- Relajar los músculos. Mentalmente liberar la tensión del cuerpo.
- Concentrarse en la respiración. Observar como entra y sale el aire del cuerpo.
- Durante 5 o 15 minutos, repetir en silencio una palabra o frase mientras expulsa el aire.
- Mantener una actitud pasiva. Si vienen imágenes o pensamientos no los frene, más bien déjelos pasar.
- Incorporarse lentamente al finalizar.

Imaginación y visualización

Otra herramienta sumamente poderosa para ayudarnos a contrarrestar el estrés, es el uso de la imaginación y la visualización.

La imaginación es la capacidad que tiene nuestra mente de representar de forma consciente imágenes de cosas o situaciones, reales o fantasiosas, que pueden ser voluntarias o involuntarias. La imaginación produce efectos sobre nuestro cuerpo, generando cambios en nuestro sistema respiratorio, circulatorio y digestivo, en la tensión muscular, en la resistencia de la piel, en los niveles de glucosa, etc. Dependiendo de lo que imaginemos, los cambios van a ser favorables o perjudiciales para nuestro organismo. El simple hecho de imaginar algo puede relajar o generar ansiedad.

Por su parte, la visualización es el uso consciente de la imaginación aplicada activamente en la vida diaria con el propósito de alcanzar objetivos, superar obstáculos, ampliar el conocimiento de uno mismo y mejorar la calidad de vida (Jennifer Day, 1995). La visualización aumenta sus beneficios si se combina con la relajación. Por ejemplo: disminuye el miedo y restablece la confianza en sí mismo; mueve a realizar cambios de actitud; genera cambios físicos; permite abrir la comunicación con el inconsciente; disminuye la ansiedad y el estrés; y permite evaluar nuestras creencias.

Grupos de apoyo

Un grupo de apoyo consiste en un conjunto de personas que han pasado por experiencias similares y que se reúnen periódicamente para conversar sobre su situación. Estos grupos tienen un moderador y su finalidad es que cada persona sienta apoyo y respaldo emocional para enfrentar sus circunstancias, tal como ocurre en los grupos de alcohólicos anónimos.

Una de las características principales de estos grupos es que cada participante escucha activamente al otro, sin juzgar ni criticar sus experiencias, pensamientos o sentimientos. Hay un acompañamiento total que hace que las personas se sientan aceptadas y en confianza. Los participantes proponen soluciones a los problemas de los demás pero sin imponer su opinión.

Los grupos de apoyo existen desde hace muchos años, y la pertenencia a ellos fortalece emocionalmente a las personas, debido al acompañamiento de apoyo, respeto, escucha y ayuda que se recibe. Los estudios realizados al respecto, han revelado que los sujetos que poseen este tipo de apoyo enfrentan mejor los síntomas de estrés y su sistema inmunológico está más fortalecido.

Espiritualidad

La espiritualidad consiste en abordar o prestar atención a los factores invisibles de la vida y de trascender los detalles personales,

concretos y finitos del mundo. Se enfoca en la búsqueda de la visión suprema de los principios morales y universales. También se halla en los pequeños detalles de la vida cotidiana o en cualquier experiencia con la naturaleza, y es una oportunidad para observar el fluir de la vida y sentirse parte del universo. La espiritualidad no es específicamente religiosa. Hay personas que sin practicar ninguna religión son profundamente espirituales, y otras que dicen ser religiosas, pero no tienen concepto alguno de espiritualidad.

Las experiencias religiosas pueden elevar a las personas a contactar su ser interno y a desarrollar su intuición. Igualmente, el dejarse absorber por cualquier actividad creativa, también puede hacer sentir una conexión con el ser interno y con el mundo. Así mismo, cualquier experiencia que nos haga sentir una conexión con una fuerza superior, puede generar una toma de conciencia del aspecto espiritual de la vida.

Las situaciones que ponen en peligro la supervivencia personal y la de los seres queridos, al igual que los cambios radicales de vida generados por factores externos o internos, tienden a hacernos pensar que el mundo y el universo están en contra nuestra, que Dios no existe o que es un ser castigador y nos hacen perder la fe, la esperanza y las ganas de luchar por una vida mejor. A veces perdemos la conexión con nuestro ser interior, con nuestra intuición y con nuestro sentido de trascendencia. Sin embargo, las situaciones difíciles de la vida son las que realmente nos hacen crecer, retomar el camino perdido, y en ciertas ocasiones son vistas como oportunidades que la vida ofrece para comenzar de nuevo y ser lo que se quiere ser. Las personas que logran trascender la experiencia y encontrar en ella un significado, se impulsan hacia delante con más fuerza, mucha esperanza y fe. La vida nunca será lo mismo, pero puede ser mejor.

La oración y la meditación son dos formas de buscar conexión con el aspecto espiritual que cada uno de nosotros tiene, entendiendo que hoy el hombre es visto como un ser bio-psico-social-espiritual. La recomendación fundamental, entonces, es que se requiere buscar el significado profundo que tiene la experiencia que se vive, para trazar un nuevo plan de vida. De esa forma se puede entender que lo más importante de la vida no es cuánto se tiene, sino qué tanto se es.

Recreación

Las actividades recreativas son aquellas que distraen a las personas y las mueven a risa. En nuestra cultura se subvalora la recreación, y si en la familia hay un problema se tiende a restringirla más. Las actividades recreativas son un componente básico para el desarrollo y la expresión de la creatividad. Adicionalmente, hacen que nos olvidemos momentáneamente de nuestras preocupaciones, siendo, por lo tanto, capaces de contrarrestar las consecuencias del estrés y romper el ciclo de ansiedad que se señaló con anterioridad.

Entre las actividades recreativas más recomendadas se encuentran: salir de paseo, visitar familiares y amigos, ver películas humorísticas, ver u oír programas humorísticos, participar en juegos de mesa, caminar, salir de compras, ir a un café, conversar sobre temas ligeros con personas queridas, cocinar, ir a fiestas, bailar, pintar, escuchar música, tocar algún instrumento musical, leer, etc.

La risoterapia, o terapia de la risa, también es una excelente forma de recreación. Es definida como una actividad grupal que dispone a las personas física y emocionalmente para la risa, y está basada fundamentalmente, en la gran cantidad de beneficios que la risa genera y que mejoran la calidad de vida de las personas. Entre estos beneficios encontramos:

- Estimula la liberación de endorfina (hormona de la felicidad).
- Duplica la capacidad pulmonar.
- Estimula el sistema muscular. Relaja y contrae los músculos de la cara, tórax y abdomen, mejorando su tono.
- Favorece la pérdida de calorías.
- Aumenta la frecuencia cardíaca.
- Limpia las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol.
- Combate el dolor. 5 ó 6 minutos de risa pueden actuar como un auténtico analgésico.
- Bloquea las preocupaciones y alivia la depresión.
- Rejuvenece.
- Estimula las capacidades intelectuales y creativas.

Bibliografía

- Belity, Menahem. (2003). *Risoterapia*. Venezuela: Urania.
- Benson, Herbert. (1996). *La relajación, una terapia imprescindible para mejorar la salud*. España: Grijalbo.
- Coelho, Paulo. (1987). *El Peregrino de Compostela.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (1988). *El alquimista.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (1990). *Brida.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (1994). *A orillas del río piedra me senté y llore.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (1996). *La quinta montaña.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (1998). *Verónica decide morir.* Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (2003). *Once minutos*. Buenos Aires: Planeta.
- Coelho, Paulo. (2005). *El Zair.* Buenos Aires: Planeta.
- Day, Jennifer. (1995). *Visualizaciones creativas para niños*. España: Los libros del comienzo.
- Oxenford, Rosalind. (1999). *Reflexología, técnicas sencillas para aliviar el estrés y estimular la mente*. España: Parramón.
- Simonton, O. C., Henson, R. y Hampton, B. (1993). *Sanar es un viaje.* España: Editorial Urano.

Los autores

Luis Esqueda Torres. Profesor titular y Director del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Obtuvo el Ph.D en Psicología Social en la Universidad de Kansas, U.S.A., en 1985. Investigaciones publicadas en revistas científicas nacionales e internacionales. Entre los artículos recientes destacan: "La normalidad como eficiencia", "La resiliencia como recurso" y "Perfil psicosocial del narcodependiente".

Juan Francisco Linares. Licenciado en Enfermería, actualmente trabaja en el Centro Médico Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA). Sus investigaciones han sido publicadas en revistas científicas nacionales e internacionales. Entre los artículos recientes destacan: "Rasgos suicidas: Un método para su evaluación" y "Una metodología alternativa para evaluar rasgos suicidas". Impartió clases en el programa Bauxe, núcleo Mérida, para la formación de Técnico Superior Universitario en Enfermería.

Gregorio Escalante. Profesor titular adscrito a la Facultad de Medicina. Estudios de pregrado en la Facultad de Humanidades de la ULA y de postgrado en la Universidad de Kansas. Artículos y libros publicados sobre creatividad, desarrollo cognitivo, inteligencia, rendimiento académico, solución de problemas, estilo docente, autoritarismo, enfermedad terminal, violencia familiar, alcoholismo, divorcio, sida, drogadicción.

Silvana D'anello Koch. Profesora titular del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. Ph.D en Psicología Social en la Universidad de Kansas en 1997. Investigaciones publicadas en revistas científicas internacionales y nacionales. Entre los artículos recientes destacan: "Niveles

de Inmunoglobulina A Secretora (IgA-s) y Humor" "Síndrome de desgaste profesional y apoyo familiar en médicos residentes de los postgrados clínicos y quirúrgicos de la Facultad de Medicina (ULA)" y "Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del hospital universitario de los Andes".

Karen Lorena Escalante. Licenciada en Bioanálisis egresada de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la ULA en el 2003. Publicaciones en MedULA, revista de la Facultad de Medicina y en la revista Psicología y Salud. Contratada para el Programa Regional VIH/SIDA en el Laboratorio de Endocrinología y Metabolismo del IAHULA.

Yariani Barreat Montero. Psicólogo egresada de la UCV en 1986. Estudios de post grado en esa misma institución (Especialización en Dinámica de Grupos). Ph.D en Psicología Social en la Universidad de Kansas. Docente por más de dieciocho años en instituciones de educación superior del país. Ha sido facilitadora de talleres de adiestramiento y desarrollo personal dentro de la industria petrolera venezolana y la empresa privada. Actualmente es profesora agregada, a dedicación exclusiva, en la Facultad de Medicina de la ULA.

Kareen Lisbeth Escalante. Médico egresada en 1995 de la Facultad de Medicina de la ULA Postgrado en Ginecología y Obstetricia. Publicaciones en MedULA, revista de la Facultad de Medicina y en la Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela. Médico especialista de la consulta ginecológica de la Sociedad Anticancerosa. Mérida. Especialista I a tiempo parcial adjunto al Servicio de Obstetricia y Ginecología del IAHULA.

Ana Karina D'Orazio. Psicólogo egresada de la Universidad Rafael Urdaneta. Magíster en Ciencias Médicas Fundamentales egresada de la Universidad de los Andes. Investigadora en el área de la Psiconeuroinmunología. Psicólogo clínico infantil. Atención psicosocial individual y grupal a personas con enfermedades crónicas y de alto riesgo. Miembro de Fundasinein del estado Mérida. Profesora adscrita al Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina.

Félix Antonio Ángeles Sánchez. Psiquiatra adjunto a la Unidad de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, MSDS. Obtuvo el doctorado en Ciencias Médicas en La Universidad del Zulia, LUZ, en 2002. Sus investigaciones han sido publicadas en revistas científicas nacionales e internacionales. Entre los artículos recientes destacan: "Estudios epidemiológicos de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios" y "Efectos de los psicofármacos en el perfil hormonal y metabólico de los pacientes consumidores de neurolépticos".

Índice

7 | Presentación

Capítulo 1

9 | Violencia en la familia
Gregorio Escalante

Capítulo 2

47 | Sida: la crisis continúa
Gregorio Escalante / Kareen Lisbeth Escalante

Capítulo 3

71 | Enfermedad terminal y psicología de la salud
Gregorio Escalante / Karen Lorena Escalante

Capítulo 4

87 | Perfil psicosocial del narcodependiente
Luis Esqueda Torres / Félix Ángeles

Capítulo 5

99 | Metodología para evaluar rasgos suicidas
Luis Esqueda Torres / Francisco Linares

Capítulo 6

111 | Historia natural del alcoholismo
Gregorio Escalante / Kareen Lisbeth Escalante

Capítulo 7

135 | Fumar o no fumar, ¿cuál es el problema?
Gregorio Escalante

Capítulo 8

155 | Cambios motivacionales post infarto
Luis Esqueda Torres

Capítulo 9

163 | El asma y las emociones
Silvana D'Anello Koch

Capítulo 10

181 | Cumplimiento del tratamiento médico: aspectos psicosociales
Silvana D'Anello Koch

Capítulo 11

199 | La normalidad como eficiencia
Luis Esqueda Torres

Capítulo 12

213 | En guardia frente a las drogas
Gregorio Escalante

Capítulo 13

233 | Los hijos del divorcio
Gregorio Escalante

Capítulo 14

249 | Embarazo en adolescentes: ¿un evento adverso?
Luis Esqueda Torres

Capítulo 15

273 | La programación neurolingüística
y su relación con el paciente
Yariani Barreat Montero

Capítulo 16

287 | Indigencia: un síndrome biopsicosocial
Yariani Barreat Montero

Capítulo 17

305 | Estrés y síndrome de desgaste profesional
(*burnout*) en profesionales de la salud
Silvana D'Anello Koch

Capítulo 18

325 | Estrategias para afrontar el estrés
Ana Karina D'Orazio Quintero

335 | Sobre los autores