

TERAPIA PSICOLÓGICA

Terapia Psicológica se encuentra incluida en las siguientes bases de datos:
Latin-Index; LILAS de BIREME; PSICODOC, PsycINFO (American
Psychological Association, APA)

TERAPIA PSICOLÓGICA

Volumen 23 - Número 1 - Junio 2005

Índice

Artículos Originales

- ¿Cuánto Compartir con un Paciente?: Las Intervenciones de Autorrevelación del Terapeuta 5
CLAUDIO J. PIZARRO
- Disposiciones Fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide 15
STEFANO VINACCIA, FRANCOISE CONTRERAS, CARMENCITA PALACIO, ANDRÉS MARÍN, SERGIO TOBON, EMILIO MORENO-SAN PEDRO
- Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta De Evitación 25
ANDRÉS M. PÉREZ-ACOSTA
- Resultados de Psicoterapia Grupal Breve en Estudiantes Universitarios de la Quinta Región: Estudio Exploratorio Basado En Instrumentos Proyectivos 37
IVÁN ALEJANDRO ARENAS S.
- Una Perspectiva Evolutiva de las Diferencias de Género en la Presencia de Trastornos Depresivos 49
FÉLIX COVA SOLAR
- Psicoanálisis, Rorschach y Creatividad: Una Condensación Integrativa 59
FERNANDO ARAOS U.

Artículos de Revisión

- Modelos Animales para el Estudio del Alcoholismo 65
GISELLE V. KAMENETZKY Y ALBA E. MUSTACA
- Placebo y Psicología Clínica: Aspectos Conceptuales, Teóricos e Implicancias 73
OCTAVIO ABARCA A., ALEXANDER CHACÓN S., FABIOLA ESPINOSA S. & PABLO VERA-VILLARROEL

Informes Breves

- Análisis de la Confiabilidad y Validez de Constructo de un Instrumento que Mide el Consumo De Drogas Lícitas E Ilícitas En Estudiantes Universitarios 83
JORGE RODRÍGUEZ T., ENRIQUE HENÁNDEZ A.
- Evaluación del Efecto de una Intervención Conductual en la Agresividad Escolar 91
VERÓNICA PÉREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ, JORGE RODRÍGUEZ, FLORA DE LA BARRA

TERAPIA PSICOLÓGICA

Volumen 23 - Número 1 - Junio 2005

Index

Original Articles

- How Much Should we Share with a Client?: Therapist Self-disclosure Interventions 5
CLAUDIO J. PIZARRO
- Strengthening Dispositions: Personality Hardiness and Self-efficacy in Patients
Diagnosed with Rheumatoid Arthritis 15
STEFANO VINACCIA, FRANCOISE CONTRERAS, CARMENCITA PALACIO, ANDRÉS MARÍN, SERGIO TOBON,
EMILIO MORENO-SAN PEDRO
- Principles of Exposition Therapy Against Phobias: An Integrative Theoretical Model of Avoidance Behavior 25
ANDRÉS M. PÉREZ-ACOSTA
- Sort-term Group Psychotherapy Outcomes with College Students of Fifth Region:
Exploratory Study Based Upon Projective Tests 37
IVÁN ALEJANDRO ARENAS S.
- An Evolutional Perspective on Gender Differences when in Presence of Depressive Disorders 49
FÉLIX COVA SOLAR
- Psychoanalysis, Rorschach and Creativity: An Integrative Condensation 59
FERNANDO ARAOS U.

Revised Articles

- Animal Models for the Study of Alcoholism 65
GISELLE V. KAMENETZKY Y ALBA E. MUSTACA
- Placebo and Clinical Psychology: Conceptual and Theoretical Aspects and Implications 73
OCTAVIO ABARCA A., ALEXANDER CHACÓN S., FABIOLA ESPINOSA S. & PABLO VERA-VILLARROEL

Brief Reports

- ValiValidity and Reliability of an Instrument Designed to Measure Legal and Illegal
Drug Consumption In University Studentsrge 83
JORGE RODRÍGUEZ T., ENRIQUE HENÁNDEZ A.
- Assessment of the Effect of a Behavioral Intervention in School Aggression 91
VERÓNICA PÉREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ, JORGE RODRÍGUEZ, FLORA DE LA BARRA

¿Cuánto Compartir con un Paciente?: Las Intervenciones de Autorrevelación del Terapeuta

How Much Should we Share with a Client?: Therapist Self-disclosure Interventions

Claudio J. Pizarro*

Universidad de Santiago de Chile, USACH

rec: 15-mayo-2005

acep: 03-mayo-2005

Resumen

Las intervenciones de autorrevelación del terapeuta son un tema no muy ampliamente tratado en la literatura psicológica y con, aún, muchas interrogantes. Las posturas teóricas son divergentes y la investigación no aborda las dudas teóricas principales ni es concluyente en lo realizado. Se exponen argumentos a favor y en contra de la autorrevelación del terapeuta y se concluye que no es una intervención recomendable sino en ocasiones muy particulares.

Palabras Clave: Autorrevelación, Terapeuta, posturas teóricas.

Abstract

Self-disclosure as interventions has not been a well developed topic in the psychological literature. Authors present contradictory theoretical positions and research, in general, has not taken into account variables mentioned by authors as relevant and, its results are far from being conclusive. Pros and cons of self-disclosure are presented and it is concluded that this intervention is not recommendable but for very specific situations.

Key Words: Self-disclosure, therapist, Theoretical postures.

¿Cuánto compartir con un paciente?: Las intervenciones de autorrevelación del terapeuta

Es claro que en psicoterapia un paciente tiene que revelar contenidos personales e íntimos al terapeuta. Lo que no es tan claro es cuánta autorrevelación debe exhibir el psicólogo en una relación terapéutica. En general, la intención de un terapeuta que produce una autorrevelación es mejorar el vínculo con el supuesto de que tal intervención aumentará la sensación de intimidad y entendimiento en la relación terapéutica. Puede existir, además, la intención de ofrecerse como modelo conductual al estar transmitiendo el mensaje implícito de «yo tuve una experiencia similar a la tuya y la superé.» Sin embargo, los terapeutas reportan¹ diferentes grados de autorrevelación en sus estilos terapéuticos; van desde aquellos que no comparten ningún aspecto de sus vidas personales hasta aquellos que revelan aspectos de su historia personal que pueden ser similares a la problemática del paciente (v. gr., experiencias con drogas). De esta situación surgen una serie de preguntas, tales como: ¿está claro cuán efectiva (¿o dañina?) puede ser una inter-

vención de autorrevelación del terapeuta?, ¿cuáles serían las justificaciones teóricas para una autorrevelación?, ¿qué luz arrojan las investigaciones hechas al respecto? El presente trabajo aborda estas preguntas analizando la autorrevelación tanto desde una perspectiva teórica como desde los resultados de la investigación.

La autorrevelación desde una perspectiva teórica

Diversos autores han manifestado sus puntos de vista respecto a la autorrevelación del terapeuta dentro de una sesión de terapia, hallándose en la literatura encontradas posturas, incluso dentro de una misma corriente teórica. Hay autores que no sólo aceptan este tipo de intervención sino que la consideran apropiada e incluso necesaria en ciertos tipos de situaciones. Por ejemplo, Davidove (1982), manifiesta que la autorrevelación del terapeuta sería un tipo de intimidad que no está sujeta a ninguna moralidad deontológica o principio inamovible sino que debería ser aceptada o rechazada de acuerdo a cada caso específico. El afamado psicoterapeuta Irvin D. Yalom (2000) nos revela que él debería autorrevelarse más de lo que usualmente hace, al menos en los procesos de terapia grupal, cuando escribe en su libro *Verdugo del Amor: Historias de Psicoterapia*:

“El tiempo es valioso en un grupo —ocho pacientes y sólo noventa minutos— y no se utilizaría bien si los pacientes escuchan los problemas del terapeuta. Los pacientes

* Ph.D. en Counseling Psychology, académico, Escuela de Psicología, cjpizarro@usach.cl

¹ Esta afirmación no se basa solamente en la revisión de la literatura sino también en la experiencia de este autor en diferentes equipos clínicos y de supervisión estadounidenses que incluyó la observación de distintos grados de autorrevelación en los terapeutas en diferentes momentos y situaciones.

necesitan tener fe en que los terapeutas saben enfrentar y resolver sus propios problemas.

Son racionalizaciones, claro. La verdadera causa era falta de coraje. Consistentemente, he pecado por falta y no por exceso de autorrevelación. Sin embargo, cada vez que he compartido mucha información sobre mí mismo, los pacientes siempre han sacado provecho al saber que yo, como ellos, debo luchar con los problemas, de que soy humano” (p. 201).

Más recientemente, y en esta misma línea de pensamiento, Tantillo (2004) indica que una autorrevelación del terapeuta es una “respuesta relacional juiciosa e informada” (p. 68) que ayuda a empoderar al paciente y a trasladar la relación hacia un vínculo de mutualidad. Ella recalca, en todo caso, que una autorrevelación se debe hacer considerando cuidadosamente una variedad de factores del paciente tales como la historia vincular, nivel de funcionamiento, grado de preparación para el cambio, entre otros.

Una posición completamente diferente es tomada por algunos psicoanalistas quienes, comenzando con Freud, abogan por una posición neutral del analista con el fin de evitar contaminaciones de los contenidos de transferencia. Esta posición neutral incluiría, además, la evitación de contactos físicos y sociales. Tal punto de vista promueve el anonimato del analista y lo que se ha llamado la postura de telón blanco. Recientemente, esto ha sido directamente expresado por Lane y Hull (1990), quienes afirman que cualquier revelación personal de parte del terapeuta distorsionaría el proceso terapéutico.

Hoy en día, sin embargo, en el ámbito psicodinámico se reconoce que el analista inevitablemente muestra aspectos de sí mismo a través de una variedad de situaciones contextuales y del proceso terapéutico. Por ejemplo, su apreciación del arte a través de la decoración de su oficina, su ropaje, su escala de honorarios, el momento que elige para tomar vacaciones, etc. Pero ampliando aún más estos conceptos, hay terapeutas psicoanalíticos que apoyan la evolución del concepto «relación terapéutica» y que se han alejado de la postura de telón blanco (o de observador objetivo) para adoptar la de “observador participante” con diferentes grados de autorrevelación basadas en las diferencias individuales de los clientes. Basescu (1990) afirma, por ejemplo, que «la mutualidad de autorrevelaciones relevantes trabaja en contra de la mistificación de la experiencia en la relación y permite el desarrollo de intimidad y confianza» (p. 55). Desde esta perspectiva, la postura de telón blanco la considera como una posición irrealista del psicoanálisis teórico clásico.

Del mismo modo, Menaker (1990) acepta la autorrevelación del analista como «...una respuesta espontánea y empática a lo comunicado por el paciente por medio del compartimiento de sentimientos o experiencias análogas propias. El propósito de la autorrevelación es destacar para el paciente el hecho de que el analista ha entendido la

importancia de la comunicación [lograda] y que afirma la realidad del paciente» (p. 107). Estos tipos de autorrevelaciones, afirma el autor, ayudarían a crear una atmósfera de mejor entendimiento y a construir un lazo más cercano entre el paciente y el analista. Menaker, al igual que otros autores, remarca que la autorrevelación debería estar sintonizada con las necesidades particulares del «self» en desarrollo del paciente para que tenga un efecto terapéutico.

Basescu (1990) también liga la autorrevelación del analista en la terapia al fenómeno de espontaneidad, lo que puede ser considerado como un elemento de autenticidad en la terapia o, como Jourard (1971) lo ha llamado; transparencia. Este autor diferencia autorrevelaciones inapropiadas impulsivas, que responden a la contratransferencia del terapeuta (por ejemplo, necesidad de impresionar al paciente, necesidad de estar en control, etc.) de autorevelaciones que responden a espontaneidad, las cuales serían producto del «estar completamente presente, disponible, y libremente responsivo al flujo de interacciones personales» (p. 57).

Siguiendo esta diferenciación, Basescu (1990) indica que la autorrevelación más importante del analista (en términos de relevancia terapéutica y frecuencia) es aquella en la que «el analista hace comentarios sobre sus propias reacciones y acerca de lo que se transparenta en la relación entre las dos personas» (p. 55). Aquí el autor hace una importante distinción y que, por aún llamarla autorrevelación, no es lo suficientemente clarificadora ya que autorrevelaciones del pasado personal del terapeuta son diferentes a comentarios de las propias reacciones del aquí y ahora que se viven con el paciente. Esta última intervención es más bien equivalente al concepto de autoinvolucramiento de McCarthy y Betz (1978), donde los contenidos de la autorrevelación no son sobre la experiencia pasada del terapeuta sino sobre su experiencia actual con la relación terapéutica. Egan (1975), en su ya clásico libro *The Skilled Helper*, ya hablaba de este tipo de intervención llamándola inmediatez y la define como referencias a los propios procesos del terapeuta respecto a transacciones del aquí y ahora con el paciente o referencias a patrones de la relación o a la forma en que se ha desarrollado el vínculo terapéutico. Más recientemente, Cormier y Cormier (1991) la han considerado una de las habilidades fundamentales del diálogo terapéutico, las que son presentadas junto a intervenciones cognitivo-conductuales para el entrenamiento de terapeutas. Esta distinción conceptual debe ser mantenida en los análisis teóricos y empíricos del tema ya que una intervención de autoinvolucramiento o inmediatez es, en realidad, un tipo de intervención muy diferente a la autorrevelación de experiencias personales del pasado.

Así como los autores de orientación analítica se mueven en un amplio espectro frente a la autorrevelación, los autores que se encuadran en orientaciones humanistas o

existencialistas también presentan diferencias. Por un lado, Simon (1988) se ha manifestado a favor de la autorrevelación si ésta es genuina, abierta y permite la desmitificación de la psicoterapia. En general, se propone que la autorrevelación sería complementaria a la respuesta empática que ayudaría a construir un vínculo más cercano con el paciente y lo estimularía a elicitar mayores revelaciones (Jourard, 1964, 1971; Garfield, 1987). Por otro lado, Josephs (1990) no ve el valor de la autorrevelación del terapeuta ya que, en primer lugar, la autenticidad de lo expuesto no puede ser cuestionada ni analizada por el paciente y, en segundo lugar, a pesar de la sinceridad, este tipo de empatía (“te entiendo porque he vivido una situación similar a la tuya”) sería imperfecta dado el hecho que paciente y terapeuta son dos personas separadas existencialmente. Afirma que su única utilidad se encontraría cuando la autorrevelación tuviere la función de aclarar alguna mala interpretación y permitiera al paciente entender mejor la perspectiva del terapeuta. Aún así, el peligro residiría en el hecho que el paciente puede ir más allá del significado literal de la autorrevelación y agregar otras interpretaciones que sobrepasen las intenciones del terapeuta y sin tener posibilidades mayores de solicitar aclaración de estas interpretaciones ya que el control del proceso terapéutico lo tiene el terapeuta.

Así, hasta este punto y considerando que las intervenciones de autorrevelaciones deben ser consideradas como intervenciones diferentes a las de autoinvolucramiento o de inmediatez, incluyendo pros y contras, las proposiciones teóricas se podrían resumir como sigue:

Observaciones de oposición a la autorrevelación del terapeuta:

- 1) Las autorrevelaciones interferirían con el análisis de la transferencia y con el proceso terapéutico.
- 2) Autorrevelaciones de experiencias pasadas tendrían una credibilidad limitada al no ser explorables y no necesariamente harían más humano al terapeuta.
- 3) Existirían autorrevelaciones inapropiadas y serían aquellas que son producto del impulso y de necesidades del terapeuta.
- 4) El terapeuta no tendría control sobre la extensión de la interpretación que haría el paciente de su autorrevelación.

Autorrevelaciones de experiencias sobre el pasado personal podrían tener interpretaciones no esperadas por el terapeuta.

Además, habría que considerar una potencial exposición no deseada del terapeuta (por ejemplo, si se autorrevela como “gay” ante un paciente “gay” o autorrevela un aborto) dado que los pacientes no están obligados a la confidencialidad; si bien el terapeuta no debe exponer los contenidos expresados por el paciente, éste es libre para

comentar los contenidos surgidos en la sesión a quien estime conveniente, especialmente lo expresado por su terapeuta. Imagínese esta situación si el lugar de práctica del terapeuta es un pueblo pequeño; el potencial de perjuicio para el terapeuta podría ser no menor. También hay que tomar en cuenta que ciertos contenidos tienen mayor probabilidad de elicitar prejuicio o dudas lógicas respecto al terapeuta. Por ejemplo, las autorrevelaciones que implican algún estado patológico del pasado (yo era un Don Juan, yo sufrí de depresión, etc.) y que en la actualidad se considera como superado, no implica que este estado o repertorio conductual no vuelva a surgir o se recurra a él eventualmente. Esto podría traer dudas en el paciente acerca de la idoneidad del terapeuta.

Argumentos teóricos a favor:

- 1) La autorrevelación proveería un ambiente de intimidad que favorecería el vínculo o alianza terapéutica.
- 2) Una autorrevelación ayuda a construir un lazo más cercano entre el paciente y el terapeuta creando una atmósfera de mayor comprensión.
- 3) La autorrevelación ayuda a desmitificar la relación terapeuta-paciente, empoderando al paciente y haciendo avanzar la relación hacia una mayor mutualidad.

Ciertamente, hoy en día, el vínculo terapéutico se considera fundamental para promover el cambio terapéutico y pareciera que determinadas autorrevelaciones hechas en momentos específicos contribuyen a este proceso. Por ejemplo, es frecuente que los adolescentes soliciten autorrevelaciones del terapeuta y que estas intervenciones sean hitos en el desarrollo de la terapia. Más aún, en determinadas situaciones no sólo sería conveniente sino también necesario; por ejemplo, es razonable pensar que un paciente gay tenga derecho a saber la orientación sexual de su potencial terapeuta (Hanson, 2003), o que un paciente altamente religioso pregunte por la posición religiosa de su potencial terapeuta. Es decir, el paciente tiene derecho a saber algunas características de aquella persona de quien se va a dejar influenciar. Por lo tanto, este tipo de autorrevelación de características personales del terapeuta no sería sólo un tema de utilidad clínica sino también un tema ético.

Desgraciadamente, todas estas proposiciones, tanto a favor como en contra, son consideraciones que no han sido sometidas directamente a experimentación; por lo tanto, son afirmaciones que no tienen respaldo empírico sino más bien lógico, teórico y de raciocinio o de buen criterio. Los investigadores han abordado este tema con otros parámetros.

La autorrevelación en la investigación

En 1984, Berg-Cross reportó que la autorrevelación ocurría en diferentes grados y contenidos en 63 diplomados

de la American Board of Professional Psychology (este diploma es una certificación muy prestigiosa y selectiva para los psicólogos norteamericanos). Ella encontró que los contenidos más revelados incluían la formación profesional, creencias sobre la disciplina de los hijos, creencias sobre el divorcio, experiencias del terapeuta con su propia familia, experiencias con amigos o pares, y creencias similares a las del paciente. Todos estos ítemes registraron promedios conceptuales de frecuencia entre 2,98 y 2,28 en una escala Likert de cinco puntos. Ítemes con los promedios más bajos de autorrevelación incluían fantasías personales, metas personales, experiencias en el uso de drogas o alcohol, situaciones financieras, afiliaciones políticas, y experiencia sexual con promedios entre 1,98 y 1,49, respectivamente. Es notable observar que todos los ítemes mostraban algún grado de autorrevelación sin importar la orientación teórica del terapeuta. No hay duda que los terapeutas buscan un efecto en sus pacientes con sus autorrevelaciones. Precisamente, varios investigadores han investigado efectos de la autorrevelación del terapeuta en el paciente.

La mayoría de las investigaciones sobre autorrevelación del terapeuta se han realizado dentro de los parámetros del modelo de Strong de Influencia Social (Perrin y Dowd, 1986; Dowd y Boroto, 1982; Remer, Roffey, y Buckholtz, 1982; Carter y Motta, 1988) y utilizando el Counselor Rating Form (CRF). Este modelo postula que, en una primera etapa, el grado de influencia del terapeuta sobre el paciente está determinado por tres elementos: atracción, confiabilidad, y experticia (attractiveness, trustworthiness, expertness), los cuales influenciarían en el grado de compromiso del cliente con la terapia (Strong y Claiborn, 1985). Así, estas investigaciones han tratado de medir el efecto que una autorrevelación tiene tanto en la percepción de experticia como en la confiabilidad y el grado de atracción que el paciente tiene de este terapeuta. Dado que la mayoría de los estudios reportan los efectos por separado en estas tres variables, se presentarán a continuación de esta forma y también de acuerdo a la dimensión revelación y no revelación, diferentes grados de revelación, y aserciones de autorrevelación o autoinvolucramiento negativo y positivo (de acuerdo a si el contenido de la revelación representa una debilidad o experiencia negativa del terapeuta o un logro o experiencia positiva).

Experticia (expertness)

Revelación versus no-revelación. En un estudio de diseño análogo² sin designación por azar donde estudiantes universitarios evaluaban un video de 20 minutos, Dowd y

Boroto (1982) encontraron que la percepción de experticia no difería entre terapeutas que usaban ya sea autorrevelación o autoinvolucramiento y terapeutas que en su lugar usaban interpretación o resumen como modalidad de intervención. Lundeen y Schuldt (1989), en un estudio análogo utilizando un video de 10 minutos conteniendo una interacción terapéutica simulada y utilizando estudiantes universitarios como evaluadores, también encontraron que la experticia no fue evaluada en forma diferente entre terapeutas que muestran y no muestran autorrevelación. Así también, Peca-Baker y Friedlander (1989), usando un experimento bien diseñado, una entrevista en vivo análoga con estudiantes universitarios asignados por azar a tres grupos experimentales y un grupo control, no encontraron diferencias en la evaluación de experticia entre las cuatro condiciones del experimento.

Sin embargo, Carter y Motta (1988), en un estudio análogo usando un video de cinco minutos de una sesión terapéutica simulada, encontraron que la experticia, esta vez medida a través del Sorenson Relationship Questionnaire, era significativamente más favorable en la condición no-revelación que en la condición de alta autorrevelación. En este mismo estudio, ellos también midieron experticia a través del CRF, encontrando que era más favorable con terapeutas formales (en el uso del lenguaje, vestimenta, etc.) de baja autorrevelación que terapeutas informales de baja autorrevelación.

En resumen, la investigación sugiere, al menos, que la autorrevelación del terapeuta no aumenta la experticia percibida en relación a la no-revelación.

Grados de autorrevelación. Evaluaciones de experticia han sido también comparadas a lo largo de diferentes grados de autorrevelación, obteniéndose resultados contradictorios. Por ejemplo, la experticia ha sido encontrada significativamente más alta en terapeutas con alta autorrevelación y alto autoinvolucramiento que en terapeutas bajos en estos dos aspectos (McCarthy, 1982). Por el contrario, Carter y Motta (1988) encontraron que la experticia era más favorable en la condición de baja autorrevelación asociada con terapeutas formales que con terapeutas informales.

Autorrevelación positiva versus autorrevelación negativa. La experticia ha sido más favorable en condiciones de autoinvolucramiento positivo que en condiciones de autoinvolucramiento negativo (Andersen y Anderson, 1985). Sin embargo, la experticia ha sido también informada como no teniendo efecto en estas dimensiones (Remer, Roffey y Buckholtz, 1982).

En resumen, las comparaciones entre los efectos diferenciales del grado de autorrevelación en la percepción de experticia arrojan resultados contradictorios. La variable experticia no parece incrementarse debido a intervenciones de autorrevelación tal como ha sido observado en los estudios que comparan condiciones de revelación versus no revelación.

² Estudios análogos de psicoterapia son aquellos que imitan las condiciones de una sesión real de terapia pero, por ejemplo, los participantes no son pacientes o no están en vínculo terapéutico, etc.

Confiabilidad (trustworthiness)

Autorrevelación versus no-revelación. El efecto de la autorrevelación en la percepción de confiabilidad del terapeuta es menos claro que en el caso de la experticia. En algunos estudios, la confiabilidad ha recibido evaluaciones mayores en autorrevelaciones que en no-revelaciones (Dowd y Boroto, 1982; Lundeen y Schuldt, 1989). Sin embargo, en otros estudios, los niveles de confiabilidad no han sido afectados por la autorrevelación (Peca-Baker y Friedlander, 1989; Carter y Motta, 1988).

Grados de autorrevelación. Mc Carthy (1982) encontró que terapeutas que eran altos en autorrevelación y altos en autoinvolucramiento era evaluados altos en confiabilidad también. Además, estas diferencias eran aún mayores cuando eran hechas por terapeutas paraprofesionales que por terapeutas profesionales.

Otros estudios no han logrado encontrar efectos diferenciales para diferentes grados de autorrevelación (Dowd y Boroto, 1982; Carter y Motta, 1988).

Autorrevelación positiva versus autorrevelación negativa. En algunos estudios, autoinvolucramiento positivo aumenta la confiabilidad (Andersen y Anderson, 1985) mientras que en otros no se han encontrado diferencias significativas (Remer y colab., 1982).

En resumen, no se puede delinear conclusiones definitivas con los resultados sobre los efectos de la autorrevelación en la percepción de confiabilidad del terapeuta.

Atracción (attractiveness)

Revelación versus no-revelación. La autorrevelación ha producido más atractivo que la no-revelación (Carter y Motta 1988; Lundeen y Schult, 1989) o que las interpretaciones o resúmenes (Dowd y Boroto, 1982). Peca-Baker y Friedlander (1987) primeramente encontraron diferencias usando un diseño análogo pero, posteriormente, en 1989, no pudieron dar apoyo a su hallazgo original usando un diseño análogo "en vivo".

Grados de autorrevelación. La atracción parece no variar con diferentes grados de autorrevelación (McCarthy, 1982; Dowd y Boroto, 1982; Carter y Motta, 1988).

Autorrevelación positiva versus autorrevelación negativa. Terapeutas que expresan autoinvolucramiento positivo han sido considerados más atractivos que terapeutas que usan expresiones de autoinvolucramiento negativo (Watkins and Schneider, 1989).

En resumen, pareciera que el autoinvolucramiento positivo (y no la autorrevelación), afecta positivamente la percepción del paciente de la atracción del terapeuta. Esta no es una afirmación concluyente, pero es un reflejo de una tendencia observada en los datos.

A modo de conclusión general, sólo es posible decir que la influencia social del terapeuta podría ser afectada

por una cantidad desconocida de autorrevelación. Este efecto podría ir en cualquier dirección de acuerdo al contenido y grado de autorrevelación, con la excepción de la percepción de experticia.

Finalmente, es interesante notar que los diseños análogos en vivo y que han utilizado procedimientos de azar tienden a reportar la significación de las diferencias entre terapeutas que revelan y que no revelan (Perrin y Dowd, 1986; Peca-Baker y Friedlander, 1987, 1989; Lundeen y Schult, 1989).

Otras variables dependientes

Variables tales como deseo de consultar al terapeuta, empatía, clima terapéutico, autoexploración, y respuestas afectivas han sido estudiadas específicamente o como parte de un conjunto mayor de variables.

Percepciones del paciente sobre el terapeuta

Habilidades profesionales y personales. Terapeutas que se autorrevelan han sido evaluados significativamente más favorablemente que terapeutas que no autorrevelan en estudios análogos (Nilsson, Strassberg, y Bannon, 1979; Fox, Strum, y Walters, 1984). Se ha hipotetizado que revelaciones con contenidos específicos podrían tener efectos diferenciados (por ejemplo, entre haber sido paciente y haber sido mal alumno) a la vista del paciente. Sin embargo, Fox y colaboradores (1984) sugieren que los sujetos avalúan al terapeuta sobre la base de sus interacciones con el paciente en vez del contenido de una única intervención de revelación. Por lo tanto, es posible que las diferentes duraciones de los videos, textos o sesiones usadas como variables independientes podrían estar afectando la evaluación de los sujetos jueces.

Finalmente, no se han encontrado diferentes evaluaciones para las habilidades profesionales y personales entre terapeutas que presentan autorrevelaciones y terapeutas que presentan autoinvolucramientos (Nilsson y col., 1979).

Calidez y empatía. Hoffman-Graff (1977) usaron entrevistas reales (aunque fue un diseño sin grupo control) para determinar los efectos de las autorrevelaciones positivas y negativas. Ella encontró que la autorrevelación negativa tenía un efecto más positivo que la autorrevelación positiva en la calidez y empatía percibida del terapeuta. Sin embargo, no hubo diferencias entre estos dos tipos de autorrevelación para autenticidad y consideración positiva incondicional. Como se ha mencionado anteriormente, se hipotetiza que la autorrevelación negativa demostraría similitud entre terapeuta y paciente, lo que influiría una percepción más favorable.

Por el contrario, Carter y Motta (1988), aunque en un estudio análogo, reportaron que terapeutas con alta

autorrevelación negativa eran percibidos como menos empáticos que terapeutas control que no autorrevelaban.

Estos resultados aún no permiten conclusiones que apoyen o rechacen los puntos de vista teóricos que abogan que las autorrevelaciones del terapeuta puedan mejorar la percepción de pacientes en empatía, calidez, consideración positiva incondicional, autenticidad, habilidades terapéuticas y personales del terapeuta que se autorrevela.

Utilidad percibida

Hill, Mahalik y Thompson (1989) hicieron que ambos, terapeutas y pacientes, revisaran sus propios videos y reaccionaran a diferentes intervenciones de autorrevelación del terapeuta. Encontraron que tanto terapeutas como pacientes evaluaron autoinvolucramiento positivo como más ayudador que autoinvolucramientos negativos. Además, no se encontró diferencias entre autorrevelaciones y autoinvolucramientos. La validez externa de este estudio es única porque participaron pacientes y terapeutas reales en vez de estudiantes universitarios como en la mayoría de los otros estudios.

Estudios de variables relacionadas, tales como satisfacción y clima terapéutico, corroboran este resultado. Los sujetos han manifestado mayor satisfacción y han evaluado más favorablemente el clima terapéutico cuando el terapeuta ha utilizado expresiones de autoinvolucramiento positivo que cuando el terapeuta ha utilizado expresiones de autoinvolucramiento negativo (Watkins y Schneider, 1989).

Cambios en la conducta o actitud del paciente

Deseos de entrevistarse con el terapeuta. Expresiones de autoinvolucramiento positivo han tenido un impacto mayor que expresiones de autoinvolucramiento negativo (Andersen y Anderson, 1985) u otro tipo de intervenciones (Watkins y Schneider, 1989) en (a) el juicio del paciente sobre cuán apropiado es el terapeuta y (b) el deseo de tener terapia con este terapeuta.

En oposición, Dowd y Boroto (1982) encontraron que el deseo de ver al terapeuta no presentó diferencias a lo largo de modalidades de autorrevelación; aunque este deseo fue menor cuando el terapeuta usó resúmenes a cuando el terapeuta usó interpretaciones dinámicas. Los investigadores sugieren que los pacientes podrían preferir un terapeuta que provea de explicaciones para sus problemas en vez de un terapeuta que presenta resúmenes o autorrevelaciones en la relación.

Cambio de comportamiento. La autorrevelación podría afectar no sólo la percepción del paciente sobre el terapeuta sino también tanto la conducta del paciente como sus expectativas de su propio rendimiento (performance).

Autorrevelaciones negativas del terapeuta han bajado las expectativas de los pacientes sobre sus propios rendimientos y las autorrevelaciones positivas han elevado sus rendimientos reales (Hoffman y Spencer, 1977). A pesar del hecho que el diseño de este estudio utilizó una entrevista en vivo y asignaciones por azar, la falta de grupo control debilita cualquier afirmación concluyente.

Autorrevelación del paciente, respuestas afectivas, y autoexploración. El grado de revelación del paciente ha sido percibido como una función de la autorrevelación del terapeuta, la historia de revelaciones del paciente, y de las respuestas empáticas y de calidez del terapeuta (Halpern, 1977). Del mismo modo, más autoexploración y respuestas afectivas del paciente han sido facilitadas por terapeutas con alta autorrevelación y autoinvolucramiento que por terapeutas con baja autorrevelación (McCarthy, 1982). Estos resultados apoyan los postulados de teóricos como Jourard (1964, 1971) y Garfield (1987) quienes consideran la autorrevelación como una poderosa herramienta para facilitar el compartir del paciente.

Variables intervinientes

Sexo. Consistentemente, ni el sexo del paciente ni el del terapeuta han actuado como una variable interviniente en los estudios de autorrevelación del terapeuta (Watkins y Schneider, 1989; Hoffman y Spencer, 1977; Halpern, 1977; Hoffman-Graff, 1977; Nilsson y col., 1979).

Objetos físicos. Lundeen y Schuldt (1989) encontraron que la presencia de un escritorio aumentaba la diferencia de confiabilidad entre las condiciones de revelación y de no-revelación. Los investigadores no interpretaron la influencia del escritorio en la evaluación de la autorrevelación y sólo sugirieron realizar más estudios al respecto. Sin embargo, este hallazgo empírico puede ser considerado como un índice de que la influencia social está también determinada por señas ambientales relacionadas al estatus (como el uso de un escritorio) y por percepciones de disimilitud entre paciente y terapeuta.

Varias investigaciones distinguieron entre autorrevelaciones del pasado personal y afirmaciones de autoinvolucramiento (Hill, Mahalik, y Thompson, 1989; Andersen y Anderson, 1985; Mc Carthy y Betz, 1978; Watkins y Schneider, 1989; McCarthy, 1982). Como se ha indicado anteriormente, sólo las autorrevelaciones del pasado personal o características de personalidad deberían ser consideradas como verdaderas autorrevelaciones. Las afirmaciones de autoinvolucramiento deberían ser consideradas, por lo tanto, un tipo de intervención diferente. La revisión de Watkins (1990) al respecto concluye que: (a) las intervenciones de autoinvolucramiento positivo parecen ser vistas más favorablemente por los jueces en diferentes investigaciones que intervenciones tanto de

autoinvolucramiento negativo como autorreveladoras, (b) los efectos de la autorrevelación no son aún claros, y (c) el sexo del terapeuta no sería una variable que interfiriera en los resultados.

Se observa, entonces, que la mayor parte de los estudios en esta área no ayudan a verificar en forma directa ninguno de los argumentos a favor y en contra de los teóricos considerados en la sección anterior. Además, un análisis detallado de la investigación publicada deja en claro que la contribución que se hace a la interrogante que motiva este artículo no es aún concluyente debido a que (1) los estudios han usado diseños analógicos; es decir, han utilizado interacciones terapéuticas simuladas, (2) el contexto ha sido de una sola sesión y (3) se han utilizado jueces que no son pacientes como evaluadores de estas situaciones. Por ejemplo, se observa que la revisión de Watkins (1990) encontró sólo una investigación de 35 que estaba hecha con pacientes reales, aunque también correspondía a un diseño analógico.

El uso de diseños analógicos y con participantes que no son pacientes reales en prácticamente todos los estudios hace que la generalización a la relación terapéutica haya que considerarla con cautela por varias razones.

Primero, la evaluación de la relación y de la autorrevelación se ha dado fuera de un contexto histórico del proceso mismo ya que, teóricamente, una autorrevelación sería percibida de distinta forma de acuerdo al grado de intimidad o confianza previamente establecido.

Segundo, los «pacientes-jueces» que han evaluado los efectos de la autorrevelación tienen una situación existencial muy distinta y fundamentalmente sin las características salientes de un paciente real tal como la condición de desmoralización propuesta por Frank (1981), lo que puede producir diferencias en las interpretaciones de la autorrevelación del terapeuta.

En tercer lugar, las mediciones y metodologías usadas no son siempre satisfactorias como para medir el fenómeno de intimidad y autorrevelación. Por ejemplo, en una transcripción de simulaciones de terapia no se transmiten los factores no-verbales, los cuales son considerados de gran importancia en la comunicación.

En cuarto lugar, la percepción del paciente de la autorrevelación del terapeuta puede variar de acuerdo a la calidad de los lazos establecidos en la terapia o calidad de la alianza terapéutica. Por esta razón, una autorrevelación en la primera sesión será interpretada en forma diferente a aquella expresada en una octava sesión. La primera situación podría erosionar la sensación de confianza y de protección.

Conclusión

Es importante recordar la distinción entre una intervención de autoinvolucramiento (o inmediatez) a una de autorrevelación. El autoinvolucramiento puede ser una intervención terapéutica muy efectiva. Desgraciadamente, los autores y los investigadores no siempre han hecho esta distinción, lo que ha dificultado la discusión.

A pesar de que no se puede concluir taxativamente a favor ni en contra de la autorrevelación del terapeuta, hay líneas de pensamiento bien definidas que no apoyan el hecho de que el terapeuta comparta contenidos emocionales significativos de su pasado. En esta revisión se observó que los autores que favorecen la autorrevelación del terapeuta la han clasificado dentro de un tipo de flujo de interacciones personales que tendría elementos propios de las relaciones de intimidad psicológica y han argumentado que, por lo tanto, ayudarían al vínculo terapéutico. Incluso, al parecer, terapeutas con experiencia ofrecen autorrevelaciones de vez en cuando aunque en situaciones específicas. Sin embargo, el argumentar que el vínculo terapéutico se puede fortalecer por un intercambio que se le denomine «intimidad» no es clarificador y puede llevar a confusiones conceptuales en la comprensión del vínculo terapéutico, ya que es dudoso que las autorrevelaciones representen una verdadera relación de intimidad debido a que las relaciones terapéuticas no poseen varias de las características con las que se ha definido intimidad como, por ejemplo, la reciprocidad (Weiss y Lowenthal, 1975), que es, por definición, desigual en la relación terapéutica. Es claro que el contenido de las autorrevelaciones de terapeuta y paciente poseen valencias desiguales en sustancia y sentimientos. El terapeuta no está en posición igualitaria con el paciente (necesaria para una verdadera relación de intimidad psicológica) pues ambos participan en forma diferente en la relación; el terapeuta usualmente regula o controla el tema, duración de la interacción, contacto físico, contacto de mirada, emocionalidad, tono de voz, etc. y, en general, los riesgos y las satisfacciones de este intercambio difieren. Además, el hecho de producir una autorrevelación no hace a un terapeuta ni más genuino ni más humano que otro que no lo hace. En este sentido, la ausencia de intervenciones de autorrevelación parece no afectar el vínculo terapéutico y parece difícil determinar un posible valor agregado al vínculo terapéutico con su presencia en un proceso terapéutico regular.

Quizás, lo importante es, y como lo afirma Tantillo (2004), no tanto el ofrecer o no un contenido íntimo por parte del terapeuta sino el significado de abrirse a una comunicación más auténtica, en este encuentro de dos personas, que podría acompañar a una autorrevelación. Claro está que la autorrevelación no es la única forma ni la más efectiva de lograr esto en psicoterapia.

Desde el punto de vista de la investigación, los efectos de la autorrevelación del terapeuta no están aún bien establecidos. Como Watkins (1990) lo indicara: «basándose en

los estudios revisados, cualquier conclusión sobre el uso moderado (o inmoderado) y del nivel de intimidad deseado de las autorevelaciones del terapeuta no pueden ser configuradas por ahora» (p. 490).

En este tema, que es tan propio de una sesión de psicoterapia, se observa una vez más la separación entre la teoría y las acciones investigativas de los académicos. Los investigadores tienden a desarrollar líneas de investigación utilizando modelos teóricos más reducidos, acotados o más fáciles de operacionalizar y no necesariamente investigan las propuestas de los terapeutas o de las corrientes teóricas más complejas, que son más difíciles de operacionalizar.

Se constata, además, que quedan muchas preguntas sin respuesta clara tanto por parte de la investigación como por parte de la teoría. Por ejemplo, ¿tiene efectos diferentes una autorrevelación realizada en los comienzos de una terapia a una autorrevelación realizada cuando el vínculo está firmemente establecido?, ¿cómo interviene el factor edad del terapeuta en este tipo de intervención?, ¿un terapeuta de 60 años que hace una autorrevelación puede tener un efecto diferente a una autorrevelación de un terapeuta de 30 años debido al factor experiencia y sabiduría psicológica que se podría asociar a la edad. Además, las autorrevelaciones no tienen el mismo calibre y, se puede deducir, por lo tanto, podrían tener un efecto diferencial; así, no es lo mismo revelar que algún pariente murió de Sida a revelar que uno ha sido drogadicto. Otro aspecto a considerar son las reacciones de los pacientes ante una autorrevelación del terapeuta y que una interacción así no se encuentra pautada. Por ejemplo, ¿se le permite al paciente solicitar aclaraciones o hacer preguntas respecto a la autorrevelación hecha? o ¿cuál es la forma de reparar si la autorrevelación ha provocado dudas o desconfianza en el paciente? Es fácil apreciar, entonces, que desde el punto de vista metodológico es muy difícil determinar en qué circunstancia y ante qué tipo de pacientes una autorrevelación podría ser más apropiada que otra. Esto dificultaría el evaluar y, por lo tanto, perfeccionar esta intervención si se demostrara efectiva.

Finalmente, si, por ahora, los terapeutas deben atenerse al juicio teórico, parece prudente concluir que el uso de la autorrevelación por parte del terapeuta, es decir relatos sobre sus experiencias pasadas, no parece aconsejable, y muy especialmente en los terapeutas con menor experiencia, ya que las consecuencias de esta intervención conllevan una probabilidad indeterminada de tener un efecto negativo en la relación. Sólo habría situaciones específicas donde una autorrevelación de ciertas características del terapeuta serviría al paciente para decidir a continuar con su tratamiento (por ejemplo, el estar casado para pacientes de terapia matrimonial, la orientación sexual para un paciente gay o lesbiana, las creencias religiosas para un paciente religioso).

Referencias

- Anderson, B., & Anderson, W. (1985). Client Perceptions of Counselors: Using Positive and Negative Self-Involving Statements. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (3), 462-465.
- Basescu, S. (1990). Show and Tell: Reflections on the Analyst's Self-Disclosure. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship* (pp. 47-59). New York: Plenum Press.
- Berg-Cross, L. (1984). Therapist Self-Disclosure to Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 2 (4), 57-64.
- Carter, R. L., & Motta, R. W. (1988). Effects of Intimacy of Therapist's Self-Disclosure and Formality on Perceptions of Credibility in an Initial Interview. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 167-173.
- Cormier W. & Cormier, L. (1991. 2da ed.). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Davidove, D.M. (1982). Intimacy in Gestalt therapy. En Fisher, M. & Stricker, G. (Eds.) *Intimacy*. New York: Plenum (159-173).
- Dowd, E. T., & Boroto, D. R. (1982). Differential Effects of Counselor Self-Disclosure, Self-Involving Statements, and Interpretation. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (1), 8-13.
- Egan, G. (1975). *The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. California: Brooks/Cole.
- Fox, S. G., Strum, C. A., & Walters, H. A. (1984). Perceptions of Therapist Disclosure of Previous Experience as a Client. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (2), 496-498.
- Frank, J. D. (1981). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garfield, R. (1987). On Self-Disclosure: The Vulnerable Therapist. *Contemporary Family Therapy*, 9 (1-2), 58-78.
- Halpern, T. P. (1977). Degree of Client Disclosure as a Function of Past Disclosure, Counselor Disclosure, and Counselor Facilitativeness. *Journal of Counseling Psychology*, 24 (1), 41-47.
- Hanson, J. (2003). Coming Out: Therapist Self-disclosure as a Therapeutic Technique, with Specific Application to Sexual Minority Populations. Disponible en internet <http://www.oise.utoronto.ca/depts/aecdep/CMPCConf/papers/Hanson.html>. Bajado el 20 de enero del 2005.
- Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist Self-Disclosure. *Psychotherapy*, 26 (3), 290-295.
- Hoffman-Graff, M. A. (1977). Interviewer Use of Positive and Negative Self-Disclosure and Interviewer-Subect Sex Pairing. *Journal of Counseling Psychology*, 24 (3), 184-190.
- Hoffman, M. A. & Spencer, G. P. (1977). Effect of Interviewer Self-Disclosure and Interviewer-Subect Sex Pairing on Perceived and Actual Subject Behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 24 (5), 583-390.
- Josephs, L. (1990). Self-Disclosure in Psychotherapy and the Psychology of the Self. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship* (pp. 17-27). New York: Plenum Press.
- Jourard, S. M. (1964). *The Transparent Self. Self-Disclosure and Well-Being*. Princeton: Van Nostrand.
- Jourard, S. M. (1971). *Self-Disclosure: An Experimental Analysis of the Transparent Self*. New York: Wiley.
- Lane R. C., Hull J. W. (1990). Self-disclosure and classical psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher M. (Eds.) (1990), pp. 31-44. *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Lundeen, E. J. & Schuldt, W. J. (1989). Effects of Therapist's Self-Disclosure and a Physical Barrier on Subjects' Perceptions of the Therapist: An Analogue Study. *Psychological Reports*, 64, 715-720.
- McCarthy, P. R. (1982). Differential Effects of Counselor Self-Referent Responses and Counselor Status. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (2), 125-131.
- McCarthy, P. R., & Betz, N. E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.

- Menaker, E. (1990). Transference, countertransference, and therapeutic efficacy in relation to self-disclosure by the analyst. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 103-116). New York: Plenum.
- Nilsson, D. E., Strassberg & Bannon (1979). Perceptions of Counselor Self-Disclosure: An Analogue Study. *Journal of Counseling Psychology*, 26 (5), 399-404.
- Peca-Baker, T. A. & Friedlander, M. L. (1989). Why Are Self-Disclosing Counselors Attractive? *Journal of Counseling and Development*, 67, 279-282.
- Perrin, D. K., & Dowd, E. T. (1986). Effect of Paradoxical and Nonparadoxical Self-Disclosure on Counselor Social Influence. *Journal of Counseling Psychology*, 33 (2), 207-210.
- Remer, P., Roffey, B. H., & Buckholtz, A. (1982). Differential Effects of Positive Versus Negative Self-Involving Counselor Responses. *Journal of Counseling Psychology*, 30 (1), 121-125.
- Simon, J. C. (1988). Criteria for therapist self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 404-415.
- Strong, S. R. & Claiborn, C. D. (1985). *El cambio a través de la interacción: procesos psicosociales en consejo y terapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Tantillo, M. (2004). The Therapist's Use of Self-Disclosure in a Relational Therapy Approach for Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12, 51-73.
- Weiss, L. & Lowenthal, M. J. (1975). Life Course Perspectives on Friendships. En: Thumber, M., Lowenthal, M. & Chiriboga, D. (Eds) *Four Stages of Life*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Watkins, CE Jr. (1990). The effects of counselor self-disclosure: a research review. *The Counseling Psychologist*, 18, 477-500.
- Watkins, C. E. & Schneider, L. J. (1989). Self-Involving Versus Self-Disclosing Counselor Statements During and Initial Interview. *Journal of Counseling and Development*, 67, 345-349.
- Yalom, I. (2000, 3ra edición). *Verdugo del Amor: Historias de Psicoterapia*. Buenos Aires: Emecé.

Disposiciones Fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide

Strengthening Dispositions: Personality Hardiness and Self-efficacy in Patients Diagnosed with Rheumatoid Arthritis

Stefano Vinaccia*, Francoise Contreras** Carmencita Palacio* Andrés Marín*

Sergio Tobon*** Emilio Moreno-San Pedro****

Universidad de San Buenaventura*, Medellín, Colombia

Universidad de Santo Tomás**, Bogotá, Colombia

Universidad de Antioquia***, Medellín, Colombia

Universidad de Tamaulipas****, México

rec: 21-abril-2005

acep: 02-mayo-2005

Resumen

El propósito de esta investigación fue describir, relacionar y evaluar la capacidad predictiva de las variables de personalidad resistente y autoeficacia sobre percepción de dolor, depresión y limitaciones funcionales en una muestra disponible de 66 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. De acuerdo con los resultados, los pacientes evidencian una personalidad resistente consolidada en cuanto las tres subescalas del constructo (compromiso, control y reto) son elevadas y correlacionan entre sí. Así mismo, se observan altos niveles de autoeficacia, poca incapacidad funcional, escasos síntomas depresivos y baja interferencia e intensidad de dolor. La capacidad funcional correlacionó positiva y significativamente con intensidad de dolor, y la interferencia del dolor pudo predecirse a partir de la autoeficacia, lo que hace que esta última constituya una variable fundamental de intervención sobre la percepción del dolor, y demás variables estrechamente relacionadas con él (depresión, discapacidad funcional, estrategias de afrontamiento). Se pone de manifiesto la necesidad de continuar evaluando la capacidad predictiva de las variables involucradas en experiencia de las enfermedades crónicas.

Palabras clave: Personalidad resistente, autoeficacia, dolor, depresión, limitación funcional, enfermedad crónica, artritis reumatoide.

Abstract

The purpose of this research was to describe, connect and evaluate the predicting capacity of the personality hardiness and self-efficacy variables involved in pain perception, depression and functional limitations in an available sample of 66 patients diagnosed with rheumatoid arthritis. According to these results, patients demonstrated personality hardiness inasmuch as the three subscales of interpretation (commitment, control and challenge) were elevated and correlated within each other.

High levels of self-efficacy, low functional incapacity, rare depressive symptoms and low interference and intensity of pain were also observed. Functional capacity correlated positively and significantly with the intensity of pain, and the interference of pain was predicted by self-efficacy, which indicates that the latter constitutes a key intervention variable in the perception of pain and other variables closely related to it (depression, functional incapacity, coping strategies). The need to continue evaluating the predicting capacity of the variables involved in the experience of chronic illness is established.

Key words: Hardiness personality, self-efficacy, pain, depression, functional limitation, chronic illness, rheumatoid arthritis

Introducción

Las enfermedades crónicas constituyen trastornos de larga duración y pocas expectativas de tratamiento (Valdivia, Bastías & Márquez, 2002), suelen representar crisis en la vida de las personas y producir un impacto psicoemocional profundo que afecta al paciente y alteran

notablemente las relaciones familiares (Valdivia, Bastías & Márquez, 2002; Wolfe & Cathey, 1999; Rudy, Kearns & Turk, 1988). En los últimos años se ha desarrollado un fuerte interés por estudiar diferentes aspectos psicosociales de la vida de estos pacientes (Teva, Bermúdez, Hernández & Buela-Casal, 2004; Martín, Sánchez & Sierra, 2003).

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria multisistémica crónica, que afecta las articulaciones, provocando dolor persistente, inflamación, distintos grados de

* Dirección: Apto Aereo 81240 Envigado Antioquia Colombia. Email: vinalpi47@hotmail.com

deformaciones, alteraciones funcionales, atrofia muscular, en ocasiones con compromisos extra-articulares (Revenson & Felton, 1998). La artritis reumatoide aqueja aproximadamente al 1% de la población humana, con una incidencia mujer-varón de 3:1, y produce síntomas diversos, como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión (Ballina & Rodríguez, 2000).

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular, con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva de la movilidad, además de manifestaciones extra-articulares con afección de los órganos internos (Anaya, 1999). Esta incapacidad creada por la artritis se incrementa por lo general en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente; es posible que después de treinta años de persistencia se acelere otra vez con todos sus síntomas (Leight, Fries & Parkh, 1992).

Al no conocerse la causa de la enfermedad, el tratamiento médico de la artritis reumatoide sigue siendo el de paliar o minimizar el deterioro por medio de diferentes fármacos que el paciente toma (metotraxate, antimaláricos, leflomida y/o agentes biológicos anti-TNF, etc.), los cuales, a dosis altas y durante tiempo prolongado, pueden provocar diversos efectos secundarios (Ballina & Rodríguez, 2000).

Una condición como esta, puede potencialmente modificar la percepción que se tiene de sí mismo, dificultar el desenvolvimiento autónomo del paciente, generar pérdida de independencia, producir alteraciones en la autoimagen con sentimientos de impotencia y desesperanza (Rudy, Kearns & Turk, 1988; Walsh, Blanchard, Kremer & Blanchard, 1999), acompañados de afectividad negativa (depresión y ansiedad), dolor e incapacidad funcional (Wolfe & Hawley, 1998; Gemp, Avendaño & Muñoz, 2004), que afecta la calidad de vida de las personas, no solo por la presencia de esta variada sintomatología física sino por la vulnerabilidad emocional que incrementa la sensación de malestar y agrava el curso de la enfermedad (Silman & Horschberg, 1998).

Varios estudios han evidenciado la existencia de factores psicológicos que inciden y en cierta forma modulan la experiencia de vivir con una enfermedad crónica como la artritis, pues pese a sus síntomas e incapacidad funcional asociada, la forma en que la persona asume su nueva condición tiene importantes implicaciones sobre la adaptación del paciente a la enfermedad, su evolución y tratamiento. Identificar estos factores y comprender la forma en que interactúan permitirá una mejor aproximación a la enfermedad crónica, con importantes implicaciones para su abordaje (Vinaccia, Cadena, Contreras, Juárez & Anaya, 2004; Tobon, Vinaccia, Cadena & Anaya, 2004; Cadena, et al., 2003).

Dentro de dichos factores psicológicos están las características de personalidad, que de acuerdo con varios estu-

dios, favorecen la vulnerabilidad o la resistencia a las enfermedades (Gispén & Jansen, 2002; Resnick, Kilpatrick, Best & Kramer, 2001) y puede ejercer influencia positiva o negativa en el padecimiento de los trastornos de salud (Peñacoba, Rigueiro, Sanz & Moreno, 2001). Dentro de esta área, la llamada personalidad resistente o *Hardiness*, constituye un constructo psicológico cuyas características suponen factores protectores, que le permiten al individuo el mantenimiento de la salud, a pesar de condiciones adversas o de alto riesgo, y facilitan un mejor afrontamiento y adaptación a la enfermedad (Peñacoba & Moreno, 1998).

El concepto de personalidad resistente fue definido como una constelación de características que funcionan como una fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982), que se va consolidando a través de las experiencias (Peñacoba & Moreno, 1998).

Los componentes esenciales del constructo de personalidad resistente son compromiso, control y reto. Kobasa, Maddi y Kahn (1982) definieron el compromiso, como el interés hacia el valor de lo que uno es y está haciendo, la tendencia a implicarse en diferentes situaciones y actividades (estudio, trabajo y demás interacciones), tiene que ver con la autoestima e implica la posibilidad de ayudar a otros a nivel grupal y comunitario. De acuerdo con estos autores, la posibilidad de interrelacionarse y ayudar a los otros es vista como una fuente de éxito en el afrontamiento del estrés, que a su vez contribuye a mantener la salud. El control fue definido por estos autores como la tendencia a creer que uno mismo ejerce influencia sobre los eventos y resultados de sus propias acciones. Los individuos que puntúan alto en control minimizan las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros y buscan explicaciones sobre el porqué de los hechos (Boyle, Grap & Younger, 1991). Esta percepción implica la capacidad de predecir los eventos, incorporarlos, transformarlos en metas y de alguna manera dirigirlos hacia su bienestar. Peñacoba y Moreno (1998) sostienen que el componente de control es una variable fundamental para la conservación de la salud aun en circunstancias de fracaso.

El reto por su parte, se basa en la creencia de que el cambio es la norma de la vida. Los sujetos con esta característica, perciben los cambios como oportunidad para desarrollarse, buscan nuevas experiencias y se aproximan a ellas con flexibilidad cognitiva (Peiró, 1993). Este componente se relaciona con la capacidad de aceptación al cambio, aquello que hace parte de una fuente estresante, puede ser interpretada como una oportunidad, canalizando los esfuerzos cognitivos y comportamentales para afrontar la situación.

Mansilla (1993) sostiene que este componente favorece la salud ya sea a través de la capacidad para percibir positivamente el cambio, o por la ausencia de esfuerzos cognitivos para percibir la situación como amenazante, lo

que da como resultado la efectividad en el afrontamiento y la creatividad para la búsqueda de recursos para la resolución de conflictos.

Dadas estas características Kobasa, Maddi y Kahn (1982) plantean que la personalidad resistente puede disminuir la reacción del individuo ante determinados estímulos estresantes, en cuanto los interpreta menos amenazantes al percibirlos como positivos y/o controlables, lo que incidirá en las estrategias o estilos de afrontamiento utilizados.

La autoeficacia es otra variable psicológica ampliamente estudiada en pacientes con artritis. El concepto, introducido por Bandura (1977), se define como las creencias acerca de la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras, tiene que ver con el hecho de que las personas crean y desarrollen autopercepciones acerca de su capacidad, y con base en ellas, creen metas, y controlen lo que son capaces de hacer. De acuerdo con Bandura (1986), estos individuos poseen un sistema interno que les capacita para ejercer control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas, y proporciona a la persona un mecanismo de referencia, sobre el cual se percibe, regula y evalúa su conducta. Para Bandura (1988) la autoeficacia influye en la conducta humana de varias maneras: (1) a través de las elecciones que hacen las personas y las conductas que realizan, (2) motiva a la persona a realizar tareas en las cuales se siente competente y confiada, (3) determina cuánto esfuerzo desplegará la persona para realizar la tarea y (4) predice cuánto tiempo perseverará en su realización, y cómo se recuperará al enfrentarse a situaciones adversas.

En el caso de las enfermedades crónicas como la artritis, la autoeficacia percibida, o valoración que el paciente hace sobre la eficacia de las estrategias empleadas, parece ejercer un importante papel tanto en la modulación de la intensidad percibida del dolor como en su posterior tratamiento (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000). Así mismo, en estos pacientes la autoeficacia puede tornarse negativa y consecuentemente relacionarse con sintomatología depresiva que a su vez guarda relación con la incapacidad funcional, la deformidad y las alteraciones propias de la enfermedad (Parker, et al., 1992).

Otra variable ampliamente estudiada y que al parecer interactúa con otros factores psicológicos implicados en la experiencia de la artritis y en su afrontamiento, es la percepción de dolor. Las investigaciones realizadas por Pincus, Callahan, Bradley, Vaughn y Wolfe (1999) plantean que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes, que aparece en prácticamente la totalidad de pacientes con artritis reumatoide, junto con la fatiga, rigidez articular y trastornos psicológicos. No obstante, el dolor se asume como un complejo fenómeno senso-perceptual de naturaleza multidimensional, modulado por factores fisiológicos, motivacionales y cognitivos, sujeto a influencias sociales

e individuales (Asmundson, Norton & Norton 1999; Craig, 1994; Taylor, Lorentzen & Blank, 1990). La interpretación y el significado de la sensación de dolor se desarrolla con la experiencia a través de asociaciones positivas, negativas y contextuales a tal punto que la exposición al dolor en las etapas iniciales de la vida transforma la naturaleza de su expresión posterior (Gaskin, Green, Robinson & Geisser, 1992), de igual forma, el significado específico del dolor y las experiencias anteriores pueden condicionar la experiencia presente y dicho significado influirá sobre su experiencia futura (Dean & Wadden, 1989).

Por todo ello, algunas personas con artritis, sufren de dolor persistente y presentan discapacidades que no siempre coinciden con lo que podría esperarse en función de la enfermedad, lo que pone de relieve la importancia de los factores psicosociales que afectan o modulan la percepción de dolor, constituyendo una perspectiva de intervención psicológica muy importante dada su posibilidad de modificación. La percepción del dolor crónico, es un fenómeno influenciado por factores cognitivos-emocionales, en ocasiones asociado con la presencia de distorsiones cognitivas similares a las de los pacientes deprimidos (Arntz & De Jong, 1993; Ackerman & Stevens, 1989), en los que los pensamientos catastróficos producen conductas de escape y una hipervigilancia al dolor (Katz & Yelin, 1993); el paciente suele anticipar la ocurrencia del episodio doloroso, con componentes obsesivos que facilitan su mantenimiento e incremento (Spears, 1997). Lo anterior, sumado a las creencias en torno a la existencia de enfermedad, su duración y persistencia, parecen influir tanto sobre la intensidad percibida del dolor como sobre los niveles de discapacidad, consumo de medicamentos, cumplimiento del tratamiento, y la utilización de servicios de salud (Barra, 2003; Pincus, Esther, DeWalt & Callahan, 1998; Beutler, Engle, Oro-Beutler, Daldrup & Meredith, 1986).

La experiencia del dolor en los pacientes con artritis y las estrategias de afrontamiento implementadas se influyen mutuamente. Si estas últimas no son adaptativas, harán que el paciente se abstenga de realizar actividades físicas por temor a sentir el dolor, lo que puede además de incrementarlo, discapacitarle aun más. Así, el catastrofismo (pensamientos negativos respecto al futuro), rezar/esperar y la indefensión (creencia de inhabilidad para utilizar cualquier estrategia) se han asociado con niveles más altos de dolor, depresión y distrés (Strahl, Kleinknecht, & Dinnel, 2000), por lo que es conveniente que la intervención en estos pacientes esté orientada hacia la interrupción de las cogniciones de indefensión y catastrofismo (Katz & Yelin, 1993).

Es tal la importancia de los estilos de afrontamiento en la experiencia de dolor, que la percepción de desamparo o el afrontamiento no adaptativo, determinan en gran parte el pronóstico de la enfermedad, pues los pacientes con peores recursos psicológicos presentan mayor grado de dolor,

fatiga e incapacidad (Pincus, Esther, DeWalt & Callahan, 1998).

Una variable que se asocia con el dolor, son los síntomas depresivos, altamente frecuentes en los pacientes con artritis reumatoide (Katz & Yelin, 1993). La asociación entre depresión y dolor constituye otro fenómeno complejo de difícil comprensión, en el cual no es claro cuál precede a cuál; lo que es evidente es que la presencia de estados depresivos se asocia con el incremento en la percepción de dolor en los pacientes con artritis reumatoide (Schwartz, Slater, Birchler & Atkinson, 1991; Frank, et al., 1988), y mayor percepción del dolor en estos pacientes se asocian con estados depresivos (Parker, et al., 1992). Parker, et al. (1992) plantean que la depresión es secundaria al dolor, y que constituye un fenómeno con innegables repercusiones afectivas y emocionales, que se traducen en la frecuente aparición de trastornos ansiosos o depresivos secundarios en pacientes con cuadros dolorosos.

Dean y Wadden (1989), por su parte, encontraron que los enfermos con dolor más intenso eran más propensos a desarrollar depresión; otros autores estiman que más que la intensidad del dolor, es su frecuencia la que determina un mayor riesgo de depresión (Craig, 1994; Callahan, Kaplan & Pincus, 1991), Huyser y Parker (1999) consideran que el dolor favorece la aparición de emociones negativas, otros autores sostienen que la relación se da a la inversa, es decir, las emociones negativas son las que ejercen influencia sobre la percepción del dolor (Vinaccia, Ramírez & Toro, 2001; Murphy, Creed & Jayson, 1988). En cualquier caso, lo que se ha evidenciado es que el dolor y la depresión están asociados.

El deterioro en la capacidad funcional es otro de los síntomas más significativos en la artritis reumatoide (Pincus, Callahan, Sale, Brooks, Payne & Vaughn, 1984), y se ha relacionado con un aumento en el riesgo de mortalidad en estos pacientes (Reilly, Cosh, Maddison, Rasker & Silman, 1990). La artritis reumatoide produce un significativo descenso en las actividades y habilidades funcionales de los pacientes (Wolfe & Cathey, 1999) e interfiere en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales y de ocio (Wolfe & Hawley, 1998), lo cual a su vez relaciona la percepción de dolor y la depresión que presentan estos pacientes, constituyendo una relación intrincada y compleja en la que no es claro cuál de las variables es la que ejerce influencia sobre la otra. Es lógico pensar que las limitaciones funcionales provoquen en los sujetos estados emocionales negativos, pero también estas emociones negativas parecen influir en la capacidad funcional (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000; Wells, Stewart & Hays, 2000; Burns, Johnson, Mahoney, Devine & Pawl, 1996; Katz & Yelin, 1995; Kerns, Rosenberg & Jacob, 1994; McCracken, Zayfert & Gross, 1992). Nuevamente, no es claro en qué sentido se da la

influencia entre las variables; es probable que la discapacidad funcional genere depresión en los pacientes con artritis reumatoide (Strahl, Kleinknecht & Dintel, 2002) o que la depresión contribuya a la discapacidad funcional (Reilly, Cosh, Maddison, Rasker & Silman, 1990). En cualquier caso, el dolor correlaciona positivamente con la incapacidad funcional que sufren los pacientes con dolor crónico (McCracken, Zayfert & Gross, 1992) y tiene un importante valor predictivo sobre la incapacidad de estos pacientes (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000).

Se ha demostrado que la incapacidad funcional es el mayor predictor de depresión en los pacientes con artritis reumatoide (Newman, Okifuji, Turk & Curran, 2001; Newman, Fitzpatrick, Lamb & Shipley, 1989), y que los pacientes deprimidos tienen peor funcionalidad que aquellos que no lo están (Wells, Stewart & Hays, 2000), en otros trabajos el dolor se presenta conjuntamente con la depresión y la incapacidad funcional, los pacientes depresivos reportan dolor en más articulaciones, más severo y frecuente, mayor incapacidad funcional y limitación física, más días en la cama, mayor preocupación en torno a su enfermedad, y actividades más limitadas que los pacientes no deprimidos. De igual forma, la depresión se asocia con características clínicas, funcionales menos favorables y uso más frecuente de servicios sanitarios (Pincus, Esther, DeWalt & Callahan, 1998; Katz & Yelin, 1993).

Estos hallazgos junto con los de otros estudios apoyan la correlación entre depresión, dolor e incapacidad funcional (Chandara, Eals, Steingart, Bellamy & Allen, 1987), sin embargo, en esta relación surgen algunos problemas metodológicos que pueden sobreestimar la prevalencia de la depresión en pacientes con artritis reumatoide o elevar falsamente su puntuación. Por ejemplo, existen muchos síntomas propios de la depresión, como la fatiga o los problemas de sueño, que son a la vez manifestaciones típicas de la artritis reumatoide, y por tanto se solapan. Este problema parece estar presente tanto si se utilizan entrevistas clínicas estandarizadas para evaluar la depresión, como si se usan cuestionarios estandarizados, dado que son sensibles a los aspectos somáticos de la enfermedad, por ello, estos pacientes pueden ser inapropiadamente clasificados como deprimidos (Callahan, Kaplan & Pincus, 1991), por lo que habría que interpretar con cautela los resultados documentados en la literatura.

Por otra parte, la prevalencia de la depresión dentro de la población con artritis reumatoide parece variar en función del instrumento utilizado y en función del tamaño de la muestra. Creed (1990) sostiene que los resultados obtenidos cuando se evalúa la depresión a partir de cuestionarios estandarizados son sensiblemente más altos que aquellos que se obtienen con entrevista clínicas. Frank, et al. (1988), evaluó la depresión sirviéndose de criterios diag-

nósticos, y sus resultados muestran índices de prevalencia más bajos.

A pesar de estas discrepancias, prácticamente todos los autores están de acuerdo con el hecho de que la prevalencia de la depresión en pacientes con artritis reumatoide es considerablemente más alta que la de la población normal, siendo muy similar a la de otros pacientes con enfermedades crónicas (Walsh, Blanchard, Kremer & Blanchard, 1999; Hawley & Wolfe, 1993; Young, 1992; Creed, 1990; Frank, et al., 1988; Cassileth, Lusk & Strouse, 1984).

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, en el que las variables fueron también sometidas a análisis multivariados, tomándose como variables predictoras la personalidad resistente y la autoeficacia y como variables criterio las limitaciones funcionales, depresión y percepción de dolor.

Participantes:

La muestra no aleatoria de sujetos disponibles estuvo conformada por 66 pacientes (36% hombres, 64% mujeres), con edades comprendidas entre los 45 y 80 años, con diagnóstico diferencial de Artritis Reumatoide basado en el criterio del Colegio Americano de Reumatología (Arnett, 1987), que asistían a tratamiento médico en una clínica privada de la ciudad de Medellín (Colombia).

Instrumentos:

Para evaluar personalidad resistente se utilizó el Inventario de puntos de vista personales (PVS) adaptado por Kobasa y Moreno (1985), se trabajó con la versión en español de Peñacoba, Rigueiro, Sanz & Moreno (2001), la cual contiene 50 ítems, y provee 3 sub-escalas (compromiso, control y reto). La autoeficacia fue evaluada mediante la Escala de autoeficacia percibida en personas con artritis, desarrollada por Lorig, Chastain y Ung (1989), se trabajó con la versión en español de González, Ritter y Loring (1995), del departamento de medicina de la universidad Stanford (California). Esta escala tiene dos componentes: el primero hace referencia a la posibilidad de percibir eficacia en la reducción del dolor y de esta manera poder llevar a cabo actividades cotidianas, y el segundo tiene que ver con la autoeficacia percibida en el control de la depresión debida a la incapacidad funcional en la artritis.

Para medir la capacidad funcional o la discapacidad del paciente, se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Salud de Stanford (SHAQ), el cual ha sido validado en Colombia (Rodríguez, Plata & Gutiérrez, 1998). Este instrumento evalúa la habilidad, dificultad o imposibilidad del paciente para realizar 20 actividades, agrupadas en 8 categorías, y mide la intensidad del dolor mediante una escala visual análoga. La percepción de dolor fue evaluada mediante el Inventario breve de dolor (BIP-Sp) versión en Español de Badia et al. (2003), el cual estima la intensidad máxima, mínima y media del dolor, el tipo de tratamiento o medicamento que recibe para aliviarlo, la mejoría experimentada con el tratamiento, y las áreas en las que el dolor ha interferido (actividad general, estado del ánimo, capacidad de caminar, trabajo, relaciones con otras personas, sueño y actividades recreativas).

Finalmente se aplicó la escala de depresión (CES-D), elaborada por Radloff en 1977 y adaptada al español por Casullo (1998). La escala evalúa los estados afectivos disfóricos como pérdida de interés en actividades laborales, educativas o recreativas cotidianas; igualmente, mide otros síntomas como cambios en el apetito, alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de culpa o autorreproche, dificultades para la concentración, lentificación psicomotriz e ideas o intentos de suicidio. Esta escala tipo likert está compuesta por 20 ítems, cuyas afirmaciones refieren a sintomatología depresiva y puntuaciones de cero (0) a tres (3) según la frecuencia en días.

Procedimiento

Una vez seleccionados los pacientes que cumplían los requisitos para participar en el estudio (edad, diagnóstico y asistencia a la unidad), y haber contado con su consentimiento informado para la participación voluntaria en esta investigación, se procedió a la aplicación de las pruebas, lo que tomó un tiempo aproximado de una hora por cada paciente.

Resultados

En la tabla 1 se ofrecen las características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Como se puede observar, algo más de la mitad de los participantes son mujeres (63,3%), predomina el estrato socioeconómico medio (66%) y alto (15%), más de la mitad con estudios universitarios (63,6%), con edades entre los 45 y 80 años, observándose un agrupamiento relevante en el rango de 45 a 60 años (75%). El 48,5% son casados y se observa que la gran mayoría de los participantes tiene una ocupación, ya sea trabajando (32%) o estudiando (57,6); solo el 7,5% afirma no trabajar.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

Variables		Frecuencia (porcentaje)	Variables		Frecuencia (porcentaje)
Género	Masculino	24 (36,4)	Estrato	2	5 (7,5)
	Femenino	42 (63,6)	socioeco- nómico	3	27 (40,9)
				4	17 (25,7)
Edad	45-60	50 (75,7)		5	10 (15)
	61-80	16 (24,3)		6	2 (3,3)
				No responden	5 (7,6)
Estado civil	Soltero	15 (22,7)	Nivel de estudios	Ninguno	1 (1,5)
	Casado	32 (48,5)		Primaria	4 (6)
	Unión libre	3 (4,5)		Secundaria	18 (27,2)
	Separado	8 (12)		Universitarios	42 (63,6)
	Viudo	8 (12)		No responde	1 (1,5)
Ocupación actual	Trabaja	21 (32)			
	No trabaja	5 (7,5)			
	Estudiantes	38 (57,6)			
	Ama de casa	2 (3)			

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos utilizados, permiten a nivel descriptivo, caracterizar la muestra de pacientes con respecto a cada una de las variables estudiadas; en la tabla 2 puede observarse la media y desviación típica en cada uno de los instrumentos utilizados.

Tabla 2
Media y desviación típica obtenida en cada uno de los instrumentos utilizados

Escala		Media	D.Típica	Escala		Media	D.Típica
PVS	Compromiso	18,33	6,53	Autoeficacia (CES-D) (BIP-Sp)	Autoeficacia	50,41	13,38
	Control	28,78	7,00		Depresión	20,83	8,49
	Reto	31,42	5,63		Intensidad de dolor	19,87	6,84
Stanford SAC	Capacidad funcional	9,45	7,71		Interferencia del dolor	30,43	12,23

De acuerdo con los resultados, la muestra presenta medias elevadas en personalidad resistente, con altos puntajes en cada una de las subescalas (compromiso, control y reto), de igual forma se trata de personas que muestran una autoeficacia elevada (50,41), junto con bajos niveles de incapacidad funcional de acuerdo con el cuestionario de evaluación de salud de Stanford SHAQ (9,45), lo que indica que son personas que pueden llevar a cabo eficazmente actividades de la vida diaria. Acorde con lo anterior, los puntajes bajos del CES-D (20,83) señalan que son pacientes que no presentan síntomas depresivos, ni esta-

dos afectivos disfóricos (como pérdida de interés en actividades laborales, educativas o recreativas cotidianas).

De manera similar, los participantes puntúan niveles bajos el BIP-Sp, esto es, en intensidad e interferencia del dolor (media de 19,87 y 30,43 respectivamente) lo que pone de manifiesto que los participantes no perciben el dolor como incapacitante y se desempeñan adecuadamente en todas las áreas de desempeño. Posteriormente, los resultados fueron sometidos a un análisis correlacional mediante la matriz de Pearson, las correlaciones halladas se presentan en la tabla 3.

Tabla 3
Análisis correlacional de las variables estudiadas

	Capacidad funcional	Autoeficacia	Depresión	Compromiso	Control	Reto	Intensidad del dolor	Interferencia del dolor
Capacidad funcional	1	-0,048	-0,004	-0,207	-0,154	-0,141	0,541	0,425
Autoeficacia	-0,048	1,000	0,122	-0,434	-0,447	-0,261	-0,252	-0,258
Depresión	-0,004	0,122	1,000	-0,180	-0,236	-0,127	-0,097	0,036
Compromiso	-0,207	-0,434	-0,180	1,000	0,810	0,646	0,016	-0,021
Control	-0,154	-0,447	-0,236	0,810	1,000	0,531	0,183	-0,038
Reto	-0,141	-0,261	-0,127	0,646	0,531	1,000	0,033	-0,081
Intensidad del dolor	0,541	-0,252	-0,097	0,016	0,183	0,033	1,000	0,532
Interferencia del dolor	0,425	-0,258	0,036	-0,021	-0,038	-0,081	0,532	1,000

En orden de significancia estadística, se encontró correlación positiva entre las subescalas de control y compromiso evaluadas en la personalidad resistente (0,810), lo que permite inferir que el incrementar el control podría también favorecer el compromiso y viceversa. Del mismo modo, aunque en menor medida, el reto también correlacionó con el compromiso (0,646) y con el control (0,531). De esta manera, las tres subescalas que evalúan la personalidad resistente correlacionaron entre sí de forma positiva, lo cual consolida el constructo de personalidad resistente que se evidencia en este estudio, y podría contribuir al afrontamiento de la enfermedad, que al menos a nivel descriptivo manifiestan estos pacientes con artritis reumatoidea.

Al someter las demás variables al análisis se encontró que la intensidad del dolor y la capacidad funcional (0,541) correlacionan de manera positiva, el aumento en la percepción de la intensidad del dolor, afecta la capacidad funcional del paciente, lo que altera la realización de actividades cotidianas. Finalmente, se halló correlación positiva entre la intensidad del dolor y la interferencia del mismo (0,532), lo que implica que a menor intensidad del dolor percibido, menor interferencia de este en las actividades diarias, relaciones interpersonales, estado de ánimo, capacidad de trabajo y actividades recreativas.

Con el fin de conocer el nivel predictivo de las variables como personalidad resistente y autoeficacia en las variables criterio como la capacidad funcional, el dolor y la depresión, se llevó a cabo una regresión lineal; de acuerdo con los resultados obtenidos, no se encontraron coeficientes de correlación significativos entre las variables predictoras y las criterio, excepto la encontrada entre interferencia de dolor y autoeficacia (0,001), lo que indica que

la autoeficacia podría ser predictora de la interferencia que el dolor. En la tabla 4 se presentan estos resultados.

Tabla 4
Resultados de la regresión lineal

	Reto	Compromiso	Control	Autoeficacia
Depresión	0.402	0.376	0.515	0.712
Intensidad del dolor	0.402	0.669	0.253	0.105
Interferencia del dolor	0.594	0.517	0.612	0.001
Capacidad funcional	0.968	0.873	0.967	0.248

Discusión

De acuerdo con los resultados de este estudio, se evidencia en estos participantes una personalidad resistente en buena medida consolidada, en cuanto todos los componentes del constructo (compromiso, control y reto) se presentan en niveles altos y aparecen correlaciones significativas entre ellos. Al parecer, estas características de personalidad constituyen un importante factor protector para estas personas (Peñacoba, Rigueiro, Sanz & Moreno, 2001; Peñacoba & Moreno, 1998), quienes a pesar de los síntomas propios de la artritis reumatoide como la rigidez matinal, la fatiga y la inflamación de las articulaciones, no presentan alteraciones en la capacidad funcional que les impidan poder desempeñarse eficazmente en sus actividades diarias (el 92,5% mantiene actualmente alguna ocupación).

Aunque las tres dimensiones de este constructo mostraron puntuaciones altas, el componente de reto fue el más alto, lo cual tiene que ver con la flexibilidad cognitiva (Peiró, 1993), y los esfuerzos comportamentales para afrontar el cambio.

En términos generales, el estudio evidencia que la personalidad resistente favorece la salud probablemente por que los estímulos se perciben como menos amenazantes o controlables, lo que tiene importantes implicaciones sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas (Mansilla, 1993; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). Se sugiere en próximos estudios, evidenciar las estrategias de afrontamiento implementadas en este tipo de poblaciones, y su relación con la experiencia de la enfermedad reumática.

Acorde con los resultados anteriormente descritos, estos pacientes no reportaron altos niveles de síntomas depresivos, ni manifestaron estados afectivos disfóricos, comúnmente presentes en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (Cadena, Cadavid, Ocampo, Vélez & Anaya, 2002; Young, 1992). De igual forma, los pacientes obtuvieron puntajes bajos en el inventario de dolor, tanto en intensidad como en interferencia en las actividades, estado del ánimo, capacidad de caminar, trabajo, relaciones con otras personas, sueño y actividades recreativas. Estos resultados ponen de manifiesto que los participantes no perciben el dolor como incapacitante, lo que les permite también desempeñarse adecuadamente.

Lo anterior puede verse favorecido por lo menos a nivel descriptivo, con el alto nivel de autoeficacia encontrado en estos pacientes, lo que constituye un recurso importante en la percepción del control de dolor y consecuentemente en la realización de actividades cotidianas, facilitando el afrontamiento a la enfermedad. Estos pacientes con alta autoeficacia creen en su capacidad para manejar la situación, ejerciendo control sobre sus pensamientos, motivaciones y conductas (Bandura 1986), lo cual puede ejercer un papel modulador en la percepción de dolor (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000) que, como se dijo anteriormente, en este estudio fue bajo.

Bajos niveles de autoeficacia se relacionan con sintomatología depresiva y con mayor incapacidad funcional. En este estudio, estos resultados se confirman pero a la inversa, esto es, alto nivel de autoeficacia, escasa sintomatología depresiva, menor percepción de dolor y menos limitaciones funcionales. Resultados similares obtenidos en otros estudios, confirman que altos niveles de autoeficacia disminuyen el dolor experimentado y la incapacidad funcional (Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena & Anaya, 2005; Abraido-Lanza, Vásquez & Echevarría, 2004). En términos generales, alta autoeficacia se asocia con personalidad resistente (Kazis, Meenan & Anderson, 2001), contribuyendo efectivamente al afrontamiento de esta enfermedad crónica.

El nivel de depresión y la incapacidad funcional de estos pacientes fue bajo, lo cual ratifica la relación entre estas variables, lo que ha sido ampliamente documentado. No obstante, aunque varios autores sostienen que la prevalencia de la depresión en pacientes con artritis reumatoide es considerablemente alta (Walsh, Blanchard, Kremer & Blanchard, 1999; Hawley & Wolfe, 1993; Young, 1992; Creed, 1990; Frank, et al., 1988; Cassileth, Lusk & Strouse 1984), en este estudio no se pudo confirmar. Aunque no se encontró correlación entre depresión y capacidad funcional (Pincus, Esther, DeWalt, Callahan, 1998), desde el análisis descriptivo se observan niveles bajos de depresión y alta capacidad funcional.

La intensidad del dolor y la capacidad funcional sí correlacionaron de manera positiva, lo que altera en algunos pacientes la realización de actividades cotidianas, lo cual se verifica con la correlación significativa entre intensidad e interferencia del dolor. En la regresión lineal no se encontraron coeficientes de correlación significativos entre las variables predictoras y las criterio, excepto entre interferencia de dolor y autoeficacia (0,001), lo que indica que la autoeficacia podría predecir la interferencia del dolor. En este sentido, la autoeficacia estaría ejerciendo influencia sobre la conducta de dolor (Bandura, 1988), mediante las conductas que las personas creen que son capaces de realizar y a través de la motivación para comprometerse en ellas. Este factor daría gran relevancia a la variable autoeficacia, como mediadora de la interferencia de dolor y por ende de la discapacidad manifestada por estos pacientes. De esta manera, la autoeficacia variable potencialmente modificable, adquiere importantes implicaciones en la percepción de interferencia de dolor y por ende en todas las demás variables conceptualmente asociadas a ella (depresión, discapacidad funcional, estrategias de afrontamiento). Los bajos niveles de dolor y discapacidad funcional, aunque no aparecen correlacionados, sí permiten comprender las posibles relaciones directas e indirectas entre las variables, que deben ser estudiadas con mayor profundidad, enfatizando en el componente cognitivo emocional del dolor (Craig, 1994), y su posibilidad de intervención. Al respecto recientes investigaciones plantean que, en ausencia de un tratamiento médico verdaderamente eficaz para los pacientes con Artritis Reumatoide, factores psicológicos como una alta autoeficacia podrían tener una gran importancia en la calidad de vida de estos pacientes (Marks, Allegrante & Loring, 2005).

Se sugiere en próximos estudios esclarecer la forma en que estas y otras variables ejercen influencia sobre la forma en que las personas asumen una enfermedad crónica como la artritis. Se recomienda el uso de análisis multivariados que permitan establecer la capacidad predictiva de las variables sobre el afrontamiento de la enfermedad, la percepción de síntomas y en general la calidad de vida percibida del paciente con artritis reumatoide.

De acuerdo con la literatura disponible (Huyser & Parker, 1999; Craig, 1994; Parker, et al., 1992; Schwartz, Slater, Birchler & Atkinson, 1991; Dean & Wadden, 1989; Murphy, Creed & Jayson, 1988; Frank, et al., 1988, entre otros), se observa que aún no es claro si son los síntomas depresivos los que influyen sobre la percepción de dolor, o si es la intensidad e interferencia del dolor la que favorece la aparición de síntomas depresivos. De igual forma, no es claro según la revisión de la literatura (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000; Wells, Stewart & Hays, 2000; Pincus, Esther, DeWalt & Callahan, 1998; Burns, Johnson, Mahoney, Devine & Pawl, 1996; McCracken, Zayfert & Gross, 1992; Reilly, Cosh, Maddison, Rasker & Silman, 1990), la relación entre discapacidad funcional, depresión y dolor, es decir, si el descenso en las capacidades funcionales y la escasa participación en actividades sociales son las que inciden en la percepción de dolor o si es este el que influye sobre la discapacidad funcional, produciendo un decremento en la participación de actividades sociales.

Referencias

- Abraido-Lanza, A.F., Vásquez, E. & Echeverría, S.E. (2004). En las manos de Dios: religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 91-103.
- Ackerman, M. & Stevens, M. (1989). Acute and chronic pain: Pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 27-59.
- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Arnett, F.C. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 31, 315-324.
- Arntz, A. & De Jong, P. (1993). Anxiety, attention and pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 12-26.
- Asmundson, G.J., Norton, P.J. & Norton, G.R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 22, 27-32.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte J. M., Perulero, N., Gálvez, F., Carulla, J & Cleeland, C (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120, 52-9.
- Ballina, F. & Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 56-64.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-regulation of motivation and action through goal systems. En: V. Hamilton, G. H. Bower, N. H. Frijda (Eds.), *Cognitive perspectives on emotion and motivation*. New York: Prentice-Hall.
- Barra, E. (2003). La influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Beutler, L.E., Engle, D., Oro-Beutler, E., Daldrup, R., & Meredith, K.E. (1986). Inability to express intense affect: A common link between depression and pain. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 37, 25-31.
- Boyle, A., Grap, M. & Younger, J. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-57.
- Burns, J.W., Johnson, B.J., Mahoney, N., Devine, J. & Pawl, R. (1996). Anger management style, hostility and spouse responses: gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 64, 445-453.
- Cadena, J., Cadavid, M., Ocampo, M., Vélez, M.E. & Anaya, J.M. (2002). Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9, 184-191.
- Cadena, J., Vinaccia S., Pérez, A., Rico, M., Hinojosa, H. & Anaya, J.M. (2003). The impact of disease activity on the quality of life and mental health status in Colombian patient with arthritis rheumatoid. *Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 142-150.
- Callahan, L.F., Kaplan, M.R. & Pincus, T. (1991). The Beck Depression Inventory, Center for Epidemiological Studies Depression Scale and General Well-Being Schedule Depression Subscale in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 41, 150-157.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J. & Strouse, T.B. (1984). Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups. *New England Journal of Medicine*, 311, 506-511.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Chandara, P.C., Eals, M., Steingart, A.B., Bellamy, N. & Allen, S. (1987). The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychiatry*, 75, 162-73.
- Craig, K.D. (1994). Emotional aspects of pain. En: P.D. Wall & R. Melzack (Eds.), *The textbook of pain* (pp. 261-274). Churchill: Livingstone.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus?. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51, 65-73.
- Dean B.D. & Wadden N.P. (1989). Relationships between depressive symptoms and description of chronic pain. *Pain*, 36, 75-84.
- Frank, R.G., Beck, N.C., Parker, J.C., Kashani, J.H., Elliott, T.R., Haut, A.E., Smith, E., Atwood, C., Brownlee-Duffeck, M. & Kay, D.R. (1988). Depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*, 56, 130-135.
- Gaskin, M., Greene, A., Robinson, M. & Geisser, M. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- Gempp, R., Avendaño, C. & Muñoz, C. (2004). Normas y punto de corte para la escala de depresión del centro para estudios Epidemiológicos (CES-D) en la población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22, 145-156.
- Gispén, W. & Jansen, L.M. (2002). The stress-vulnerability hypothesis in chronic disease: focus on the stress response systems. *Medical studies Department of Medicine University of South Carolina*, 31, 12-17.
- González, S.A., Ritter, P. & Loring, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 1429-1446.
- Hawley, D.J. & Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10-Year longitudinal study of 6,135 patients with rheumatoid arthritis. En: *Boletín de la SEAS*, 14-16 Marzo, 2001.
- Huyser, B.A. & Parker, J.C. (1999). Afectividad negativa y dolor en las enfermedades reumáticas. En: *Rheumatic Disease Clinics of North America*, Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas. Madrid: Panamericana.
- Katz, P.P. & Yelin, E.H. (1993). Prevalence a correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 20, 790-6.
- Katz, P.P. & Yelin, E.H. (1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis: The role of function. *Arthritis and Rheumatism*, 45, 1003-1025.
- Kazis, L.E., Meenan, R.G. & Anderson, J.J. (2001). Pain in the rheumatic diseases: investigations and psychology component. *Arthritis and Rheumatism*, 42, 1014-1019.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. & Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-77.
- Leight, J., Fries, J. & Parkh, N. (1992). Severity of disability in the rheumatology arthritis. *Journal of Rheumatology*, 19, 1906-1911.
- Lorig K., Chastain R. & Ung E. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy investigación people with arthritis. Departamento de medicina de la universidad Stanford California. *Arthritis and rheumatism*. 32, 67-110.

- Mansilla, F. (1993). Red Social y Apoyo Social en Enfermos Mentales sin Hogar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13, 46-51.
- Marks R., Algrante J. P. & Lorig K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Promotion Practice*, 6, 637-43.
- Martín, J. D., Sánchez, M. J. & Sierra, J. C. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes con cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21, 29-37.
- McCracken, L., Zayfert, C. & Gross, R. (1992) The Pain Anxiety Symptoms Scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- Murphy, S., Creed, F. & Jayson, M. I. (1988). Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 32, 69-80.
- Newman, S. P., Fitzpatrick, R., Lamb, R. & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 16, 740-744.
- Newman, S. P., Okifuji, A., Turk, D. & Curran, S. (2001). Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12.
- Parker J, Smarr K, Anderson S., Hewett, J., Walker, S., Bridges, A. & Caldwell, W. (1992). Relationship of changes in helplessness and depression to disease activity in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 19, 1901-1905.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- Peñacoba, C, Rigueiro, Sanz & Moreno, B. (2001). *Personalidad resistente. Validación del constructo en dos muestras españolas*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Peñacoba, C. & Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*, 58, 61-96.
- Pincus, T., Callahan, L. F., Sale, W. G., Brooks, A. L., Payne, L. E & Vaughn, W.K. (1984). Severe functional declines, work disability and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheumatology*, 27, 864-72.
- Pincus, T., Esther, R., DeWalt, D. A. & Callahan, L. F. (1998). Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. *Annals Intern Medicine*, 129, 406-11.
- Pincus, T., Callahan, L. F., Bradley, L. A., Vaughn, W. K. & Wolfe, F. (1999). Elevated MMPI scores for hypochondriasis depression and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis Rheum*, 18, 30-45.
- Reilly, P. A., Cosh, J. A., Maddison, P. J., Rasker, J. J. & Silman, A. J. (1990). Mortality and survival in rheumatoid arthritis: a 25 year prospective study of 100 patients. *Annals of Rheumatic Disease*, 15, 75-80.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L. & Kramer, T. L. (2001). Vulnerability-stress factors in development of chronic disease. *Medical Studies University of South Carolina*, 29, 425-742.
- Revenson, T. A. & Felton, B. J. (1998). Incapacidad y afrontamiento como predictores del ajuste psicológico en pacientes con artritis reumatoide. *Behavior Therapy*, 57, 344-8.
- Rodríguez, D., Plata, C. & Gutiérrez, J. (1998). Validación de la versión colombiana del cuestionario de evaluación de la salud de Stanford. *Acta Médica Colombiana*, 23, 2-20.
- Rudy T. E., Kearns R. D. & Turk D. C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral model. *Pain*, 35, 129-40.
- Schwartz, L., Slater, M., Birchler, G. & Atkinson, J. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44, 61-67.
- Silman, A. J. & Horchberg, M. C. (1998). *Epidemiology of the rheumatic diseases*. Oxford: Medical Publications.
- Spears, F. H. (1997). Pain and psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 187-193.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A. & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Taylor, A., Lorentzen, L., & Blank, M. (1990). Psychological distress of chronic pain sufferers and their spouses. *Journal of Pain Management*, 5, 6-10.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Hernández, J., Buena-Casal, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia Psicológica*, 22, 111-121.
- Tobon, S., Vinaccia, S., Cadena, J. & Anaya, J. M. (2004). Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la Artritis (QOL-RA) *Psicología y Salud*, 30, 14-25.
- Valdivia, G., Bastías, G. & Márquez, P. (2002). Artritis. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23, 35-40.
- Vinaccia, S., Ramírez, A. y Toro, F. (2001). Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide: análisis y evolución de un constructo. *Revista Colombiana de Reumatología*, 8, 443-447.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Juárez, F. y Anaya, J. M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L. M., Cadena, J. & Anaya, J. M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 129-142.
- Walsh, J. D., Blanchard, E. B., Kremer, J. M. & Blanchard, C. G. (1999). The psychological of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 259-271.
- Wells, K. B., Stewart, A. & Hays R. D. (2000). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919.
- Wolfe, F. & Cathey, M. A. (1999). The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 18, 1298-306.
- Wolfe, F. & Hawley, D. J. (1998). The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *Journal of Rheumatology*, 25, 2108-17.
- Young, L. D. (1992). Psychological Factors in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.

Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación

Principles of Exposition Therapy against Phobias: An Integrative Theoretical Model of Avoidance Behavior

Andrés M. Pérez-Acosta *

Universidad de Talca (Chile)

rec: 24-marzo-2005

acep: 28-abril-2005

Resumen

Se presenta una teoría de la conducta de evitación basada en la integración de procesos de aprendizaje y motivación, con el fin de poder predecir los resultados de los procedimientos terapéuticos contra las fobias, basados en el principio de exposición. Antes de introducir la propuesta teórica, se ofrecen algunas generalidades sobre las fobias y sus componentes conductuales: la evitación y el escape. A continuación, se presentan las principales teorías sobre la adquisición y la extinción de la conducta de evitación. Luego se explican las terapias de exposición con base en la extinción de la conducta de evitación. Finalmente, se introduce el modelo teórico, que hace una mejor predicción de los resultados de las terapias de exposición, con respecto a las teorías tradicionales, las cuales se basan exclusivamente en principios de aprendizaje. *Palabras clave:* fobias, evitación, escape, terapia de exposición, modelo teórico.

Abstract

A theory of avoidance behavior, based on the integration of learning and motivation processes, is introduced as a better predictor of results of the therapeutic exposition procedures against phobias. Before introducing the proposal, some generalities of avoidance and escape (behavioral components of phobias) are presented. Then, the main theories on acquisition and extinction of avoidance behavior are described, and exposition therapies are explained as extinction of avoidance behavior. Finally, the integrative theoretical model is presented in light of its better predictions with respect to the explanatory power of traditional theories (those based exclusively on learning principles).

Key words: Phobias, avoidance, escape, exposition therapy, theoretical model.

"Siempre hay algo que nos atemoriza, que nos infunde miedo, que nos paraliza y hace que nuestra adrenalina fluya y no podamos controlarla. Desde allí, si se quiere irracional, enfrente desde la pintura a la araña. Analizándola, estudiándola para saber el porqué de mi temor, miedo, terror, fobia o como quiera llamarse y en las formas que ella crea están las que plasmo en mis obras."

Verónica Bearzotti (2003) ²

Introducción

Las fobias se entienden contemporáneamente como un miedo intenso y desproporcionado ante un estímulo o situación aparentes; es un temor inexplicable e irracional que implica una evitación de aquello que se teme (Marks, 1991b). Sus valores epidemiológicos son bastante altos en comparación con otros trastornos (Hand & Wittchen, 1987) pero afortunadamente también es alta la eficacia de su tra-

tamiento (Caballo & Mateos Vélchez, 2000). La utilidad comprobada de tratamientos como la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) ha sido tal que ésta ha sido tomada como paradigma de la intervención en la Década de la Conducta (2000-2010)³, iniciativa interdisciplinaria de la *American Psychological Association* que busca resaltar la contribución de las ciencias del comportamiento a la solución de problemas relacionados con la salud, la educación, la seguridad, la prosperidad y la democracia.

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), las fobias hacen parte del conjunto general de trastornos de ansiedad. La clasificación de las fobias ha variado con el tiempo, pero la clasificación con-

* Correspondencia: Apartado Postal 28802, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: amperezacosta@gmail.com
<http://www.infopsicologica.com/andres/datos.htm>

2 La descripción fue realizada por esta artista argentina, con motivo de su exposición de pinturas titulada "Fobias", presentada en Córdoba, del 6 de septiembre al 4 de octubre de 2003.

3 Ver <http://www.decadeofbehavior.org>

temporánea de éstas incluye dos grandes subtipos: las fobias específicas y la fobia social o trastorno por ansiedad social. Este capítulo se referirá fundamentalmente a las fobias específicas. El trastorno por ansiedad social, que antes era el trastorno de ansiedad menos estudiado (Caballo & Mateos Vilchez, 2000; Olivares, Isabel & Vera-Villarreal, 2003) ahora está de moda (ver, por ejemplo, el meta-análisis de Méndez Carrillo, Sánchez Meca & Moreno-Gil, 2001).

Volviendo a las fobias específicas (también llamadas simples o focales) se caracterizan por estar restringidas a situaciones concretas, lo cual las diferencia de los trastornos por ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2000). El objeto de la fobia puede ser casi cualquier cosa, aunque hay algunas bastante frecuentes (ver Marks, 1991b): animales, sangre, lesiones, procedimientos médicos u odontológicos, defecación o micción en baños públicos, alturas, ruidos, relámpagos, tormentas, viento, oscuridad, volar en avión, conducir, estar en lugares cerrados, comer alimentos concretos y hasta la actividad sexual. Los especialistas en este tipo de trastornos, quienes han aportado para la clasificación del trastorno en el DSM (Craske, 1989; Curtis, Himle, Lewis, & Lee, 1989), han agrupado las fobias específicas en cinco grupos:

1. Tipo animal
2. Tipo ambiente natural
3. Tipo sangre/inyecciones/sufrir daño
4. Tipo situacional
5. Otros tipos

A pesar de la generalidad de este trastorno dentro de la población general, y de sus múltiples modalidades, existen tratamientos eficaces para combatirlo. Curiosamente, en esta psicopatología, la dificultad no radica en el tratamiento sino en que las personas no suelen buscar ayuda, debido al grado relativamente pequeño de malestar y al desconocimiento de que existen tratamientos para el problema (Antony & Barlow, 1997). La terapéutica que ha sido estudiada para su validación empírica incluye los siguientes componentes (ver Hand & Wittchen, 1987; Marks, 1991b; North, North & Coble, 1997; Caballo & Mateos Vilchez, 2000; Santacruz *et al.*, 2002):

- Exposición al estímulo real
- Exposición al estímulo virtual
- Exposición al estímulo imaginado
- Modelado de exposición al estímulo
- Contracondicionamiento mediante exposición más relajación
- Reestructuración cognoscitiva
- Tratamiento farmacológico
- Reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (siglas en inglés: EMDR)

Como puede apreciarse, la mayoría de los componentes tiene que ver con la *exposición al estímulo*, que es fundamentalmente un tratamiento *conductual* (Hand & Wittchen, 1987). Si bien la adición de otros componentes, como el modelado o la reestructuración cognoscitiva, ha mostrado muy buenos resultados (Caballo & Mateos Vilchez, 2000), la exposición al estímulo es el componente crítico de la terapia. No obstante, la pregunta concerniente a este capítulo es *¿por qué funciona la exposición al estímulo?*

Fobias y conductas de evitación/escape

Para responder a la pregunta planteada, es importante entender las fobias desde una perspectiva psicológica básica (Marks, 1991a; Hunziker & Pérez-Acosta, 2001). Aunque las sucesivas ediciones del DSM han detallado y diferenciado cada vez más los síntomas motores, cognoscitivos y fisiológicos de las fobias, éstas tienen su esencia en las conductas de *evitación/escape* del estímulo temido (Castro, 1990; Marks, 1991 a y b; Pérez-Acosta, 1998; Hunziker & Pérez-Acosta, 2001). Independientemente del tipo de estímulo o situación, lo importante en este cuadro psicopatológico es que la persona *evita*, o en su defecto *escapa*, del evento cuando alguna señal de éste, o éste mismo, aparece de alguna forma (real, virtual, imaginada o simbólica).

Si bien gracias a la evitación o al escape se puede *controlar* el evento temido, la diferencia entre estas dos conductas radica fundamentalmente en la posibilidad de *predicción* del evento al que se teme (Castro, 1990). Más exactamente, cuando un individuo puede predecir y controlar el evento aversivo podría evitarlo, mientras que a lo sumo podrá escapar cuando puede controlarlo pero no predecirlo. La posibilidad de predicción del estímulo temido se adquiere gracias a un condicionamiento clásico de diversos tipos de señal del evento (espaciales, temporales, entre otras; ver Fernández Castro, 1989; Pérez-Acosta & Pérez-González, 1998).

La conducta de evitación, por encima de la conducta de escape, es el aspecto *sine qua non* de las fobias. De hecho, una fobia no podría diagnosticarse si no aparece evitación de señales (Marks, 1991b). El cuadro fóbico se ratifica en la medida en que dicha conducta interfiere con la vida diaria de la persona, como sucede con todos los cuadros de ansiedad (American Psychiatric Association, 2000).

La evitación en principio es una conducta relativamente normal y adaptativa. Pero si ésta pasa a ser exagerada, por cambiar la rutina cotidiana del individuo, entonces aparece una fobia. Lo anterior implica que el estudio de los procesos de adquisición y extinción de la conducta de evitación incidirá a su vez en la comprensión de las fobias:

tanto su etiología como su tratamiento (Hunziker & Pérez-Acosta, 2001).

Teorías de la adquisición de la conducta de evitación

Mucho esfuerzo teórico se ha dedicado, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, para entender la adquisición y la extinción de la conducta de evitación (ver Fernández Castro, 1989; Pérez-Acosta y Pérez González, 1998, 1999; Chance, 2001). Pero, curiosamente, la teoría que a la postre ha tenido mayor respaldo en las últimas décadas ha sido la primera que se propuso: la teoría bifactorial (Mowrer, 1947).

Según la propuesta de O. H. Mowrer, la conducta de evitación se explica por dos factores: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento instrumental. El primero sucede inicialmente a manera de miedo o impulso adquirido ante la señal del estímulo aversivo o evento temido de forma primaria. Luego del condicionamiento clásico, plantea la teoría, viene un condicionamiento instrumental que consiste en un reforzamiento negativo, en el que la consecuencia de la conducta de evitación es la reducción del impulso adquirido.

Una vez publicada la teoría bifactorial de Mowrer, varios discípulos de Skinner (Schoenfeld, 1950; Herrnstein, 1969) plantearon una alternativa teórica más parsimoniosa: la teoría unifactorial. Para Schoenfeld y Herrnstein, hablar de “reducción del impulso” era poco evidente. En su lugar plantearon que el condicionamiento operante (versión skinneriana del condicionamiento instrumental) era suficiente para explicar la conducta de evitación. En ese sentido, bastaba con afirmar que dicha conducta era un ejemplo más de reforzamiento negativo, en el cual no necesariamente debía existir una señal condicionada pavlovianamente. Como sustento empírico de esta teoría, Herrnstein (1969) se valió de los hallazgos de Sidman (1953) de conducta de evitación en un procedimiento en el que no había una señal exteroceptiva clara.

Si bien la teoría unifactorial parecía pasar la prueba de la navaja de Occam, la demostración efectuada por Anger (1963) del tiempo como señal condicionable clásicamente hizo que la navaja hiriera la teoría de inspiración skinneriana. Volvía de nuevo al ruedo la teoría bifactorial. No obstante, lo que se cuestionó luego no era el papel del condicionamiento clásico sino qué tipo de condicionamiento instrumental sucedía en la conducta de evitación.

La original teoría bifactorial de Mowrer (1947) y la unifactorial de Herrnstein (1969) defendían el reforzamiento negativo de la conducta de evitación. Siguiendo la lógica de la primera teoría bifactorial, el miedo condicionado

pavlovianamente debería mantenerse a lo largo de los ensayos de adquisición de la conducta de evitación. Sin embargo, estudios posteriores (Kamin, Brimer & Black, 1963) mostraron que las típicas respuestas de miedo, como aumento de la tasa cardíaca, temblor, gemidos, orina, etc. disminuían a medida que los sujetos experimentales adquirían experiencia en la evitación.

La disminución progresiva de las respuestas de miedo llevaron a Weisman y Litner (1972) a proponer que la evitación se mantiene por reforzamiento positivo; esta teoría planteaba que la conducta de evitación es producto de dos tipos de aprendizaje: condicionamiento clásico, que permite la adquisición, y reforzamiento positivo (condicionamiento instrumental), que permite el mantenimiento. Según estos autores, la consecuencia de evitar sería la presentación de *señales de seguridad* que alivian al individuo, lo que predice la disminución progresiva de las respuestas de miedo, informadas por Kamin, Brimer y Black (1963).

La teoría de Weisman y Litner (1972) era tan bifactorial como la de Mowrer (1947). Ambas se podían reducir a la afirmación de que la conducta de evitación es producto de un condicionamiento clásico y un condicionamiento instrumental. Sólo hasta la década de los setenta se plantearon teorías con conceptos distintos: la biológica de Bolles (1970) y la cognoscitiva de Seligman y Johnston (1973).

El planteamiento de Robert C. Bolles (1970) es *sui generis*, dentro del conjunto teórico presentado. Bolles, a diferencia de los demás autores, enfatizó en las respuestas *innatas* que presenta un animal ante situaciones aversivas. En su ambiente natural, un animal no podría huir de sus predadores si tuviera que aprender conductas de defensa por ensayo y error. Tales conductas tienen que ser innatas y además propias de la especie. Según esta teoría, el mecanismo de adquisición de la respuesta de evitación es innato, mientras que el condicionamiento indica qué situaciones son peligrosas.

Esta teoría explica por qué algunas conductas de evitación se adquieren mejor que otras según la especie. Bolles (1970) llamó la atención acerca de la variable filogenética a la hora de explicar la conducta en situaciones aversivas. Sin embargo, es claro que la carga innata regula el aprendizaje pero no lo impide o lo suple (Fernández Castro, 1989). En ese sentido se podría plantear que esta teoría es más un complemento que una alternativa a las teorías del aprendizaje anteriormente planteadas.

En cambio, la teoría cognoscitiva de la evitación de Seligman y Johnston (1973) se planteó como una alternativa superior con respecto a las explicaciones tradicionales basadas en el condicionamiento (Mazur, 1994). La teoría cognoscitiva parte del concepto de *expectativa*; ésta puede ser de tres tipos: 1. positiva: la presentación de un evento se correlaciona positivamente con la presentación de otro;

2. negativa: la presentación de un evento correlaciona negativamente con la presentación de otro; 3. “cero”: dos eventos son independientes.

Seligman y Johnston propusieron que el individuo en una situación de evitación va formando dos expectativas de tipo negativo: 1. Sobre las consecuencias de su respuesta ante la señal de peligro, y 2. Sobre las consecuencias de no responder ante la señal de peligro. Según estos investigadores, una vez esas dos expectativas se hayan formado, la conducta del individuo no cambiará hasta que alguna o ambas expectativas se rompan ante modificaciones que experimente el sujeto, ya sea en una situación experimental o terapéutica, como se verá más adelante.

Las tendencias contemporáneas en la explicación de la conducta de evitación se basan en la neurociencia del comportamiento (Pérez-Acosta & Pérez González, 1998). La investigación neurobiológica muestra el papel clave de una estructura cerebral situada en el sistema límbico: la amígdala (ver Kalat, 1995). Este pequeño tejido nervioso parece ser el punto de convergencia de la información sensorial (proporcionada por las señales) y la información de dolor (proporcionada por los estímulos aversivos). Kim y Davis (1993) demostraron en ratas que la lesión del núcleo central de la amígdala impide las respuestas condicionadas de miedo a la señal, mas no las respuestas incondicionadas al evento aversivo.

Fisiológicamente hablando, el sistema límbico en general contribuye a la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Gleitman, 1996), reflejada en respuestas como dilatación de las pupilas, aceleración del ritmo cardíaco y apertura de las vías respiratorias. Este cuadro es compartido por animales experimentales adquiriendo conducta de evitación y por seres humanos cuando hacen evidente su fobia. Ante estos y otros síntomas, ¿cómo extinguir la conducta de evitación, o las fobias, cuando no hay un peligro real en camino?

La extinción de la evitación y las terapias de exposición

La extinción de la conducta de evitación ha servido desde hace décadas como modelo animal de las terapias de exposición contra las fobias (Huziker & Pérez-Acosta, 2001). Como se vio en la introducción del capítulo, la exposición del estímulo que genera miedo al paciente es la base de las terapias efectivas contra las fobias (Hand & Wittchen, 1987; Marks, 1991b; Caballo & Mateos Vélchez, 2000).

Experimentalmente, la exposición del estímulo equivale a una forma de extinción de la conducta de evitación (Pérez-Acosta y Pérez González, 1998; Hunziker & Pérez-Acosta, 2001). La extinción ha sido bastante estudiada en el laboratorio, debido a su conexión directa con las tera-

pias contra las fobias como la desensibilización sistemática y la inundación (Marks, 1991 a y b). A continuación se presenta una síntesis de los procedimientos evaluados desde la psicología básica:

1. *Procedimiento ordinario* (Solomon, Kamin & Wynne, 1953): se presenta la señal pero no el estímulo aversivo; el sujeto no está confinado (restringido conductualmente) y controla su exposición a la señal.
2. *Prevención de respuesta* (Page & Hall, 1953): se presenta la señal pero no el estímulo aversivo; el sujeto está confinado y no controla su exposición a la señal.
3. *Inundación* (Polin, 1959): se presenta la señal pero no el estímulo aversivo; el sujeto no está confinado y no controla su exposición a la señal.
4. *Contingencia cero* (Pérez-Acosta & Pérez González, 1999): se presentan la señal y el estímulo aversivo, pero aleatoriamente (sin contingencia entre ellos); el sujeto no está confinado y no controla su exposición a la señal.

El procedimiento ordinario de Solomon, Kamin y Wynne (1953) difícilmente genera extinción de la evitación, mientras que los procedimientos 2, 3 y 4 han demostrado ser efectivos en las pruebas experimentales. Los investigadores clínicos han retomado estos resultados (principalmente los procedimientos de prevención de respuesta e inundación) para el diseño de procedimientos terapéuticos como la desensibilización sistemática y la implosión (Marks, 1991b; Maldonado, 1998). ¿Por qué funcionan diferentemente los procedimientos mencionados? (especialmente, ¿por qué no funciona el procedimiento ordinario y los demás sí?). Desde la teoría del aprendizaje se ofrecen respuestas, pero quedan vacíos por llenar.

Explicaciones de la extinción de la evitación

Las teorías revisadas explican de forma relativamente satisfactoria la adquisición de la conducta de evitación pero tienen problemas a la hora de explicar la extinción, especialmente los resultados diferenciales de los procedimientos vistos en la sección anterior. Veamos esto con más detalle.

Mientras que la teoría bifactorial es la que tiene mayor respaldo empírico para explicar la adquisición, también es la que ofrece más problemas para explicar la extinción (Marks, 1991a; Mazur, 1994; Pérez-Acosta & Pérez González, 1998, 1999). El procedimiento ordinario de Solomon, Kamin y Wynne (1953) supone que, después de la adquisición, se presenta solamente la señal del estímulo aversivo. Desde la perspectiva bifactorial, cada ensayo en el cual el evento temido es evitado sería de extinción del condicionamiento clásico pues el estímulo condicionado

(la señal) se presenta solo, en ausencia del estímulo incondicionado, que genera miedo. De acuerdo con los principios pavlovianos, la respuesta condicionada debería debilitarse con los ensayos de extinción. Pero la evidencia experimental presentada por Solomon, Kamin y Wynne (1953) es contraria: los sujetos siguen respondiendo con una frecuencia estable.

Pasando a los procedimientos de prevención de respuesta e inundación, las cosas mejoran para la teoría bifactorial porque ésta puede explicar la efectividad de ambos procedimientos (Mazur, 1994): la exposición forzada al estímulo condicionado solo (la señal) produce una extinción de la respuesta condicionada de miedo. Los hallazgos experimentales, en este caso, sí son consistentes con la teoría siempre y cuando se usen los parámetros adecuados de número de ensayos y duración del estímulo condicionado: mientras sean mayores, la prevención y la inundación son más efectivas como generadoras de extinción (Baum, 1970).

En cuanto a la teoría unifactorial, esta propuesta operante ofreció una explicación de los resultados pobres del procedimiento ordinario (ver Mazur, 1994): mientras la respuesta de evitación siga teniendo como consecuencia la reducción del aversivo, se mantendrá así la contingencia haya cambiado, pues el individuo no *discriminará* dicho cambio. Según este razonamiento, mientras el sujeto no discrimine cambios en la contingencia, no emitirá cambios en su conducta.

Por otro lado, la efectividad de la prevención de respuesta no puede ser explicada por la teoría unifactorial de Herrnstein (1969). Siguiendo su lógica, el confinamiento no le permitiría al individuo discriminar el cambio en la contingencia operante (relación conducta-consecuencia). Entonces la reducción en la tasa de respuesta de evitación no podría ser explicada como una discriminación del cambio en la contingencia. Es necesario recurrir a factores adicionales que expliquen la extinción.

Las dos teorías “biológicas” presentadas, la de respuestas específicas de defensa (Bolles, 1970) y la neurobiológica basada en la amígdala (Kim & Davis, 1993) hacen especial énfasis en la adquisición más que en la extinción de las respuestas de evitación (Domjan, 1999). Su poder radica en explicar cómo los factores innatos y nerviosos determinan la selección de la respuesta que permita al animal evitar ante la presentación de la señal. No hacen ninguna predicción en particular sobre el funcionamiento diferencial de los procedimientos de extinción, aunque sí pueden dar luces sobre cómo la extinción puede verse afectada por la naturaleza de la respuesta ya adquirida, según la especie en cuestión.

Entre las teorías más importantes de la conducta de evitación, la única que predice los resultados experimentales de los procedimientos ordinario, prevención de respuesta e inundación, es la teoría cognoscitiva de expectativas de Seligman y Johnston (1973).

Con respecto al procedimiento ordinario, la extinción infructuosa se ve fácilmente explicada porque mientras el sujeto siga evitando, así el evento aversivo haya sido discontinuado, sus expectativas negativas no se afectarán y la conducta no cambiará. Presumiblemente la extinción comenzará únicamente cuando el sujeto falle en emitir la respuesta en algún ensayo, lo que le permitiría experimentar una situación nueva e inconsistente con las expectativas que se formó en la fase de adquisición (Mazur, 1994).

En cambio, la efectividad comprobada de los procedimientos de prevención de respuesta e inundación se ve explicada porque ambas situaciones facilitan el rompimiento de las expectativas de adquisición. Sin embargo, cada caso es diferente (Pérez-Acosta & Pérez González, 1998, 1999).

La prevención de respuesta implica que el individuo no puede exhibir la conducta evitativa ante la señal que se sigue presentando; por lo tanto la expectativa de que la respuesta ante la señal previene el estímulo aversivo no se rompe porque precisamente el sujeto no puede responder. Pero la otra expectativa negativa (no responder tiene como consecuencia el evento aversivo) sí se rompe pues el individuo confinado no experimenta el estímulo temido. Entonces se forma una nueva expectativa (*no responder* ante la señal no tiene consecuencias aversivas). Esta expectativa, unida a la que no se pudo romper (*responder* ante la señal no tiene consecuencias aversivas) genera que el individuo concluya otra expectativa de *independencia* entre respuesta y consecuencia: no hay relación entre esos dos eventos, es decir, así se responda o no, no habrá consecuencias aversivas; finalmente, después de un número suficiente de ensayos, el sujeto extinguirá la respuesta ante la señal.

En la inundación, el sujeto no está confinado y puede exhibir la respuesta ante la señal; pero ésta se presenta de manera constante, sin que le siga el estímulo aversivo. Si la señal se convierte en predictora de la ausencia del aversivo (asociación pavloviana negativa), entonces el sujeto no esperará tener que evitarlo. Las expectativas de adquisición en este caso se romperán *simultáneamente* a favor de una nueva expectativa de independencia entre la respuesta ante la señal y el aversivo (“expectativa cero”): el aversivo no vendrá, así el individuo evite o no evite. Por lo tanto, la respuesta bajará de frecuencia.

Si bien ambos procedimientos de extinción (prevención de respuesta e inundación) llegan a la expectativa cero por vías diferentes, tienen en común que tal expectativa se forma *indirectamente*, después de que haya mediado algún otro proceso: la formación de una asociación pavloviana negativa (en el caso de la inundación) o la formación de una expectativa de que el no responder ante la señal no tiene consecuencias aversivas (en el caso de la prevención de respuesta).

Teniendo en cuenta que ambos procedimientos efectivos llegan indirectamente a la expectativa cero, Pérez-

Acosta y Pérez González (1999) plantearon un nuevo procedimiento en el que se pretendió formar *directamente* la expectativa de independencia: el procedimiento de contingencia cero de extinción, en el cual se presentan tanto la señal como el evento aversivo temido pero ambos de una forma aleatoria, de tal manera que uno no prediga la aparición del otro.

El experimento, paradójicamente, no mostró una diferencia significativa entre el procedimiento de contingencia cero y el tradicional procedimiento ordinario de Solomon, Kamin y Wynne (1953). Este resultado solamente es predicho por la teoría bifactorial de Mowrer (1947), por encima de la teoría unifactorial y la cognoscitiva. Pareciera, entonces, que la teoría de la evitación no ha avanzado en las últimas cinco décadas (para Levis, 1989, no existe una mejor alternativa a la teoría bifactorial). Sin embargo, para varios investigadores de la conducta de evitación (Fernández Castro, 1989; Marks 1991a; Pérez-Acosta, 1998) está claro que existe un vacío que debe llenarse en el panorama teórico acerca de la extinción de la evitación, que es la base de las terapias de exposición del estímulo contra las fobias. En la siguiente sección se ofrece una alternativa integradora que puede predecir los resultados empíricos más importantes obtenidos hasta la fecha.

Conclusión: La necesidad de una teoría integradora

El planteamiento que se presenta a continuación parte del reconocimiento del poder explicativo que ha tenido la teoría bifactorial, en sus diferentes versiones (Mowrer, 1947; Weisman & Litner, 1972). En ese sentido, parecería mejor intentar una *extensión* de la teoría bifactorial que una teoría completamente diferente (como la biológica o la cognoscitiva). También parece inadecuado reducir la explicación de dos factores a uno solo (Anger, 1963; Levis, 1989) pues, si bien se logra parsimonia, se pierde en predicción empírica.

La adición que se propone a la teoría bifactorial es la teoría de los procesos oponentes de la dinámica afectiva (Solomon & Corbit, 1974), con el fin de que la bifactorial gane en predicción, al tener en cuenta las emociones presentes en la adquisición y la extinción de la conducta de evitación. Es decir, lo que se propone como alternativa es la *integración* de la teoría bifactorial de la evitación con la teoría de los procesos oponentes de las emociones, la cual

ha logrado un importante grado de predicción sobre situaciones emocionales como las relaciones afectivas, las adicciones y el dolor (ver Domjan, 1999).

La teoría de los procesos oponentes de Solomon y Corbit (1974) plantea que la expresión de las emociones, ante aquellas situaciones que las provocan, sigue una dinámica temporal definida, que es producto de la suma algebraica de procesos: el *proceso a* (o primario) y el *proceso b* (o secundario). Sus autores propusieron esta teoría como una teoría de la *motivación*, por lo que el aprendizaje no hizo aparición aquí. Sin embargo, Schull (1979) ofreció una extensión de la dinámica afectiva al aprendizaje, particularmente la habituación y el condicionamiento clásico.

Siguiendo la *integración aprendizaje-motivación* de Schull, ¿por qué no intentar dicha integración en el ámbito de la adquisición y extinción de la conducta de evitación? En este caso, los mecanismos de aprendizaje (condicionamiento clásico y condicionamiento instrumental) estarían funcionando inicialmente, recogiendo las contingencias aversivas y, a continuación, los mecanismos motivacionales (procesos a y b) determinarían el curso de las respuestas condicionadas a lo largo de los ensayos de adquisición y extinción.

Para entender mejor la teoría integradora aprendizaje-motivación y sus predicciones empíricas, recurriré a cuatro gráficas (Figuras 1, 2, 3 y 4) en las que aparecen los siguientes elementos:

1. Las etapas operacionales del proceso, que incluyen adquisición, mantenimiento y extinción del condicionamiento aversivo.
2. Las contingencias apropiadas (*inputs*), clásica e instrumental, para generar adquisición, mantenimiento o extinción de la conducta de evitación.
3. La retroalimentación sensorial aversiva que está recibiendo el sujeto a cada momento.
4. Los mecanismos de aprendizaje asociativo que estarían funcionando en cada etapa del proceso (condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental).
5. Los mecanismos motivacionales (proceso primario *a* y proceso primario *b*) que estarían sumándose algebraicamente todo el tiempo.
6. Finalmente, las salidas condicionadas (*outputs*), divididas en respuesta *emocional* condicionada y respuesta *motora* condicionada.

Figura 1. Predicciones de la teoría integradora de la evitación en el caso del procedimiento ordinario de extinción (el curso temporal se representa de arriba hacia abajo).

Figura 1

Etapas Operacionales	Contingencias (entradas)		Retro-alimentación Sensorial aversiva	Mecanismos de aprendizaje asociativo		Mecanismos de motivación condicionada	Salidas condicionadas
T_o : inicio del condicionamiento aversivo	Contingencia clásica (la señal predice la presentación del estímulo aversivo)	Contingencia instrumental (respuesta de evitación tiene como consecuencia la no aparición del estímulo aversivo)	Ninguna	Estado de pre-aprendizaje asociativo		Estado pre-motivacional: Proceso a = Proceso b = 0 condicionada: NO	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora
Adquisición del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos no controlados	Condicionamiento Clásico		Sensibilización emocional ante la señal: Proceso a > condicionada: NO	Respuesta emocional condicionada: SÍ Respuesta motora
				Condicionamiento clásico	Condicionamiento Instrumental Proceso b > 0		
Mantenimiento del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos controlados				
Extinción del condicionamiento aversivo	Nueva contingencia clásica (la señal predice la ausencia del estímulo aversivo)	Nueva contingencia instrumental (la respuesta es independiente de los estímulos de la situación)					
T_f : ¿Fin del condicionamiento aversivo?						Habitación emocional ante la señal: Proceso b > Proceso a > 0	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: SÍ

La Figura 1 muestra la predicción de la teoría integradora en el caso del procedimiento tradicional, e ineficaz, de extinción (Solomon, Kamin & Wynne, 1953). Es importante resaltar que, al final, la salida (output) conductual de este procedimiento es diferencial, como lo mostraron Kamin, Brimer y Black (1963): la respuesta motora resiste a la ex-

tinción pero la respuesta emocional se habitúa con el tiempo. Esto se debe, como se aprecia en la columna de “retroalimentación sensorial aversiva”, a que el individuo no percibe cambios en la contingencia y continuará efectuando *ad infinitum* la conducta de evitación, que le permite “controlar” un evento aversivo que no vendrá más.

Figura 2. Predicciones de la teoría integradora de la evitación en el caso del procedimiento de extinción mediante prevención de respuesta (el curso temporal se representa de arriba hacia abajo).

Figura 2

Etapas Operacionales	Contingencias (entradas)		Retro-alimentación Sensorial aversiva	Mecanismos de aprendizaje asociativo		Mecanismos de motivación condicionada	Salidas condicionadas
T_0 : inicio del condicionamiento aversivo	Contingencia clásica (la señal predice la presentación del estímulo aversivo)	Contingencia instrumental (respuesta de evitación tiene como consecuencia la no aparición del estímulo aversivo)	Ninguna	Estado de pre-aprendizaje asociativo		Estado pre-motivacional: Proceso a = Proceso b = 0	<i>Respuesta emocional condicionada: NO</i> <i>Respuesta motora condicionada: NO</i>
Adquisición del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos no controlados	Condicionamiento Clásico		Sensibilización emocional ante la señal: Proceso a > Proceso b > 0	Respuesta emocional condicionada: SÍ Respuesta motora condicionada: NO
				Condicionamiento clásico	Condicionamiento Instrumental	Habitua	
Mantenimiento del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos controlados				
Extinción del condicionamiento aversivo	Nueva contingencia clásica (la señal predice la ausencia del estímulo aversivo)	Nueva contingencia instrumental (el sujeto no puede efectuar la respuesta porque está confinado: prevención de respuesta)	No hay estimulación aversiva				<i>Respuesta emocional condicionada: NO</i> <i>Respuesta motora condicionada: SÍ</i>
T_F : ¿Fin del condicionamiento aversivo?				Inhibición condicionada clásica	Inhibición respuesta instrumental	Habitua	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: NO

En la Figura 2 se aprecia el curso de la adquisición de la evitación y su extinción con un procedimiento de prevención de respuesta (Page & Hall, 1953). Tanto la respuesta emocional como la respuesta motora, al final, sí se extinguen debido a que el confinamiento del sujeto obliga al sujeto a percibir que no hay estimulación aversiva asociada a la señal. Inicialmente el confinamiento genera una sensibilización emocional pero, por fuerza, el sujeto se habituará ante la señal, que ya no será predictora del estímulo aversivo (condicionamiento excitatorio) sino de la ausencia del estímulo aversivo (inhibición condicionada). Al romperse la excitación condicionada, la respuesta motora condicionada se hace innecesaria y se extingue también.

La adquisición de la evitación y la extinción con el procedimiento de inundación (Polin, 1959) se modelan en la Figura 3. Al igual que en la prevención de respuesta, ambos tipos de salida se extinguen, pero por razones diferentes. En este procedimiento no hay confinamiento, lo que le permite al individuo seguir respondiendo. En la extinción, la retroalimentación sensorial aversiva es de ausencia del evento temido, a pesar de la presencia constante de la señal, lo que genera una inhibición condicionada y, en consecuencia, una inhibición de la respuesta motora condicionada que se vuelve irrelevante. Por otro lado, la extinción supone, al igual que en la inundación, un proceso inicial de sensibilización ante la señal y posterior habituación cuando la señal se vuelve predictora de la ausencia del estímulo aversivo.

Figura 3. Predicciones de la teoría integradora de la evitación en el caso del procedimiento de extinción mediante inundación (el curso temporal se representa de arriba hacia abajo).

Figura 3

ción (el curso temporal se representa de arriba hacia abajo).

Etapas Operacionales	Contingencias (entradas)		Retro-alimentación Sensorial aversiva	Mecanismos de aprendizaje asociativo		Mecanismos de motivación condicionada	Salidas condicionadas
T_0 : inicio del condicionamiento aversivo	Contingencia clásica (la señal predice la presentación del estímulo aversivo)	Contingencia instrumental (respuesta de evitación tiene como consecuencia la no aparición del estímulo aversivo)	Ninguna	Estado de pre-aprendizaje asociativo		Estado pre-motivacional: Proceso a = Proceso b = 0	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: NO
Adquisición del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos no controlados	Condicionamiento Clásico		Sensibilización emocional ante la señal: Proceso a > Proceso b > 0	Respuesta emocional condicionada: SÍ Respuesta motora condicionada: NO
Mantenimiento del condicionamiento aversivo				Eventos aversivos controlados	Condicionamiento clásico	Condicionamiento Instrumental	Habitación emocional ante la señal: Proceso b > Proceso a > 0
			No hay estimulación aversiva		Inhibición condicionada clásica		Inhibición respuesta instrumental
T_f : ¿Fin del condicionamiento aversivo?			Habitación emoción ante la señal: Proceso b > Proceso a > 0	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: NO			

Por último, las predicciones con el procedimiento de contingencia cero (Pérez-Acosta y Pérez González, 1999) se presentan en la Figura 4. Debido a la presentación de los estímulos (señal y aversivo) de forma aleatoria y de la contingencia de no control de los mismos en la extinción, se producen dos tipos de aprendizaje: irrelevancia aprendida e indefensión aprendida (ver LoLordo, 1998). Estos aprendizajes se combinan con la habitación ante la señal (que deja de ser señal por la estimulación impredecible) y el resultado final es la extinción tanto de la respuesta emocional condicionada como de la respuesta motora condicionada.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Anger, D. (1963). The role of temporal discrimination in the reinforcement of Sidman avoidance behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6, 477-506.
- Antony, M. M. & Barlow, D. H. (1997). Fobia específica. En V. E. Cabaño (Dir.), *Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Baum, M. (1970). Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding). *Psychological Bulletin*, 74, 276-284.
- Bolles, R. C. (1970). Species-specific defense reactions and avoidance learning. *Psychological Review*, 77, 32-48.

Figura 4. Predicciones de la teoría integradora de la evitación en el caso del procedimiento de extinción mediante contingencia cero (el curso temporal se representa de arriba hacia abajo).

Figura 4

Etapas Operacionales	Contingencias (entradas)		Retro-alimentación Sensorial aversiva	Mecanismos de aprendizaje asociativo		Mecanismos de motivación condicionada	Salidas condicionadas
T_0 : inicio del condicionamiento aversivo	Contingencia clásica (la señal predice la presentación del estímulo aversivo)	Contingencia instrumental (respuesta de evitación tiene como consecuencia la no aparición del estímulo aversivo)	Ninguna	Estado de pre-aprendizaje asociativo		Estado pre-motivacional: Proceso a = Proceso b = 0	<i>Respuesta emocional condicionada: NO</i> <i>Respuesta motora condicionada: NO</i>
Adquisición del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos no controlados				
				Condicionamiento Clásico	Condicionamiento Instrumental	Sensibilización emocional ante la señal: Proceso a > Proceso b > 0	Respuesta emocional condicionada: SÍ Respuesta motora condicionada: NO
Mantenimiento del condicionamiento aversivo			Eventos aversivos controlados				
Extinción del condicionamiento aversivo	Nueva contingencia clásica (se presenta la señal y el estímulo aversivo pero no hay relación entre ellos)	Nueva contingencia instrumental (la respuesta es independiente de los estímulos de la situación; no los controla)	No hay estimulación aversiva	Aprendizaje de irrelevancia del estímulo	Aprendizaje de Irrelevancia de la respuesta (indefensión)	Habitación emocional ante la señal: Proceso b > Proceso a > 0	Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: SÍ
T_f : ¿Fin del condicionamiento aversivo?							Respuesta emocional condicionada: NO Respuesta motora condicionada: NO

Caballo, V. E. & Mateos Vilchez, P. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.

Castro, L. (1990). Fundamentos conductuales de la psicopatología. En R. J. Toro & L. E. Yepes (Eds.), *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas.

Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.

Craske, M. G. (1989). *The boundary between simple phobia and specific phobia (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group)*. Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic.

Curtis, G. C., Himle, J. A., Lewis, J. A. & Lee, Y. (1989). *Specific situational phobias: Variant of agoraphobia? (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group)*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.

Domjan, M. (1999). *Principios de aprendizaje y conducta*. México: Thomson.

Fernández Castro, J. (1989). Condicionamiento instrumental aversivo. En R. Bayés y J. L. Pinillos (Eds.), *Tratado de psicología general, 2: Aprendizaje y condicionamiento*. Madrid: Alambra.

Gleitman, H. (1996). *Basic Psychology*. New York: W. W. Norton.

Hand, I. & Wittchen, H. U. (Eds.) (1987). *Panic and phobias, I. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatment*. New York: Springer-Verlag.

Herrnstein, R. J. (1969). Method and theory in the study of avoidance. *Psychological Review*, 76, 49-69.

Hunziker, M. H. L. & Pérez-Acosta, A. M. (2001). Modelos animales en psicopatología: ¿una contribución o una ilusión? *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 37-50.

Kalat, J. W. (1995). *Biological psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Kamin, L. J., Brimer, C. J. & Black, A. H. (1963). Conditional suppression as a monitor of fear of the CS in the course of avoidance training. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 56, 497-501.

Kim, M. & Davis, M. (1993). Electrolytic lesions of the amygdale block acquisition and expression of fear-potentiated startle even with with extensive training but do not prevent reacquisition. *Behavioral Neuroscience*, 107, 580-595.

Levis, D. J. (1989). The case for a return to a two-factor theory of avoidance: The failure of non-fear interpretations. In S. B. Klein & R. R. Mowrer (Eds.), *Contemporary learning theories: Pavlovian conditioning and the status of traditional learning theory* (pp. 227-277). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

LoLordo, V. M. (1998). Desesperanza aprendida: el estado actual de la investigación con animales. En R. Ardila, W. López López, A. M. Pérez-Acosta, R. Quiñones y F. Reyes (Eds.), *Manual de análisis experimental del comportamiento* (pp. 447-472). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Maldonado, A. (1998). *Aprendizaje, cognición y comportamiento humano*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marks, I. M. (1991a). *Miedos, fobias y rituales, 1. Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I. M. (1991b). *Miedos, fobias y rituales, 2. Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mazur, J. E. (1994). *Learning and behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Méndez Carrillo, F. J., Sánchez Meca, J. & Moreno-Gil, Pedro J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio metaanalítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-150.
- North, M. M., North, S. M. & Coble, L. R. (1997). *Virtual reality therapy: an innovative paradigm*. Ann Arbor, MI: IPI Press.
- Olivares, J., Isabel, A.R. & Vera-Villarreal, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Page, H. A. & Hall, J. (1953). Experimental extinction as a function of the prevention of a response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 46, 33-34.
- Pérez-Acosta, A. M. (1998). *Un modelo tetrafactorial de la evitación aplicado a la comprensión de las fobias*. Ponencia presentada en el Primer Simposio Internacional sobre Fobias y otros Problemas de Ansiedad. Granada (España), noviembre 28.
- Pérez-Acosta, A. M. & Pérez González, A. (1998). Conducta de evitación: adquisición y extinción. *Suma Psicológica*, 5, 207-231.
- Pérez-Acosta, A. M. & Pérez González, A. (1999). Procedimiento efectivo de "contingencia cero" para la extinción de la evitación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 65-90.
- Polin, A. T. (1959). The effects of flooding and physical supresión as extinction techniques on an anxiety motivated locomotor response. *Journal of Psychology*, 47, 235-245.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, F. J. & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521.
- Seligman, M. E. P. & Johnston, J. C. (1973). A cognitive theory of avoidance learning. En F. J. McGuigan & D. B. Lumsden (Eds), *Contemporary approaches to conditioning and learning*. Washington, D.C.: Winston & Sons.
- Schoenfeld, W. N. (1950). An experimental approach to anxiety, escape, and avoidance behavior. En P. H. Hock & J. Zubin (Eds.), *Anxiety*. New York: Grune & Stratton.
- Schull, J. (1979). A conditioned opponent theory of Pavlovian conditioning and habituation. En G. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation*, Vol. 13. New York: Academic Press.
- Sidman, M. (1953). Avoidance conditioning with brief shock and no exteroceptive warning signal. *Science*, 118, 157-158.
- Solomon, R. L., Kamin, L. J. & Wynne, L. C. (1953). Traumatic avoidance learning: The outcomes of several extinction procedures with dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 291-302.
- Solomon, R. L. & Corbit, J. D. (1974). An opponent process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119-145.
- Weisman, R. G. & Litner, J. S. (1972). The role of Pavlovian events in avoidance training. En R. A. Boakes & S. Halliday (Eds.), *Inhibition and learning*. London: Academic Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Resultados de Psicoterapia Grupal Breve en Estudiantes Universitarios de la Quinta Región: Estudio Exploratorio Basado en Instrumentos Proyectivos

Sort-term Group Psychotherapy Outcomes with College Students of Fifth Region: Exploratory Study Based upon Projective Tests

Iván Alejandro Arenas S.*

Universidad Adolfo Ibáñez, Chile

rec: 09-noviembre-2004

acep: 20-abril-2005

Resumen

El presente artículo es una investigación exploratoria del Cambio en psicoterapia grupal en relación con algunas dimensiones de funcionamiento psíquico. Se informa sobre los resultados de un tratamiento grupal breve con estudiantes evaluados pre y post-tratamiento por medio del uso de una batería de pruebas proyectivas. Los resultados se organizan en matrices de análisis cuyas significaciones tienden a indicar cambios focales en las dimensiones de *función de identidad*, mayoritariamente, y en *energía disponible y control de impulsos*, en menor grado. Se analiza el alcance y las posibles implicancias tanto de los cambios como de los no cambios. Se discute la sensibilidad mostrada por los instrumentos utilizados así como las limitantes impuestas por los defectos metodológicos del estudio.

Palabras clave: psicoterapia grupal, pruebas proyectivas, resultados.

Abstract

The present article is an exploratory research about changes produced by group psychotherapy considering some dimensions of psychological functioning. This work informs about outcomes of a short-term group treatment with University students, evaluated on a pre and post - test modality with some projective tests. Results are organized at a matrix of analysis that tends to indicate focal changes at *Identity Function*, *Available Energy and Impulse Control*. This work also analyzes the outreach and possible consequences of changes and non-changes. Finally, this article discusses the sensibility showed by the projective tests as well as their limitations due to methodological problems of the study.

Keywords: group psychotherapy, Projective Tests, outcomes

Introducción

La Psicoterapia de grupo se desarrolló de manera significativa en las últimas décadas del siglo XX, al punto de convertirse en alternativa viable de tratamiento para un sinnúmero de dificultades psicológicas (Roth & Fonagy, 1996, en Rice, 2003).

Así lo testimonian, por una parte, el creciente número de estudios sobre diversos aspectos de esta modalidad de psicoterapia en medios científicos especializados, internacionales fundamentalmente (Dies, 1992, en Scheidlinger, 1996); y por otra, la fuerza con la que se ha extendido a través de los servicios sanitarios de algunos países del mundo (Scheidlinger, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996).

En nuestro país, por su parte, la psicoterapia grupal ha ganado fuerza y adeptos, principalmente a partir de los tempranos aportes de Menzies Lyth (1980), Florenzano

(1984), Davanzo (1983) y, en época reciente, algunos de sus colaboradores y discípulos (Thumala, 2003, en Véjar & Oskenberg eds., 2003).

El espacio que esta modalidad de psicoterapia ha ido ganando, tanto en el ámbito internacional como en nuestro país, se explica, por una parte, por su flexibilidad para adaptarse a las necesidades y recursos tanto del paciente como de la institución que ofrece el servicio. Algunos autores han señalado la eficiencia del grupo para el tratamiento de pacientes con alto potencial de cronicidad (Grijalvo & Insúa, 2001). En esta misma se ha enfatizado la necesidad de privilegiar el "pragmatismo, la integración y la clarificación en función de la realidad económica actual" (Scheidlinger, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996, pag. 10).

Por otra parte también destaca la búsqueda de alternativas viables para tratar pacientes que puedan no beneficiarse, o incluso ser perjudicados, por tratamientos individua-

* Correspondencia: e-mail: ivan.arenas@uai.cl

les (Brook, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996), necesidad que ha conducido a la comprobación científica de sus resultados (Piper, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996).

Investigación en Psicoterapia Grupal Breve

A pesar de los grandes esfuerzos, iniciados hace ya varias décadas, por demostrar vía método científico, la efectividad de la psicoterapia en general y de sus diversas modalidades en particular, algunas no han sido suficientemente estudiadas; entre ellas la psicoterapia breve y en especial, la psicoterapia grupal breve.

Pocas investigaciones de las publicadas en los últimos 6 años en medios especializados exploran los resultados de la psicoterapia grupal breve; entre ellos encontramos un estudio de los efectos de psicoterapia grupal breve con personas con duelo patológico (Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogrodniczuk, 2001), con jóvenes con trastornos del hábito del comer y comorbilidades específicas (Grijalvo & Insúa, 2001), con mujeres y desde una perspectiva inspirada en conceptos de Winnicott (Granucci, 2000), y comparando grupos dirigidos por terapeutas expertos versus inexpertos (Burlingame & Barlow, 1996). En nuestro país, por su parte, Cortés (2004), muestra los resultados de una intervención grupal destinada al aprendizaje de habilidades de conducción de grupos entre profesionales del ámbito de la Salud.

Estudios meta-analíticos han demostrado la equivalencia de efectos de psicoterapia individual y grupal (Burlingame & Barlow, 1996; Holmes & Kivlingham, 2000), la semejanza de los *tamaños de efecto* [1] de tratamientos grupales e individuales (Piper & Joyce, 1996) y la efectividad general de la psicoterapia grupal breve (Piper & Joyce, 1996).

De las investigaciones antes citadas, todas ellas se basan en la utilización de sofisticados sistemas de medición [2], cuyo objetivo central es el entregar una medida confiable y válida.

La mayoría de las encuestas y test nos entregan una visión validada, estandarizada, confiable, de la presencia de cambios, lo que no necesariamente va de la mano de apreciar qué mecanismos internos operaron para hacer que una persona, inicialmente depresiva, ansiosa, hipocondríaca, etc., *cambie* internamente.

El presente estudio se propone analizar el mecanismo de cambio en la operatoria psíquica interna de pacientes en psicoterapia grupal breve, usando para ello una batería de pruebas proyectivas que, si bien no cuentan con la ventaja de disponer de normas y estándares, sí, en cambio, han sido diseñadas con el propósito de explorar la operatoria intrapsíquica humana.

Sirve de guía al presente estudio la pregunta: ¿es posible llegar más allá de la encuesta y del síntoma, antes de recurrir a la teoría y al reporte del clínico, con el fin de

entender el proceso de cambio que tiene lugar en la “psique” humana producto de una psicoterapia grupal breve? Y junto a esto: ¿es, una prueba proyectiva, sensible al cambio que puede tener lugar en una psicoterapia grupal breve? He aquí un primer aspecto que explorar.

Un segundo aspecto relevante: una psicoterapia grupal breve, ¿produce cambios positivos en el funcionamiento psíquico de los participantes?, y ¿en qué aspectos de dicho funcionamiento?, ¿los afectos, las defensas, la relación con la realidad, *todos ellos*?

En virtud de lo anterior, el propósito central del presente estudio, de carácter exploratorio, es analizar los resultados de una psicoterapia grupal breve, aplicada a jóvenes universitarios de la Quinta Región, a través de Test Proyectivos. Estos instrumentos que, a pesar de los innegables problemas de confiabilidad y validez que presentan, se utilizan con el fin de apreciar los cambios en la operatoria psíquica de los sujetos tratados.

Método

Participantes

Se organizaron, en colaboración con los Servicios Médico y Psicológico de dos Universidades que forman parte del Consejo de Rectores de la Quinta Región, dos grupos psicoterapéuticos breves (12 sesiones de 90 minutos cada una y frecuencia semanal). La alternativa de psicoterapia grupal se ofreció a todos aquellos estudiantes inscritos en lista de espera para atención psicológica en los mencionados Servicios.

Entre aquellos que aceptaron, se realizó un “*screening*” preliminar (a cargo de profesionales de los Servicios Médicos de las instituciones colaboradoras) consistente en una entrevista personal cuyo propósito fundamental fue explorar la presencia de los criterios de *exclusión* de tratamiento grupal breve (presencia de un trastorno psicótico, presencia de Depresión Profunda; presencia de Depresión Melancólica o Distimia; Abuso de Sustancias; Trastornos del Hábito de la Alimentación) [3].

De los 26 jóvenes inicialmente seleccionados, 10 (38,5%) decidieron no iniciar el tratamiento, y 5 (19,2%) lo abandonaron dentro de las primeras tres sesiones. Esto dio por resultado la conformación de dos grupos de 5 y 6 integrantes respectivamente, que terminaron el tratamiento completo; es decir, 11 participantes (42,3%) terminaron la última sesión. Es importante hacer notar que los jóvenes entrevistados por profesionales de los respectivos Servicios fueron directamente indicados a psicoterapia grupal breve, con lo que el proceso de composición grupal fue obviado. Las posibles consecuencias de este proceder se analizan en la discusión de este trabajo.

Procedimiento

Se organizaron dos grupos psicoterapéuticos breves, de 12 sesiones de 90 minutos cada una y frecuencia semanal; la alternativa de psicoterapia grupal fue ofrecida a aquellos estudiantes inscritos en la lista de espera para atención psicológica en los antes mencionados servicios médicos. Una vez conformados, dichos grupos operaron en el período comprendido entre mediados de agosto y principios de noviembre del año 2003.

En términos del modelo de tratamiento utilizado, la psicoterapia grupal poseyó algunas de las características que diversos autores han asociado a la generación de mejoría y cambio (Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogrodniczuk, 2001; Granucci, 2000; Klein, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996; Mackenzie 1996, entre otros). En general, dichos autores han puesto de manifiesto la importancia de: (1) seguir un cuidadoso proceso de selección de los participantes, (2) atender a la composición de un grupo acorde las exigencias del formato de tiempo limitado, (3) administrar el tiempo, en el sentido del foco permanente en la terminación y (4) terapeutas con roles contenedores y activos (Klein, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996; Mackenzie 1996).

En cuanto al proceso de *selección* de los participantes, éste incluyó los criterios de exclusión sobre la base del diagnóstico antes mencionado, exploración que estuvo cargo de los profesionales de los Servicios Médicos de las instituciones referidas. Si bien se intentó promover la homogeneidad de los criterios de derivación, es probable que, dado que los profesionales colaboradores no utilizaron instrumentos de exploración estandarizados comunes, exista algún grado de heterogeneidad de criterios de selección; las posibles repercusiones de esta heterogeneidad se analizan y discuten en los comentarios de este trabajo.

Respecto de la *administración del tiempo*, los participantes fueron informados, desde el inicio del tratamiento, tanto del número de sesiones contempladas en el tratamiento (doce, en total) como de la fecha de término estimada, lo cual, como establecen algunos autores, mantuvo al tiempo como foco permanente del trabajo (Mackenzie, 1996).

Por último, los *roles* del dúo de terapeutas se caracterizaron por la contención y actividad interpretativos dentro de lo permitido, nuevamente, por el formato temporal del grupo; es decir, con una función de sostén, apoyo y empatía (Granucci, 2000) unida a una actividad interpretativa focal, dada la menor posibilidad de elaboración determinada por el tiempo limitado (Klein, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996).

Instrumentos

Los participantes fueron evaluados en pre y post-test, por medio de una batería de pruebas proyectivas; tanto en

el pre como en el post-test se utilizaron las mismas pruebas, aspecto cuyas posibles consecuencias se analizan en las conclusiones de este trabajo. No se contó con grupo control, tema cuyas repercusiones se ponderan en la discusión de este trabajo.

Las pruebas que compusieron la batería de tests proyectivos fueron el *Test de la Figura Humana*, el *Test de la Persona Bajo la Lluvia* y el *Test de Colores de Lüscher* [4], todos ellos analizados por evaluadores expertos de reconocida trayectoria y vasta experiencia en el ámbito local, que no tuvieron contacto alguno con los grupos terapéuticos ni con sus participantes.

Con el objeto de informar los resultados y dado el carácter cualitativo de la información que este tipo de pruebas entrega, se generó un sistema de categorías que permiten, en primer lugar, entender las dimensiones en que dichas pruebas están o no indicando cambios y, en segundo lugar, organizar dicha información de forma coherente y sintética.

Esto dio como resultado el desarrollo de matrices de análisis de resultados que combinan, por una parte, una concepción del cambio y, por otra, una conceptualización acerca de la operatoria intrapsíquica sustentada en el modelo psicoanalítico.

Matrices de Análisis

Para el diseño de las matrices de análisis de resultados de las pruebas gráficas utilizadas, nos centramos, como se indica anteriormente, en dos dimensiones fundamentales, a saber, (1) el *cambio* producido por una psicoterapia y (2) las dimensiones de la *operatoria intrapsíquica* en las que tal cambio puede tener lugar.

Respecto del *Cambio*, se trata de un concepto difícil de definir, en especial dada la diversidad de enfoques que abordan el fenómeno desde posiciones epistemológicamente diversas (Sanhueza, 2003). Si bien no hay un acuerdo absoluto respecto de lo que es el *cambio* en psicoterapia, si se reconocen varios tipos o “grados” de cambio, en un continuo que va desde el Cambio Terapéutico al Deterioro, pasando por la Remisión Espontánea y el No Cambio (Bergin & Lambert, 1978, en Sanhueza, 2003).

Esto llevo a formular cuatro dimensiones sobre las cuales se comparan los resultados arrojados por las pruebas gráficas de los participantes (Sanhueza, 2003):

(1) *Cambio Terapéutico Global (C++)*: Entendido como aquel beneficio obtenido por un participante en una psicoterapia, que afecta positivamente todas las dimensiones de su existencia, es decir, el sentir, el pensar y el actuar. Se trata del tipo de cambio que, desde una perspectiva analítica, se denominaría re-estructuración dinámica de la personalidad, es decir, un cambio generalizado de su funcionamiento psíquico, que redunde en

una mayor integración de las tres áreas antes mencionadas (sentir, pensar y actuar).

- (2) *Cambio Terapéutico Focal (C+)*: Referido a aquel cambio circunscrito a un área específica o más delimitada de la personalidad, con frecuencia de índole más bien conductual o sintomática, que favorece la adaptación del sujeto a la sociedad en la cual vive. Se trata de una reducción de la intensidad de las conductas y/o síntomas que indica en una reducción de la psicopatología que los causa, con la consecuente mejoría en la calidad de vida y en la capacidad de actuar de una persona, pero sin que se produzca una resolución de las causas del trastorno.
- (3) *No Cambio (NC)*: Es decir, mantención de la misma operatoria intrapsíquica una vez terminado un tratamiento. El sujeto no presenta cambio alguno ni en su estado ni en las situaciones que lo acompañan.
- (4) *Deterioro (C-)*: Visto como el daño que un procedimiento psicoterapéutico puede causar en una persona, en términos de reducir su nivel de madurez comportamental, sentimental y/o intelectual. Cruzamos estas dimensiones del cambio con algunas que tienen directa relación con la operatoria intrapsíquica. Estas categorías surgen, paralelamente, del reporte de resultados de los expertos y de los planteos de la teoría psicoanalítica respecto de las funciones del aparato mental. Las dimensiones de la operatoria intrapsíquica son:

1-. Energía Disponible para la Actividad y el Psiquismo:

Freud postuló, en el “Proyecto de una Psicología Científica” (Freud, 1985 [1991]), una distinción entre energía libre y energía ligada, distinción que a posteriori lo llevó a dos conceptos fundamentales del psicoanálisis, a saber, proceso primario y proceso secundario (Laplanche & Pontalis, 1994).

A pesar de ser, el tema de la energía, motivo de debate dentro de la comunidad psicoanalítica (Laplanche & Pontalis, 1994), usamos este concepto con la intención de explorar la medida en que el aparato psíquico es capaz de transformar la energía pulsional, es decir, la energía derivada de las pulsiones, libidinal o sexual y emanada del ello y ponerla al servicio de las demás instancias y actividades psíquicas.

Queremos explorar, en este sentido, si se produce tal transformación que permita al individuo utilizar dicha energía de forma consciente y para los propósitos propios de su existencia particular (estudiar, trabajar, vincularse) o si, en cambio, tal transformación es incompleta, inestable o inexistente.

El cruce de las dimensiones de cambio y energía disponible da como resultado las siguientes categorías de comparación:

E/C++: La energía del individuo pasa de ser inexistente, reprimida o fluctuante a estar disponible, de forma estable, para las operaciones del psiquismo, permitiendo a la persona las realizaciones propias de su etapa de vida, en lo referente a conducta, pensamiento y sentimiento.

E/C+: La energía del individuo pasa de ser inexistente o reprimida, a ser fluctuante, de forma que está disponible para ciertas operaciones del psiquismo, pero no para las restantes. Podríamos ejemplificar esto señalando cómo un joven puede recuperar su capacidad para estudiar (memoria, atención, concentración) sin por ello mejorar su capacidad para integrar los afectos a los demás aspectos de su existencia.

E/NC: La energía del individuo se mantiene en el mismo estado que una vez iniciado el tratamiento, por ejemplo, es fluctuante o no está ni siquiera disponible. Es decir, no se registra cambio alguno en la dimensión.

E/C-: La energía del individuo, que en un principio del tratamiento estaba disponible o fluctuaba, al terminar éste no está ni siquiera disponible o se registra excesiva.

2-. Ansiedades Predominantes:

Desde la perspectiva psicoanalítica, podemos asumir la existencia de diferentes niveles de este concepto; podemos hablar, por ejemplo, de angustia automática o de angustia real (Freud, 1926); desde la perspectiva Kleiniana, podemos vincular la idea de angustias al concepto de posición, de manera tal que para cada una de las posiciones planteadas por esta autora, esquizo-paranoide y depresiva, existe un tipo específico de angustias o ansiedades predominantes, persecutoria y depresiva (Klein, 1952 [1991]).

En base a esos planteamientos, asumiremos que la ansiedad depresiva es, en términos evolutivos, “mejor” que la persecutoria, en la medida que implica un mayor grado de integración y síntesis de los objetos (Klein, 1952 [1991]). Consideramos adecuado, además, incluir una dimensión que nos permitiese explorar la presencia de ansiedades más disruptivas aún, para lo cual incluimos las relativas a la pérdida del contacto con la realidad.

El cruce de las dimensiones de cambio y ansiedades predominantes ha dado como resultado las siguientes categorías de comparación:

A/C++: las ansiedades presentes al principio del tratamiento se han modificado, llegando a ser de poca intensidad y esencialmente depresivas; la reactivación de duelos, pérdidas y separaciones se da en el contexto del término del tratamiento y puede ser explicada por éste. El monto de las ansiedades no resulta invalidante y es tolerado, integrado, compensado y utilizado por el aparato psíquico del sujeto.

A/C+: las ansiedades presentes al iniciarse el tratamiento, ya sean de pérdida del contacto con la realidad o de índole persecutoria, se han moderado, haciéndose más manejables para el sujeto; junto a esto, empiezan a cobrar un carácter más depresivo, que se puede asociar a una incipiente mejoría en la integración de afectos agresivos y, con esto, de los objetos internos.

A/NC: las ansiedades del individuo poseen la misma naturaleza que al inicio del tratamiento; no se registra modificación alguna en este aspecto.

A/C-: las ansiedades, que en un principio eran leves, manejables, no invalidantes y esencialmente depresivas, se acompañan ahora de elementos persecutorios o de pérdida del contacto con la realidad, lo cual significa un claro empeoramiento del estado del sujeto.

3-. *Defensas Utilizadas:*

El concepto de defensa es, sin duda alguna, uno de los aspectos capitales de la teoría y la técnica del psicoanálisis (y de sus diversas tecnologías derivadas). Con el fin de obtener una visión a la vez sintética y precisa del concepto de defensa, podemos decir que se trata de todas aquellas operaciones psíquicas que protegen al individuo del peligro y el dolor psíquicos por mediación del Yo y de manera fundamentalmente inconsciente (Greenson, 1988).

Dada la dificultad inherente al diferenciar, a partir de pruebas proyectivas, entre los diversos tipos de defensa [5], usamos aquí un criterio “tópico”, en el sentido de distinguirlas sobre la base de su nivel. Siguiendo a Gill (1963, en Greenson, 1988), entendemos como defensas *inferiores o bajas* a aquellas inconscientes, automáticas y patógenas; y como superiores o altas, a aquellas conscientes, voluntarias y adaptativas. Entendemos, también, que no existen defensas puramente altas o bajas, motivo por el cual definiremos su carácter según la “condición predominante”

A partir de lo anterior, el cruce de las dimensiones de cambio y defensas utilizadas ha dado como resultado las siguientes categorías de comparación:

D/C++: para defensas conscientes, voluntarias, adaptativas (“altas”). En este sentido, entenderemos que defensas que inicialmente se evaluaron como predominantemente inconscientes, involuntarias y patógenas, se han reestructurado, como consecuencia de lo cual el funcionamiento psíquico del individuo se ha modificado en dichos sentidos.

D/C+: si bien esta dimensión no implica una reestructuración de la defensa, sí implica una mejoría “tópica”, en el sentido de que la función defensiva está más cerca de la consciencia, es más voluntaria, menos patógena, más adaptativa (Gill, 1963, en Greenson, 1988).

D/NC: para todas aquellas situaciones en las que el funcionamiento defensivo del sujeto conserva las mismas características que al momento de aplicarse el pre-test e iniciarse el tratamiento.

D/C-: para el deterioro de una función defensiva que, al iniciarse el tratamiento, era mejor que en el momento de terminarlo; *mejor*, ya sea en el sentido tópico hasta ahora utilizado, es decir, más *alta* (menos inconsciente, menos automática, menos patógena), o en el sentido de disponer de defensas efectivas para el afrontamiento de situaciones ansiedades, conflictos, etc.

4-. *Función de Identidad:*

Entenderemos aquí como identidad a aquella experiencia de diferenciación respecto de los demás y del entorno, que deriva del proceso de individuación, del sentimiento de mismidad y de la integración social, los así llamados vínculos de integración *espacial, temporal y social* (Grinberg & Grinberg, 1993). Desde el punto de vista operacional, entendemos aquí que una identidad sana implica la *integración* de las distintas partes del sí mismo (como opuesta a la disociación de partes rechazadas de uno mismo), la *diferenciación yo / no yo*, la *estabilidad temporal* de la identidad (como opuesta a la inestabilidad en la representaciones de sí mismo y los objetos) y la *capacidad para relaciones de objeto* (Grinberg & Grinberg, 1993).

A partir de lo anterior, el cruce de las dimensiones de cambio y de función de identidad ha dado como resultado las siguientes categorías de comparación:

FI/C++: una identidad que, antes del tratamiento se revelaba como frágil e inestable en términos de integración de sus partes (p.e. sí mismo corporal), diferenciación del mundo externo, capacidad para relaciones de objeto (p.e. evitadas desde ansiedades persecutorias), se ha modificado drásticamente en el curso del tratamiento, revelando ahora una integración, diferenciación, la estabilidad y fortaleza incipientes o de hecho ya logradas.

FI/C+: la función de identidad de la persona tratada presenta mejorías en alguno de los aspectos mencionados, pero no en todos. Por ejemplo, se observa una mejoría en la capacidad de relación objetual, pero sin que esto se acompañe de una mayor integración de partes disociadas del sí mismo; o se observa una mayor capacidad de diferenciación yo-no yo, pero no aún de relaciones de objeto.

FI/NC: la función de identidad del individuo permanece inalterada, no revela cambios de ninguna índole en ninguna de sus dimensiones (integración, diferenciación, estabilidad).

FI/C-: se aprecia un empeoramiento de la función de identidad de la persona tratada, de manera tal que una o más de las dimensiones mencionadas se han deteriorado producto del tratamiento.

5-. Control de Impulsos:

Dada la limitación que el espacio nos impone, no nos aventuraremos a definir o delimitar, tarea de suyo compleja, el concepto de impulso en la teoría psicoanalítica. Para obtener una visión introductoria al tema, el lector puede recurrir a textos que abordan con mayor amplitud el tema (Laplanche & Pontalis, 1994).

En esta dimensión, en particular, nuestro interés reside en determinar la medida en que está presente o ausente, en determinada persona, la capacidad para ejercer un adecuado control sobre sus emociones, afectos, acciones y conductas, en especial en la medida que puedan significar un peligro potencial tanto para sí misma como para los demás.

El cruce de las dimensiones de cambio y de control de impulsos ha dado como resultado las siguientes categorías de comparación:

CI/C++: para aquellas situaciones en las que el sujeto ha desarrollado una capacidad de resistir y manejar impulsos potencialmente dañinos, que no se encontraba presente en su repertorio de recursos psíquicos, antes de iniciar el tratamiento. Esta capacidad, además, posee un carácter estable y no depende ni del tipo ni de la intensidad de estímulos a los que el sujeto se vea expuesto.

CI/C+: en aquellas circunstancias en las que el sujeto ha logrado, en comparación con el período previo al inicio del tratamiento, un mejor nivel de control y manejo de sus impulsos frente a la mayoría de los estímulos, pero ya sea frente a cierto tipo (p.e. la rabia), cierta intensidad (p.e. tristeza intensa) o duración (p.e. estado de estrés sostenido) de éstos, dicha capacidad se ve disminuida. Una vez superado el estímulo crítico, el individuo puede volver a desempeñarse normalmente, en términos de control de su conducta impulsiva.

CI/NC: en todas aquellas circunstancias en las que el nivel de resistencia y manejo de los impulsos no presente cambio alguno al ser comparado entre los estados pre y post-tratamiento, pudiendo darse esto tanto en el sentido que la psicoterapia no perjudique una capacidad de la que el sujeto originalmente disponía, como en el de no favorecer una mejoría.

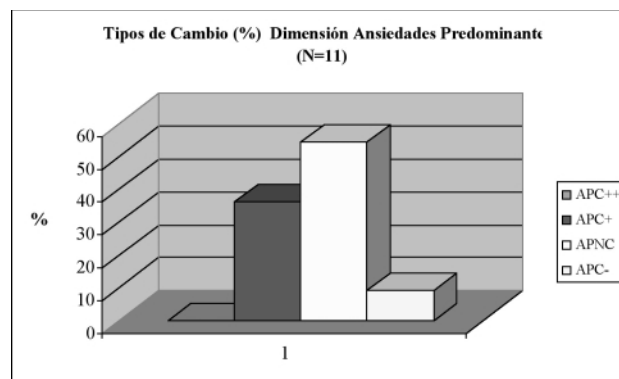
CI/C-: para aquellas circunstancias en las que se observe que, luego de la psicoterapia, el individuo muestra un deterioro, de cualquier grado o tipo, en su capacidad de resistir y manejar sus impulsos, deterioro que antes del tratamiento no se encontraba presente.

Resultados

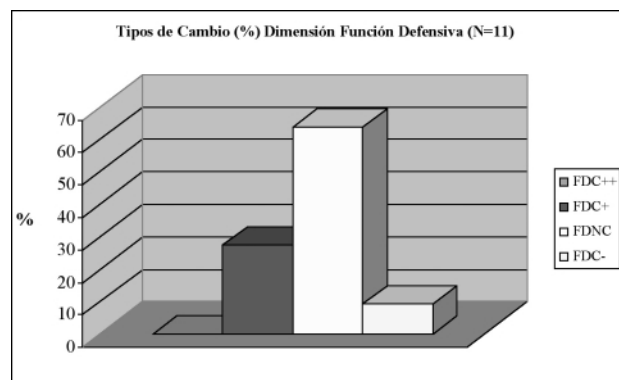
En la Tabla N° 1 se pueden observar los cambios detectados según cada dimensión, expresados en términos porcentuales. [Insertar Tabla N° 1 aquí]

Cerca del 55% de las personas tratadas en psicoterapia breve grupal tienden a no cambiar en la dimensión de Ansiedades Predominantes, mientras un 9% presenta un deterioro en la misma dimensión. Sólo un 36% de las personas tratadas presenta mejorías en esta categoría, al compararse su estado previo con su estado posterior al tratamiento.

Esto significa que para la mayoría de los individuos tratados en psicoterapia grupal breve, la naturaleza e intensidad de las ansiedades tiende a mantenerse inalterada, existiendo, inclusive, un pequeño porcentaje de empeoramiento en ambos sentidos.



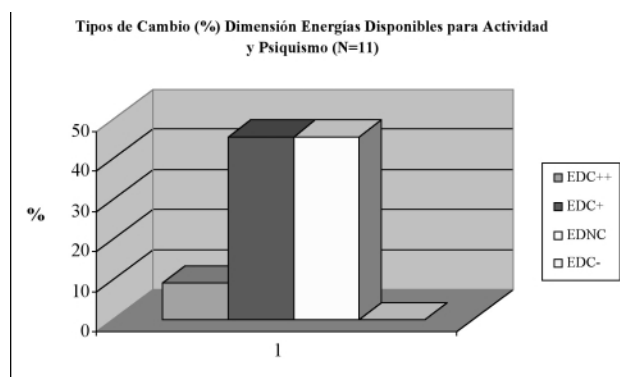
Por otra parte, el 63% de los sujetos tratados no presenta cambios en la dimensión de Función Defensiva, mientras un 9% muestra, inclusive, un empeoramiento en su condición al terminar el tratamiento. Tan solo un 27% de las personas tratadas presenta mejorías en esta dimensión, lo que, en términos globales, tiende a indicar que la psicoterapia grupal breve no produjo cambios en el ámbito defensivo.



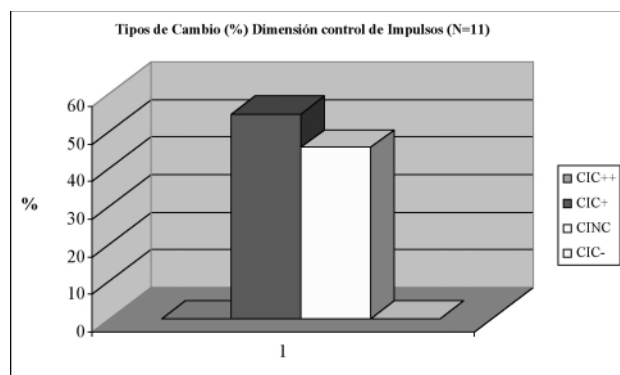
Nos parece de suma relevancia observar que las dos dimensiones que presentan la mayoría de sus resultados inclinados hacia el extremo NC/C- de la distribución de tipos de cambio son, precisamente, las correspondientes a

ansiedades y defensas. A partir de estos resultados, parece ser que (1) ansiedades y defensas son dos dimensiones del funcionamiento psíquico que tienden a moverse juntas, el cambio en una dimensión se acompaña del cambio en la otra; (2) el nivel de profundidad, en la conflictiva intrapsíquica de los sujetos tratados, al que fue posible acceder desde este tratamiento breve, no permitió la reestructuración de ansiedades, defensas y, por ende, del conflicto nuclear.

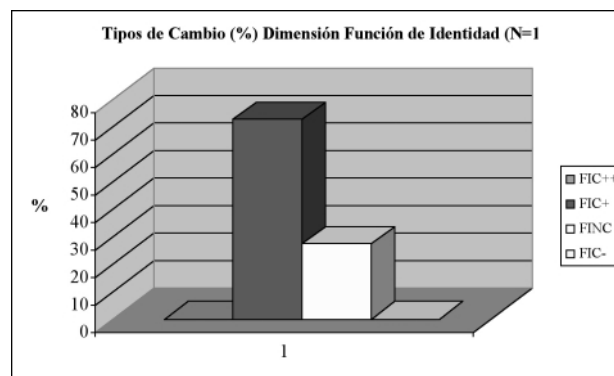
Siguiendo con los resultados, se puede observar que el 45,5% de las personas tratadas presenta cambios focales en la dimensión de Energía disponible, resultado al que se agrega un 9% para el cual el cambio fue más estable y duradero (C++). Por su parte, para un 45,5% no se registraron cambios. Muy similar es la situación en la dimensión de control de impulsos, para la cual un 54,5% presenta cambios focales y un 45,5% no presenta cambios de ningún tipo.



Podríamos decir que en estas dos dimensiones, Energías Disponibles y Control de Impulsos, los resultados son más positivos, en el sentido de indicar que más del 50% de las personas tratadas presentan mejorías, pero consideramos que este asunto no se resuelve por porcentajes, sino por la capacidad de dar solución efectiva a conflictos internos que deterioran la calidad de vida de nuestros pacientes, *de todos* nuestros pacientes. Este punto será tratado más en extenso en los comentarios de este trabajo.



Por último, la dimensión que muestra el comportamiento más positivo de los resultados es, llamativamente, la de Función de Identidad; desde la definición operacional entregada en páginas anteriores, deberíamos decir que cerca del 73% de las personas tratadas por medio de psicoterapia grupal breve presenta, luego del tratamiento, cambios focales o en la capacidad de relación de objeto o en la integración del sí-mismo o en la diferenciación yo-mundo externo (no en todas, pues esto configuraría un cambio tipo C++), mientras un 27,3% no presenta cambios. Respecto de este resultado, en la sección siguiente analizaremos sus posibles significados.



Discusión

En términos del diseño del presente estudio, es importante considerar que el uso de una muestra pequeña, como es el caso, carece de representatividad estadística. Claramente, el presente trabajo responde a las características de un estudio exploratorio, situado medio a medio en el terreno de los diseños pre-experimentales. En este sentido, nos hemos situado fuera de dicha representatividad estadística, con un afán mucho más cualitativo que cuantitativo.

Naturalmente, esta opción no está exenta de desventajas; entre otras, a la falta de un tamaño de muestra significativo se suma, entre otras, el hecho de que un estudio exploratorio de carácter pre-experimental hace imposible un tratamiento más sofisticado de los datos recogidos, lo cual limita de sobremano las posibilidades de interpretación de los resultados y, muy probablemente, su generalización. Es en virtud de estas significativas objeciones que, en la fase siguiente de esta investigación en curso, hemos incorporado grupo control, instrumentos estandarizados de medición (lo que hizo más compleja la batería de pruebas, originalmente limitada a las tres pruebas proyectivas antes mencionadas) y un protocolo de investigación menos flexible.

Ahora bien, en cuanto al objetivo central de este estudio, el de examinar la respuesta de una batería de pruebas proyectivas para la determinación de la presencia de cambios luego de un tratamiento grupal breve, creemos estar frente a un instrumento de la sensibilidad suficiente como para

detectar tanto cambios como no cambios (y lamentablemente algunos deterioros también) en la muestra tratada.

Creemos especialmente valioso que la batería, además, sea sensible para discriminar entre los diferentes tipos o niveles de cambio y que, en ese contexto, entregue una visión realista del tipo de mejoría que es posible esperar en un formato grupal breve, circunscribiéndolo, además, a una dimensión específica (y no a todas las exploradas) de la operatoria psíquica.

Ahora bien, en términos de los resultados indicados por medio del uso de esta batería, al comparar a los participantes, podemos apreciar que existen aspectos de la operatoria psíquica que tienden a mantenerse inalterados; es especialmente interesante observar que dos dimensiones que tienden a no cambiar son las de Ansiedades predominantes y Defensas.

Consideramos que esto tiene que ver con que la psicoterapia breve grupal no logra, en este estudio en particular, la resolución del conflicto nuclear de los participantes y, por consiguiente, las ansiedades y defensas que dicho conflicto moviliza tienden a mantenerse inalteradas.

A lo anterior se debe sumar al grupo, como variable importante en términos de amplificar ansiedades que desde las interpretaciones que diversos investigadores, desde distintas perspectivas (Slavson, 1943, 1952, 1976; Foulkes & Anthony, 1957; Bion, 1963 [1991]; Foulkes, 1969, 1981; Yalom, 1975; Pines & Hearst, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996) han desarrollado para entender la vida mental de los grupos, resulta plausible afirmar que las ansiedades despertadas por una situación grupal son significativas, primitivas, y tienen que ver con las dificultades para establecer vínculos de intimidad y cercanía; por otra parte, creemos que el tema de la intimidad y la cercanía es un tópico que jóvenes de las características de éstos, no necesariamente han resuelto de manera satisfactoria.

Es decir, la situación grupal probablemente amplifica tanto las angustias resultantes de la cercanía forzada con desconocidos como las derivadas de los conflictos nucleares de los participantes, con lo cual las operaciones defensivas tienden a volverse más rígidas, para hacer frente a esta doble amenaza. Creemos que en la medida que, en la historia del participante, las defensas hayan sido más funcionales, es probable que tiendan a mantenerse más refractarias a la influencia de tratamiento y la situación grupal (más aún si se trata de una intervención en formato de tiempo limitado).

Al analizar las mejorías que muestra la matriz de *Energía Disponible para la Actividad y el Psiquismo*, los resultados parecen indicar que las manifestaciones sintomáticas que conformaban el motivo de consulta inicial de los jóvenes estudiantes (cerca del 54%), centradas en dificultades para atender, concentrarse y estudiar (es decir, usar su energía psíquica para sus respectivas actividades académicas) parecen haberse reducido una vez terminado el tratamiento.

En términos de explicar este resultado, sólo podemos hipotetizar que la remoción de alguna capa del conflicto focal (probablemente asociada a dificultades de índole interpersonal y, por ende, a la falta de una red de apoyo) puede haber permitido la liberación de energía psíquica que, previamente, se encontraba al servicio de equilibrar dicho conflicto focal. Creemos que, a partir de un estudio de seguimiento, podría ser posible determinar, entonces, si esta mejoría focal se inscribe en la dimensión de la remisión de síntomas, la sustitución de síntomas o si verdaderamente significa el inicio de una mejoría estable y duradera.

Por otra parte, el análisis de la matriz de *Control de Impulsos* indica cambios *focales positivos* para más del 50% de los participantes, sin indicar deterioros en la condición del restante porcentaje. Este resultado parece indicar que algunos de los participantes lograron un mejor nivel de control y modulación de impulsos; algunas posibles consecuencias de esto son: (1) la reducción del potencial de conductas de riesgo dirigidas hacia sí mismos y los demás; (2) una mejor inserción social de jóvenes que, hasta el momento de ser tratados, presentaban dificultades importantes en el plano de las relaciones interpersonales y afectivas. Esto debe guardar relación con la actuación de uno de los factores curativos por excelencia de un grupo, el *aprendizaje interpersonal* (Yalom, 1975).

Pero nos parece muy llamativo el resultado observado en el ámbito de la *Función de Identidad*; se trata, al igual que en las matrices anteriores, de cambios *focales positivos*, que podrían estar fundamentalmente relacionados con una mejor integración a la personalidad de algunos aspectos antes escindidos, proyectados o negados, lo que en algunos casos condujo a la mejor diferenciación y en otros al establecimiento de relaciones interpersonales (de objeto) algo más maduras, según lo que es posible apreciar a través de las pruebas utilizadas.

Por ello, y recordando la importancia que diversos investigadores, tanto desde la psicología clínica como desde la de los grupos (Sprott, 1964; Anzieu & Martin, 1971; Luft, 1976; Lewin, 1978; Olmsted, 1996; Anzieu, 1998) han otorgado a los grupos en cuanto generador y sostén de la identidad, a aquél otro generalizado en virtud del cual se construye la propia y personal visión de sí mismo, nos parece razonable pensar que el grupo de psicoterapia breve, independientemente de su técnica específica y de los contenidos movilizados por intermedio de ésta, puede haber cumplido una labor correctora, al estilo de la experiencia emocional correctiva (Alexander & French, 1960), sobre algunas vulnerabilidades de identidad de los participantes. Veamos, en este punto, un tema digno de explorar de forma más acabada en futuras investigaciones.

Otro aspecto de sumo interés derivado del análisis de las matrices, es el de los patrones de cambio; el asunto es el siguiente: ¿podemos esperar patrones de cambio prototípicos en psicoterapia grupal breve?, ¿existe alguna

constante que nos permita asociar *tal cambio* con *tal otro cambio*?

Si nos centramos en el aspecto de “la constante”, el análisis de las matrices parece sugerir que la constante es la mejoría en la función de identidad (FI); esta dimensión indica cambios focales positivos en prácticamente todos los participantes. Consideramos complejo establecer alguna asociación estable entre la constante FI y otra de las dimensiones evaluadas por la matriz, no obstante lo cual es importante recordar las mejorías en las dimensiones de control de impulsos y energías disponibles en un porcentaje de los participantes.

Desafíos Metodológicos

Creemos que los siguientes aspectos del presente estudio podrían considerarse falencias: (1) el objetivo fundamental, probar la sensibilidad de una batería de instrumentos, no necesariamente es concordante con la idea de probar los efectos de un tratamiento; (2) la ausencia de grupo control; (3) el tamaño de la muestra explorada; (4) las diferencias de criterio en lo tocante al proceso de selección de los pacientes y composición de los grupos terapéuticos; (5) el no poseer mecanismos para aislar variables asociadas al período evolutivo de los participantes, especialmente en lo concerniente al tema de la identidad; (6) la falta de formación y entrenamiento formales en psicoterapia grupal de los profesionales a cargo de los grupos.

En cuanto a probar una *batería de pruebas proyectivas*, tenemos presente que nos encontramos en una fase exploratoria de la viabilidad de usar las pruebas como un medio de probar los efectos de un tratamiento; creemos que es un aporte interesante el desarrollo de las matrices de análisis, pero también estamos conscientes de que su uso recién empieza, de que no es posible, ni siquiera deseable, por ahora, que sean un instrumento afinado y óptimo.

En relación con esto, surgen dos brechas importantes que creemos menester explorar en futuras investigaciones. La primera, referente a la necesidad de vincular la producción de un sujeto en una determinada prueba gráfica con indicadores medibles y de significación estándar. Es decir, es necesario que podamos generar categorías cada vez más precisas sobre la base de las cuales entender los resultados (dibujos) obtenidos a través de estos instrumentos. Pretendemos lograr que un grupo de indicadores (trazo, tamaño, etc.) puedan ser convertidos a un indicador cuantitativo y a un significado cualitativo simultáneamente, sobre la base de los cuales evaluar los efectos de cualquier tipo de tratamiento.

La segunda, la brecha existente entre los instrumentos proyectivos y las encuestas estandarizadas; creemos fundamental explorar el grado de acuerdo que existe entre ambos tipos de instrumentos, respecto de los cambios ex-

perimentados por personas sometidas a un cierto tipo de tratamiento. Tenemos la certeza de que “baterías mixtas” de este tipo pueden aumentar la potencia de las investigaciones en torno a los resultados de la psicoterapia, pero para llegar al momento en que dichas baterías operen efectivamente, es menester hacerlas dialogar primero.

Volviendo al tema de las posibles debilidades del presente estudio, el tópico del *grupo control*, posiblemente sea la principal. Las limitaciones de no contar con un medio para contrastar los cambios y no cambios observados en este trabajo dificulta la validación y generalización de sus conclusiones y, posiblemente, nos induce a errores de apreciación respecto de los resultados globales. Por ejemplo, el no disponer grupo control en este estudio, hace difícil afirmar con certeza si tanto cambios como no cambios se pueden atribuir al tratamiento o al crecimiento y maduración de los participantes *debido a su desarrollo normal*.

En la segunda etapa de esta exploración, de hecho, hemos incorporado al grupo control para determinar el impacto real que dos formas distintas de intervención grupal (psicoterapia versus taller temático), ejercen sobre jóvenes de características similares a los del presente estudio. Quizás a partir de los resultados de dicha etapa podamos formarnos una impresión más real de la magnitud de cambios y no cambios.

Y derivado de lo anterior, el *tamaño de la muestra* utilizada en este trabajo es bastante pequeño, lo que claramente constituye un problema no menor a la hora de pretender la generalización de sus resultados. Aspiramos a lograr un mayor arraigo de la psicoterapia grupal en la mente de las personas que requieren de ayuda psicológica, pero por ahora sólo hemos encontrado temor, duda y, en muchas ocasiones, rechazo manifiesto. Basta mirar el porcentaje de personas que, en el contexto de este estudio, deciden no iniciar el tratamiento, aunque esto les signifique quedar sin posibilidades de atención psicológica alguna.

Además de las certezas (que entre otras cosas debemos a los estudiosos de los procesos grupales) que nos permiten explicar dicho porcentaje y entenderlo como casi una constante, nos intriga el saber si hay culturas mejor predisuestas para el trabajo grupal de aspectos tan íntimos como aquellos propios del acontecer psíquico o si más bien se trata de un efecto directo de la falta de entrenamiento formal de los terapeutas a cargo del proceso grupal (selección, composición y tratamiento).

Por otra parte, las diferencias de criterio en lo tocante al proceso de *composición de los grupos terapéuticos* son un aspecto no menor. De hecho, consideramos que una proporción nada despreciable del éxito en psicoterapia grupal (en especial breve) depende de una correcta selección de los pacientes y una sistemática composición del grupo (aunque se trate de un grupo heterogéneo) [6].

En la práctica, nuestra dificultad fundamental radicó, a nuestro juicio, en el proceso de homogeneizar criterios de

inclusión de pacientes y formación del grupo; es decir, vemos en los protocolos de investigación una herramienta fundamental para componer grupos cuyos efectos se puedan analizar reduciendo al mínimo la interferencia de variables tales como la diferencia de criterios de selección e inclusión. En virtud de esto, la fase siguiente de este estudio incorpora una exploración preliminar del acoplamiento de los candidatos a través de una entrevista grupal diagnóstica, por así llamarla.

Así también, el no poseer mecanismos para *aislar variables* asociadas al período evolutivo de los participantes, especialmente en lo concerniente al tema de la identidad, constituye un grave problema a la hora de entender y valorar los cambios positivos observados desde la batería utilizada en el presente estudio.

Creemos que se trata de un problema de fondo, pues no nos sentimos capacitados para responder con el menor margen de error a la cuestión de si los cambios observados se deben a la influencia del tratamiento por sí solo o, por el contrario, derivan de la maduración natural de los participantes, algo tardío, pero natural. Y si bien pensamos que, en último término, el grupo puede haber funcionado como gatillante de tales cambios, aun así no podemos afirmarlo sin dudas razonables. He aquí otro aspecto para el cual, en último término, un grupo control habría permitido una visión más clara, menos interferida.

Por último, creemos necesario dedicar al tema *la falta de entrenamiento formal en psicoterapia grupal* de los terapeutas de este estudio, un breve comentario.

De la literatura científica revisada, encontramos sólo un artículo dedicado a estudiar los efectos de psicoterapia grupal guiada por terapeutas expertos versus no expertos (Burlingame & Barlow, 1996); este trabajo indicó que si bien bajo la dirección de ambos, experto y no-experto, se producen cambios, el patrón de estos cambios varía sustancialmente, siendo los cambios, para terapeutas expertos, sostenidos y continuos aún una vez terminada la intervención y para terapeutas no-expertos, sostenidos durante el tratamiento y reduciéndose sensiblemente una vez terminado éste (Burlingame & Barlow, 1996). Sobre la base de esta evidencia, es dable pensar que los terapeutas a cargo de los grupos investigados, en su calidad de no-expertos, hayan producido cambios correspondientes con los resultados de la investigación antes citada. Y es muy razonable que así sea: después de todo, si bien el grupo es de por sí un agente terapéutico poderoso, es fundamental aprender a encaminar y usar ese poder; los factores curativos no funcionan por arte de magia en un grupo, sino en la medida que el profesional a cargo del grupo enseña *al grupo* a utilizarlos en pro de la curación.

Como cierre a esta comunicación, y derivado del punto anterior, consideramos que sólo en la medida que los profesionales nos califiquemos apropiadamente en el uso de las destrezas terapéuticas nos será posible ofrecer a nues-

tros clientes, en todo nivel (público y privado, asistencial y académico), con cualquier propósito válido y responsable (tratamiento, investigación, educación), intervenciones potentes, eficaces y eficientes, humanas y ajustadas a sus necesidades, capacidades y motivaciones genuinas. Y, por qué no explicitarlo también, intervenciones *probadas*.

Notas

- [1] La medida denominada “tamaño de efecto” fue desarrollada por Cohen (1988, en Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogrodniczuk, 2001) y tiene como propósito medir la magnitud del impacto de una variable sobre otra (en este caso, tratamiento sobre mejoría). Consiste en la diferencia entre las medias pre y post-tratamiento, dividida por la desviación estándar pre-tratamiento.
- [2] Entre los instrumentos más frecuentemente utilizados para tales fines podemos encontrar, por ejemplo, el Symptom Checklist (SCL90-R), el Inventory of Interpersonal Problems-IIP (Horowitz, Rosenberg, Bauer, Ureno & Villaseñor, 1988); el Pathological Grief Items-PGI (Pigerson et al., 1995), Group Atmosphere Scale-GAS (Silbergeld et al., 1975) y Escala de Alianza Grupoterapéutica (Pinsoff & Catherall, 1986), entre otros; muy pocas de las señaladas escalas, encuestas o cuestionarios, poseen normas chilenas.
- [3] En cuanto a los criterios de *inclusión*, se manejaron los siguientes: (1) presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos; (2) problemas de atención y concentración; (3) conflictos de relación interpersonal y/o familiares.
- [4] Tanto el Test de la Figura Humana como el de la Persona bajo la son test proyectivos gráficos que tienen por objetivo el obtener información representativa de dos grandes áreas del funcionamiento psíquico, a saber, la *imagen corporal* y el *Yo ideal* y las *imágenes parentales* y/o *significativas internalizadas* (Weinstein, 2002, en Javier, 1999); por su parte, el Test de la Persona bajo la lluvia pretende, además, “obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador”, lo que favorece la aparición de las defensas de la persona, otro de los aspectos explorados por la prueba (Querol & Chaves, 1997). Por su parte, el Test de Diagnóstico de Colores de Lüscher es una herramienta que, en palabras de su creador, “mide directamente y con 1040 criterios, el estado psicovegetativo, y esto sin considerar las desviaciones verbales filtradas a través de la consciencia” (Lüscher, en Del Longo, 2001). Se trata de un instrumento de fácil aplicación que “fotografía de manera exhaustiva y completa los mecanismos profundos, la dinámica inconsciente, las máscaras comportamentales, las áreas de tensión a nivel psicosomático, etc., ofreciendo toda una gama de información de gran utilidad en el campo clínico, educativo, laboral y de consejería” (Del Longo, 2001).

- [5] El lector puede recurrir a Ana Freud (1954), teórica que establece un sistemático y comprensivo análisis de las diversas defensas a las que puede recurrir el aparato psíquico, así como a sus relaciones con los niveles y estructuras del psiquismo. Recientemente P. Gray (1994) ha devuelto el foco del interés en psicoanálisis al análisis de las defensas.
- [6] Debemos aclarar que este no es en lo absoluto un tema nuevo, siendo posible rastrear sus orígenes hasta investigadores destacados en la historia de la psicoterapia grupal (Foulkes & Anthony, 1957; Yalom, 1975; Slavson, 1976; Foulkes, 1981), así como también en investigadores más recientes (Salvendy, 1996, en Kaplan & Sadock, 1996)

Referencias

- Alexander F., French Th. (1960). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Anzieu, D. (1998). *El Grupo y el Inconsciente: Lo Imaginario Grupal*, 4ª Edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. & Martin, J. (1971). *La Dinámica de los Grupos Pequeños*. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
- Bion, W.R. (1963). *Experiencias en Grupos*, 1ª Reimpresión, México: Editorial Paidós.
- Brook, D. (1996). Terapia de Grupo en la Ansiedad y Trastornos del Humor. En Kaplan, H., Sadock, B. (Eds.), *Terapia de Grupo* (410-430), Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Burlingame, G. & Barlow, S. (1996). Outcome and Process Differences Between Professional and Nonprofessional Therapists in Time-Limited Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 455-475.
- Cortés, J. (2004). Estudio Exploratorio de la Efectividad del Grupo de Experiencia como Método de Aprendizaje en el Ámbito de la Salud. *Terapia Psicológica*, 22, 77-82.
- Davanzo, H. (1983). Algunas Diferencias entre Psicoanálisis, Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica y Psicoterapia Analítica de Grupo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 2, 91-100.
- Del Longo, N. (2001). *Manual Lüsher: Manual para el uso Clínico y no Clínico del Test de Lüsher*, 1ª Edición, Santiago de Chile: CDO Consultores.
- Dies, R. (1985). Leadership in Short-term Group Therapy: Manipulation or Facilitation? *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 435-455.
- Florenzano, R. (1984). *Técnicas de Psicoterapias Dinámicas*, Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Foulkes, S. (1969). Psicoterapia y Psicoterapia de Grupo. En *Manual de Psicoterapia de Grupo*, Kadis, Krasner & Winick (Eds.), México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Foulkes, S. (1981). *Psicoterapia Gruposanalítica: Método y Principios*, 1ª edición, Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Foulkes, S., Anthony, E. (1957). *Group Psychotherapy: Psychoanalytic Approach*, EUA: Penguin Books.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de una Psicología para Neurólogos*. En: *Obras Completas Tomo I*, 4ª Edición (1981), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. En: Freud, S., *Obras Completas Tomo III*, 4ª Edición (1981), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, A. (1954) *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Granucci, J.L. (2000). The Group as Selfobject: Brief Psychotherapy with Women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 363-380.
- Gray, P. (1996). *El Yo y el Análisis de la Defensa*, 1ª Edición, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Greenson, R. (1988). *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*, 7ª Edición, México: Siglo Veintiuno Editores,
- Grijalvo, J. & Insúa, P. (2001). Abordaje Grupal con Jóvenes: Un modelo de Psicoterapia de Grupo de Tiempo Limitado. En *Cuadernos de Bioética [versión digital]*, sección Ensayos e Investigaciones. Obtenido del World Wide Web el 10 de diciembre, 2004, de <http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones18.htm>.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1993). *Identidad y Cambio*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Holmes, S. & Kivlighan, D. (2000). Comparison of Group Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 478-484.
- Klein, M. (1952). Algunas Conclusiones Teóricas sobre la Vida Emocional del Bebé. En: Klein, M., *Obras Completas: Envidia y Gratitud y otros Trabajos* (70-101). 1ª reimpresión, Buenos Aires, Paidós.
- Klein, R. (1985). Some Principles of Short-term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 309-329.
- Klein, R. (1996). Terapia de Grupo Breve. En *Terapia de Grupo*, Kaplan, H. & Sadock, B. Eds., Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Laplanche & Pontalis (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lewin, K. (1969). *Dinámica de la Personalidad*. Madrid: Editorial Morata.
- Lewin, K. (1978). *La Teoría del Campo en la Ciencia Social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Luft, J. (1976). *La Interacción Humana*. Madrid: Editorial Marava.
- Mackenzie, K.R. (1997). *The Managed Group Psychotherapy*. EUA: American Psychiatric Press.
- Mackenzie, R. (1996). Time-Limited Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 41-59.
- Menzies Lyth, I. (1980). La Contribución de Bion a Pensar Sobre Grupos. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 14, 9-13.
- Olmsted, M. (1966). *El Pequeño Grupo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Pérez Sánchez, A. (1996). *Prácticas Psicoterapéuticas*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Pines, M. & Hearst, L. (1996). Análisis de Grupo. En *Terapia de Grupo*, Kaplan, H., Sadock, B. (Eds.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Piper W., McCallum, M., Joyce, A., Rosie, J. & Ogrodniczuk, J. (2001). Patient Personality and Time-Limited Group Psychotherapy for Complicated Grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525-549.
- Piper, W. (1996). Investigación sobre Terapia de Grupo. En *Terapia de Grupo*, Kaplan, H., Sadock, B. (Eds.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Piper, W. & Joyce, A. (1996). A Consideration of Factors Influencing the Utilization of Time-Limited, Short-Term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 311-327.
- Querol, S. & Chaves, M. (1997). *Adaptación y Aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*, 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Psiqué.
- Rice, A.H. (2003). Interpersonal Problems of Persons with Personality Disorders and Group Outcomes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53, 155-173.
- Salvendy, J. (1996). Selección y Preparación de Pacientes. Organización del Grupo. En *Terapia de Grupo*, Kaplan, H., Sadock, B. Eds. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sanhueza, J. (2003 [1990]). *Evaluación del Cambio en Psicoterapia: Un Estudio de Resultados* (Comunicación Personal), en Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J.: *Evaluación del Cambio en Psicoterapia: Un Estudio de Resultados*. *Revista Terapia Psicológica*, IX.
- Scheidlinger, S. (1996). Historia de la Psicoterapia de Grupo. En *Terapia de Grupo*, Kaplan, H., Sadock, B. (Eds). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Slavson, S. (1976). *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sprott, W. (1964). *Grupos Humanos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Thumala, E. (2003). Psicoterapia Analítica de Grupo: Una Alternativa Viable para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad. En *Trastornos de Personalidad: Hacia una Mirada Integral*, Véjar, R., Oksenberg, A. [eds.], Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, Chile.
- Yalom, I. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2ª Edición, E.U.A: Basic Books.

Una Perspectiva Evolutiva de las Diferencias de Género en la Presencia de Trastornos Depresivos

An Evolutional Perspective on Gender Differences when in Presence of Depressive Disorders

Félix Cova Solar*

Departamento de Psicología Universidad de Concepción** Chile

rec: 17-agosto-2004

acep: 12-noviembre-2004

Resumen

Se ha demostrado consistentemente que existe una diferencia de género en relación a la presencia de síntomas y trastornos depresivos «monopulares», siendo éstos claramente más frecuentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital. Además del ya comprobado origen en la pubertad, estudios recientes sugieren que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en la tasas de depresión femenina a partir de los 55 años aproximadamente. Estos cambios a lo largo del ciclo vital obligan a reconsiderar el poder explicativo de las hipótesis biológicas y psicosociales que se han propuesto como causas de estas diferencias.

Palabras claves: diferencias de género, depresión, psicopatología evolutiva.

Abstract

It has been consistently demonstrated that there is a gender difference in relation to the presence of symptoms and the «unipolarity of depressive disorders. These are clearly more frequent in women than in men. Nevertheless, these differences are not stable throughout the vital cycle. Although, it has been already proven it's origin in puberty, recent studies suggest that gender differences in depression decrease starting in late adulthood, especially because of a decreasing depression rate in women starting at approximately 55 years of age. These changes throughout the vital cycle make it a must to reconsider the explanatory power of biological and psycho-social hypothesis which have been proposed as the cause for these differences.

Key words: gender differences – depression – developmental psychopathology

Desde el estudio hoy clásico de Weissman y Klerman (1977) a la actualidad, los estudios epidemiológicos no han hecho sino corroborar la existencia de una mayor prevalencia de los trastornos depresivos “monopulares” en mujeres que en hombres (Bebbington, 1998; Kessler, 2000). Se ha demostrado asimismo que este hallazgo tiene validez, con variantes, en distintos grupos sociales y culturas, si bien se ha observado que en ciertas sociedades menos “modernas” estas diferencias son menos marcadas (Culberston, 1997).

Las tasas de depresión parecen estar aumentando en las últimas décadas (Fombonne, 1995), y algunos investigadores han observado que este incremento es más acentuado en los hombres, lo que tendería a reducir estas diferencias (Wolk & Weisman, 1995); independientemente de esta posibilidad, sin embargo, éstas continúan siendo muy significativas (Weissman, Bland & Canino, 1996). Esto últi-

mo lo corroboran los recientes estudios epidemiológicos realizados en Chile (Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Baker & Torres, 2004; Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001), donde el riesgo de trastornos depresivos es el doble en mujeres que en hombres.

Muchos enfoques se han elaborado para explicar estas diferencias; sin embargo, hasta ahora los resultados obtenidos son poco concluyentes. Una limitación de estos enfoques es que, en general, han intentado explicar las diferencias de género en depresión sin considerar que las semejanzas y disimilitudes entre los géneros no son un fenómeno estático, sino variable en función de las distintas «etapas evolutivas»: los procesos que afectan al desarrollo a lo largo de la vida pueden incrementar o disminuir las diferencias de género en distintos momentos del ciclo vital (Cairns & Kroll, 1994), como de hecho ocurre con los trastornos depresivos (Bebbington et al., 2003).

El objetivo de la presente revisión es presentar las evidencias disponibles respecto a estos cambios en el patrón de diferencias de género relacionadas con el ciclo vital en

* Teléfono: 41-204323, Fax: 41-210266, E-mail: fecova@udec.cl

** Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Barrio Universitario s/n, Concepción.

los trastornos depresivos, y discutir los aportes de los principales enfoques existentes respecto a su posible explicación.

Diferencias de género de depresión a lo largo de la vida: datos epidemiológicos

Los estudios no han observado diferencias importantes en la prevalencia de trastornos depresivos en hombres y mujeres previas a la pubertad (Harrington, 2002). Algunos de ellos han encontrado leves diferencias a favor de los hombres -más depresión en niños- (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1991; Anderson, Williams & McGee & Silva, 1987). Ello pese a que, considerando el conjunto de manifestaciones de problemas emocionales en la niñez, éstos aparecen ligeramente superiores en niñas tanto a nivel de síntomas (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997) como de algunos trastornos, en particular, ansiosos (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998).

A partir de la pubertad, las diferencias en sintomatología emocional entre hombres y mujeres se hacen particularmente notorias, y en ello tiene un rol particularmente significativo el incremento de la tasa de trastornos depresivos en las adolescentes (Hankin & Abramson, 2001). Entre los 13 y 14 años la existencia de mayores tasas de depresión en niñas es ya claramente observable (Wade, Cairney & Pevalin, 2000). Un estudio particularmente relevante al respecto es el de Dunedin, que, confirmando que las diferencias ya son visibles a la edad indicada, muestra que éstas se acentúan notoriamente entre los 15 y 18 años, para luego estabilizarse (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee & Angell, 1998).

No se ha podido determinar consistentemente si este patrón de diferencias presenta cambios entre la juventud y adultez joven respecto a la adultez mediana. Bebbington et al. (2003) encuentra que los hombres presentan las tasas más altas de depresión entre los 45 y 55 años, no observando diferencias en las mujeres. En su conjunto, las tasas globales de trastornos depresivos son bastante similares entre los 18 y 65 años (Vicente et al., 2004).

Algunos estudios sugieren que en las últimas décadas de la vida las tasas de trastornos depresivos disminuyen en la mujer, sin que esté muy claro a partir de qué edad ello se produciría. Uno de los estudios más importantes al respecto es el National Survey of Psychiatry Morbidity (Bebbington et al., 2003), que muestra una disminución clara de estos trastornos en las mujeres mayores de 55 años; en hombres, por el contrario, se ha observado, en algunas investigaciones, un incremento de la presencia de sintomatología y trastornos depresivos en hombres luego de esta edad en comparación con la adultez joven (Araya et al., 2001; Bebbington et al., 2003).

La investigación epidemiológica de los trastornos depresivos en la vejez propiamente tal también es poco con-

cluyente hasta la fecha, tanto respecto a la prevalencia global de trastornos depresivos como de su distribución por sexo (Steffens, Skoog, Norton & Hart, 2000). El estudio epidemiológico de Cache County encuentra una tasa de depresión elevada en personas de más de 65 años, y una razón mujer-hombre de 2:1 (Steffens et al., 2000). En cambio, otros estudios muestran una disminución de la tasa de trastornos depresivos en mujeres en la vejez que la hace igual o levemente inferior a la tasa de depresión en hombres mayores (Bebbington et al. 2003; Brown, Milburn & Gary, 1992).

Pese a que es una conclusión todavía provisoria, este conjunto de resultados sugiere que las diferencias de género en trastornos depresivos disminuyen en las últimas etapas de la vida, y que ello se debe principalmente a la disminución de la presencia de éstos en las mujeres (Bebbington et al., 2003; Rutter, Carpi & Moffitt, 2003).

Un tema crítico para el estudio de las diferencias de las diferencias de género en depresión es determinar si el curso y la recurrencia del trastorno es semejante en hombres y mujeres. Las evidencias disponibles también son controvertidas. Los datos del National Comorbidity Survey (NCS) indican que no hay diferencias en este aspecto (Kessler, 2000). De ser ello exacto, la explicación de las diferencias de género debiera estar relacionada con la existencia de una mayor tasa de incidencia de un primer episodio depresivo en mujeres. Sin embargo, otros estudios han mostrado mayores tasas de recurrencia y cronicidad en la depresión en mujeres (Stefánsson, Lindal & Björnsson, 1994; Bracke, 1998). El tema requiere más investigación que clarifique estos resultados contradictorios.

Diferencias de género en trastornos depresivos: hipótesis explicativas

Se han desarrollado múltiples hipótesis para explicar las diferencias de género en depresión, ninguna de las cuales ha logrado evidencias concluyentes (Rutter et al., 2003). Aun cuando, en principio, éstas aparecen como opciones alternativas, no necesariamente son incompatibles entre sí y pueden ser, en ocasiones, complementarias. Con el fin de discutir sus aportes, se presentan a continuación las hipótesis que mayor importancia tienen, agrupadas esquemáticamente en tres ámbitos: hipótesis biológicas, psicosociales y artificiales.

1.- Hipótesis biológicas

Las hipótesis que más han puesto atención a las variaciones en las diferencias género de los trastornos depresivos a lo largo del ciclo vital son las biológicas, particularmente las centradas en el funcionamiento de las hormonas reproductivas (en particular, en el rol de los estrógenos y progesterona). El que el aumento de la tasa de trastornos

depresivos en mujeres se produzca a la par con el incremento de estas hormonas en la pubertad y tienda a disminuir en la postmenopausia, ha hecho muy atractiva esta hipótesis (Rutter et al., 2003). Sin embargo, la influencia de las hormonas reproductivas en el desarrollo de trastornos depresivos no ha podido ser claramente demostrada ni en la pubertad (Buchanan, Eccles & Becker, 1992) ni en el mayor riesgo de trastornos depresivos ligados al parto (Whiffen, 1992). La hipótesis de una relación entre las alteraciones hormonales de la fase climatérica y trastornos depresivos ha sido consistentemente descartada (Mathews, Wing, Kuller, Costello & Caggiula, 1990). La existencia de un trastorno afectivo vinculado al ciclo menstrual todavía es controversial (Otero, 2000), y tampoco ha podido demostrarse que los factores hormonales sean los desencadenantes (Parry, 1994). Sí se ha observado, sin embargo, que los anticonceptivos orales incrementan el riesgo de sintomatología depresiva (Hamilton, Parry & Blumenthal, 1988). Por otra parte, en relación a las hormonas masculinas, las evidencias respecto al rol de la testosterona como factor protector de la depresión también son limitadas (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999).

Pese a esta falta de resultados consistentes hasta ahora en relación a la influencia de las hormonas reproductivas en los trastornos depresivos, todavía están en estudio diversas hipótesis, unas más centradas en la relación entre éstas y el sistema nervioso, otras en la influencia de los estrógenos en otras hormonas aparentemente relacionadas con la respuesta depresiva -como el cortisol-, que no permiten descartar completamente su relevancia (Correa, 2000; Halbreich & Lumley 1993).

Dado que se ha demostrado que los trastornos depresivos están influidos en forma importante por determinantes genéticos (Sullivan, Neale & Kendler, 2000), se ha investigado la posibilidad que existan factores genéticos que contribuyan a las diferencias de género. Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido encontrar respaldo empírico consistente para esta hipótesis (Kendler & Prescott, 1999), ni menos respecto a cómo los factores genéticos podrían contribuir a que las tasas diferenciales de depresión entre hombres y mujeres cambien a lo largo de la vida. Una excepción relevante a esto es el estudio de Silberg et al., (1999), quienes observaron que un factor genético, «activado» en la adolescencia, tiene un rol mediador importante en la mayor vulnerabilidad de las chicas a presentar trastornos depresivos al enfrentarse a eventos vitales adversos.

Los trastornos depresivos de inicio temprano parecen tener un menor componente hereditario que los de inicio en la adolescencia (Harrington, Rutter & Fombone, 1996), y ello podría contribuir a explicar por qué en la niñez no se observan el patrón habitual de diferencias de género en depresión en esta etapa.

Los factores genéticos pueden tener un rol significativo en la vulnerabilidad diferencial a la depresión en forma

indirecta, a través de su influencia en características con un componente biológico hereditario, tales como un temperamento ansioso o un neuroticismo más elevado, más frecuentes en mujeres (Kendler, Thorton & Prescott, 2001; Zahn-Waxler, 2000). Algunos autores han planteado que la necesidad afiliativa en las mujeres se acentuaría luego de la adolescencia, constituyendo un factor de vulnerabilidad depresiva, y que estaría en parte influido por la secreción de oxitocina (Cyranowski, Frank & Shear, 2000).

Aun cuando no es un factor sólo biológico, resulta interesante destacar toda la investigación que se ha generado en torno a los trastornos ansiosos, más frecuentes y tempranos en mujeres, como un posible determinante de la mayor vulnerabilidad femenina a la depresión (Breslau, Chilcoat, Peterson & Shultz, 2000). Sin embargo, Kessler (2000) ha indicado que el análisis de los efectos de trastornos psicopatológicos previos en las diferencias de género en depresión no debe considerar sólo trastornos más probables en mujeres, como los ansiosos, sino también los más probables en hombres, de modo de no sesgar las conclusiones. Los datos del NCS indican que al controlar por la historia de psicopatología, el poder explicativo de los trastornos ansiosos disminuye en forma importante (Kessler, 2000).

Aparte de los factores genéticos y hormonales reproductivos, se han explorado varios otros posibles determinantes biológicos de las diferencias de género en depresión. Sin embargo, estas líneas de investigación todavía no permiten obtener resultados muy claros, y no contribuyen a explicar los cambios en las tasas de trastornos depresivos en hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital, aunque sí podrían contribuir a explicar la mayor vulnerabilidad femenina. Heller (1993) ha sugerido la existencia de diferencias neuropsicológicas relacionadas con la activación cerebral y con la organización cerebral de las funciones cognitivas que, en la interacción con el ambiente, contribuirían a una mayor depresión en mujeres. Existen algunas evidencias de que el metabolismo de las monoaminas podría diferir en hombres y mujeres (Halbreich & Lumley 1993) y también algunos procesos del sistema serotoninérgico (Wurtman, 1993).

Los trastornos del eje hipotalámico-hipofisario son aparentemente más frecuentes en mujeres y, dada su relación con la presencia de trastornos depresivos, son otro factor biológico que contribuiría a la mayor prevalencia de depresión en éstas (Piccinelli & Wilkinson, 2000). En esta misma dirección, se ha logrado evidencia asimismo que la mayor frecuencia de depresión en el postparto podría estar relacionada con una disfunción tiroidea (Jadresic, 2000).

2.- Hipótesis psicosociales

Las hipótesis psicosociales destacan dos aspectos interrelacionados: 1) los factores culturales y sociales que

pueden determinar una vulnerabilidad diferencial en cada género a la depresión, a través de su influencia en el desarrollo emocional, social y cognitivo de mujeres y hombres; 2) la existencia de diferencias en la exposición a circunstancias de adversidad favorecedoras de depresión.

Entre los primeros, se ha destacado que los procesos de socialización, roles y estereotipos genéricos, incentivarían en la mujer un mayor desarrollo de emociones como la empatía y la culpa, más dificultades para procesar la rabia, para comportarse asertivamente y para proteger sus necesidades de autoactualización, así como un uso más habitual de afrontamiento pasivo, centrado en las emociones y rumiativo frente a las experiencias negativas. Se han encontrado evidencias de que estas características son efectivamente más frecuentes en mujeres y de su relación con una mayor vulnerabilidad a la depresión (Zahn-Waxler, 2000; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). También se ha demostrado que la autoestima corporal es más relevante y vulnerable en las mujeres, lo que constituiría un factor de riesgo importante, en especial en la adolescencia (Harter, 1998). Otras características que también se han visto asociadas a la vulnerabilidad a la depresión y en que se han observado diferencias de género, aunque menos consistentes, es en el grado de significación dado a la calidad de las relaciones interpersonales y a sentirse responsable por el bienestar de otros, que serían más frecuentes en mujeres (Leadbeater, Blatt & Quinlan, 1995). La existencia de un estilo atribucional más depresógeno en la mujer no ha podido ser demostrado (Nolen-Hoeksema et al., 1999), aunque algunos autores sostienen que, cuando es medido en forma apropiada, las evidencias son positivas (Hankin & Abramson, 2001).

Al ser este conjunto de factores menos prevalentes en los hombres, las experiencias adversas de la vida y la disforia generada por éstas no tendrían el mismo impacto depresógeno en éstos; además, la respuesta depresiva sería menor por las pautas de socialización y las formas de vida socialmente estimuladas, que determinarían un modo distinto de experimentar, afrontar y expresar el malestar emocional en los hombres y las mujeres (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999; Cochrane, 1992).

Una fuerte crítica a este planteamiento ha sido propuesta por Kessler (2000), quien señala que cuando se controla el efecto de existencia de un trastorno depresivo previo, las asociaciones entre variables personales y diferencias de género en depresión disminuyen de forma importante. Sin embargo, perfectamente esas variables podrían ser relevantes en especial para el desarrollo de un primer episodio, el que a su vez puede contribuir, por sí mismo, a una mayor vulnerabilidad posterior a un nuevo episodio (Rohde, Lewinsohn & Seeley, 2003). Ello a su vez es concordante con los datos que indican que los primeros episodios de depresión tienen un factor psicosocial

desencadenante más claro que los posteriores (Brown, Harris & Hepworth, 1994).

Kendler et al. (2001) encuentran que hombres y mujeres tienen diferentes sensibilidades al efecto de algunos eventos vitales, y que efectivamente se observa que a las mujeres les afectan más los problemas interpersonales y a los hombres los relacionados con el trabajo y divorcio. Sin embargo, en este estudio estas diferencias no contribuyen a explicar las diferencias globales de género en las tasas de depresión.

Por otra parte, se ha propuesto que las circunstancias vitales en sí mismas a que están expuestas con mayor frecuencia las mujeres serían más depresógenas que las de los hombres. Entre éstas destaca la mayor exposición a experiencias de abuso sexual y violencia sexual (Koss, 1993).

La pobreza, el desempleo y baja educación son un factor de riesgo de trastornos depresivos y se ha demostrado que las mujeres están más expuestas a ellos (Lewis et al., 1998). Un factor relevante asociado a estas condiciones es el verse más expuesta a la crianza de niños como “jefas de hogar”, con bajo soporte social y económico, lo que es un demostrado factor de riesgo de depresión (Targosz et al., 2003); también se ha observado que el ser «dueña de casa» es un factor de riesgo cuando se realiza en condiciones adversas, con estresores múltiples, especialmente derivados del cuidado de los niños, y con bajo soporte social (Brow & Harris, 1978).

Las mujeres han accedido progresivamente al trabajo remunerado fuera de casa, que constituye un factor protector de depresión en ambos géneros (Cochrane, 1992), en especial en las sociedades o culturas donde se ha desvalorizado el rol tradicional de la mujer (Bebbington, 1999). Sin embargo, se ha observado que en las mujeres el trabajo remunerado implica, con frecuencia, una sobrecarga al ser habitual que mantengan la responsabilidad principal del hogar y del cuidado de niños, enfermos y ancianos, generando tensión con estos otros roles. No obstante, los estudios empíricos no han demostrado que ello tenga un efecto directo significativo en las mayores tasas de depresión en mujeres (Kessler, 2000; Weich, Slogett & Lewis, 1998, 2001), aun cuando sí se ha mostrado que contribuye indirectamente al acentuar las respuestas de afrontamiento “rumiativas” (Nolen-Hoeksema et al., 1999).

Se ha señalado asimismo que ciertos factores negativos de la vida de pareja afectarían más a las mujeres, quienes experimentan un menor poder en sus relaciones que sus parejas masculinas (Nolen-Hoeksema, 1990), se sienten menos satisfechas en su vida conyugal y reciben menos apoyo emocional de parte de sus esposos que el que entregan (Nolen-Hoeksema et al., 1999). La violencia física y emocional en la relación de pareja es un factor relacionado claramente con los trastornos depresivos al que están más expuestas las mujeres (Krug, Dalhberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Larraín, 1994).

El efecto de estos factores en las diferencias de género en trastornos depresivos no ha sido medido directamente, aunque sí se ha estudiado la relación entre matrimonio, género y depresión. Los resultados más concluyentes indican que no hay diferencias de importancia en las tasas de depresión de mujeres casadas y no casadas, a diferencia de los hombres, indicando que, aunque el matrimonio en sí mismo no es un factor de riesgo para la mujer, sí tiene un efecto protector del bienestar emocional para los hombres que no tiene para las mujeres (Bebbington, 1999).

Una discusión metodológica ha surgido a propósito del sesgo que puede implicar intentar explicar las diferencias de género en depresión evaluando sólo factores que afectan a un género más que al otro. Así, Kessler (2000) observa que el abuso sexual es un factor explicativo de las diferencias de género en depresión sólo cuando se le considera en forma aislada; sin embargo, al hacer un control global de todos los tipos de «experiencias traumáticas» que pueden afectar a ambos géneros, no se observa una contribución especial de éstas a la mayor presencia de trastornos depresivos en mujeres (Kessler, 2000). A una conclusión semejante llega Kendler et al. (2001): pese a que hombres y mujeres están expuestos a distintos tipos de eventos negativos con mayor frecuencia, no se observa un peso significativo de estas diferencias en las tasas de género diferenciales de depresión.

Otro desafío que enfrentan las hipótesis psicosociales es cómo explicar que la mayor tasa de trastornos depresivos en mujeres se observe ya en la adolescencia, donde varios de éstos todavía no están presentes (Kessler, 2000), así como la disminución de las diferencias en las tasas de trastornos entre mujeres y hombres en la adultez tardía y vejez. Parece razonable pensar que los factores ligados al origen de las diferencias de género en depresión deben tener algo en común con aquellos que contribuyen a su mantención (aun cuando su expresión varíe en función de la etapa evolutiva), y también con aquellos que contribuyen a su disminución, pese a que es necesario considerar también que hay evidencias de que las causas de los trastornos en distintas etapas de la vida pueden variar (Lemos, 1996). La revisión de los factores que se han analizado permite sostener que efectivamente tienen alguna continuidad a lo largo de la vida. En particular, los factores de vulnerabilidad personal que se han descrito es posible que tengan efectos a partir de la adolescencia, pero no dejan de estar presentes en la vida adulta. Ello explicaría que si bien los factores sociales que inciden sobre esta vulnerabilidad van cambiando, el efecto depresógeno resulte equivalente. Así es posible que el estilo de afrontamiento más pasivo y rumiativo pueda contribuir a que se presenten más episodios de depresión tanto en la adolescencia como en la adultez, aun cuando los estresores enfrentados sean distintos.

3.- Hipótesis artificiales

Hasta ahora se han presentado explicaciones de las diferencias de género en depresión que, asumiendo los resultados de los estudios epidemiológicos, suponen que éstas son un dato bien establecido. Sin embargo, casi tan temprano como los estudios que mostraban más trastornos depresivos en mujeres, surgieron interrogantes respecto del efecto que en las investigaciones podrían estar teniendo ciertos sesgos epistemológicos y metodológicos (Young, Fogg & Scheftner, 1990).

Algunos de estos sesgos eran de relativamente fácil resolución y fueron prontamente superados por los estudios epidemiológicos más sofisticados: evitar estudios centrados en muestras clínicas o el empleo de instrumentos diagnósticos dependientes de la subjetividad del entrevistador (Culbertson, 1997).

Sin embargo, más complejo es determinar si los constructos psicopatológicos empleados y sus criterios definitorios son igualmente apropiados para ambos géneros (Widiger & Spitzer, 1991). Todavía existe controversia a este respecto (Sprock & Yoder, 1997). Algunos autores han planteado que los criterios tradicionales de valoración de los trastornos y síntomas depresivos son más aptos para captar la forma en que las mujeres tienden a experimentar estas vivencias, corriendo incluso el riesgo de patologizar algunas experiencias habituales y no necesariamente desadaptativas, y no son, por el contrario, adecuados para captar las formas negativas de vivencia emocional más centrales en los hombres (Stapley & Haviland, 1989). Esto resulta coherente con los estudios que indican que las experiencias de disforia se expresan en el hombre con mayor intensidad a través de impulsos y acciones, en cambio, en la mujer están caracterizadas por una mayor tendencia a focalizar la atención en el sentimiento experimentado, con ausencia de hostilidad manifiesta (Gjerde, 1995). De allí que se plantee que este tema requiere mayor atención en la investigación futura (Sprock & Yoder, 1997).

Diversos investigadores han planteado asimismo que las conductas externalizadoras como el consumo de sustancias y la impulsividad y la violencia serían formas más habituales en hombres de reaccionar frente a las experiencias negativas y de manifestación del malestar emocional, y podrían ser considerados «equivalentes depresivos» (Dawson & Grant, 1998). El concepto de «espectro depresivo» ha sido sugerido para identificar una específica interacción genes-ambiente que favorece la depresión en las mujeres y el abuso y dependencia al alcohol en hombres (Piccinelli & Wilkinson, 2000). La no existencia de diferencia de género en las tasas de depresión en los Amish, donde el consumo de alcohol no está permitido, es una evidencia, entre otras, que se ha utilizado para respaldar esta hipótesis (Egeland & Hostetter, 1983), así como algunos hallazgos de estudios que permiten sostener la existencia

de una relación entre la vulnerabilidad genética a los trastornos depresivos y a trastornos externalizadores (Kendler, Davis & Kessler, 1997).

Sin embargo, debe tenerse presente que existe consenso en que tiene más sentido conceptualizar los síntomas depresivos y externalizadores como diferentes formas de respuesta a circunstancias semejantes que como diferentes aspectos de un mismo trastorno (Nolen-Hoeksema, 1990).

Otro aspecto que ha generado inquietud respecto de eventuales sesgos de género, es que se ha hipotetizado que existiría en la mujer una mayor facilidad y disposición para expresar e informar de la presencia de síntomas emocionales (Brody & Hall, 2000); en los hombres, por el contrario, sería más frecuente observar dificultad para identificar, expresar e informar de sus experiencias emocionales (Janz, 2000). Pese a la aparente sostenibilidad de esta hipótesis, los hallazgos disponibles indican que estos factores no son suficientemente importantes como para afectar significativamente los diagnósticos de trastornos depresivos en hombres y mujeres. Un elemento que indica que este sesgo no es tan marcado es que, en general, se ha encontrado que los niveles de discapacidad asociados al diagnóstico de trastorno depresivo en hombres y mujeres son semejantes (Kessler, McGonagle & Swartz, 1993), si bien tienden a ser algo más graves en los hombres en algunos estudios (Fristh, Rojas & Araya, 2003).

Sin embargo, la existencia de diferencias en el grado de reconocimiento, expresión e informe de sus experiencias emocionales entre hombres y mujeres no debe ser minimizada. Por ejemplo, existen evidencias de sesgos genéricos que influyen el informe retrospectivo de síntomas y experiencias emocionales, observándose una mayor tendencia en las mujeres a informar de más vivencias y síntomas depresivos en el pasado que la que informaban en el momento mismo de la experiencia (Madden, Feldman & Pietromonaco, 2000). Ello afecta particularmente a los estudios muy dependientes de información retrospectiva, como los de prevalencia de vida, que tienden a sobreestimar las diferencias de género; sin embargo, ellas, aunque atenuadas, se mantienen en los estudios de prevalencia actual o reciente (Bebbington et al., 2003; Wilhem, Parker & Hadzi-Pavlovic, 1997; Wilhem & Parker, 1994).

En síntesis, es probable que los factores señalados contribuyan a que exista una cierta magnificación de las diferencias de género en la presencia de síntomas y trastornos depresivos. Sin embargo, estas diferencias no pueden ser reducidas a estos factores. La hipótesis artificial tiene poco que aportar, en principio, en la explicación de los cambios en los patrones de diferencias de género a lo largo de la vida, salvo en que el autorreporte de síntomas se hace esencial en el diagnóstico de trastornos depresivos a partir de la adolescencia, y lo es menos en la niñez. Sin embargo, las tasas de trastornos depresivos en la adolescencia son claramente mayores en chicas, también con el empleo de

heteroinformantes, lo que no ocurre en la niñez con igual metodología, lo que limita el poder explicativo de este planteamiento. Debe considerarse además que la depresión como trastorno se hace más frecuente en la adolescencia y ello parece tener relación con elementos del desarrollo socioemocional y cognitivo y no con subdiagnóstico de ésta en la niñez (Rutter, 1986). Por otro lado, no hay evidencias de que la mayor tendencia a informar de síntomas emocionales en la mujer decrezca en la adultez tardía ni que se incremente en los hombres.

Conclusiones

Un adecuado conocimiento de la etiología de la depresión debe ser capaz de explicar las diferencias de género en este aspecto (Hankin & Abramson, 2001; Bebbington, 1998). Por otro lado, la comprensión de estas diferencias puede ser una clave esencial en los mecanismos explicativos de estos trastornos (Rutter et al., 2003). Sin embargo, todavía no se logra construir una teoría con un sólido fundamento. Más aún, estas teorías tienen que ser capaces de explicar no sólo la existencia de estas diferencias, sino sus cambios a lo largo del ciclo vital, lo que, a la fecha, resulta un desafío mayor, así como el de integrar los hallazgos válidos de las distintas hipótesis en una mirada no reduccionista, que articule lo biológico y psicosocial (Rutter, 2002).

Las hipótesis biológicas no han logrado el sustento esperado pese a la gran investigación que han merecido, en particular, las centradas en el rol de las hormonas reproductivas. Sin embargo, los hallazgos epidemiológicos, en especial los recientes que aportan evidencias respecto a la disminución de los trastornos depresivos en la postmenopausia en la mujer, hacen que el interés por ellas continúe vigente.

Las hipótesis psicosociales han logrado diversas evidencias que las respaldan (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Bebbington, 1996, 1999), pero no son capaces de explicar de manera consistente el origen de las diferencias de género en la adolescencia y su aparente disminución en la vejez, y todavía deben superar diversas limitaciones metodológicas. Las hipótesis artificiales muestran que se debe tener cuidado con los factores que amplifican artificialmente las diferencias de género, pero su poder explicativo es limitado.

Los datos disponibles sugieren que el estrechamiento de las diferencias de género en la vejez no se debe principalmente al incremento de la depresión en hombres sino a su disminución en la mujer (Bebbington et al., 2003). La explicación de por qué podría disminuir la depresión en la mujer en esta etapa permanece como un enigma, más aun si se consideran los múltiples estresores que son propios de esta etapa de la vida y que afectan por igual a hombres y mujeres. En el incremento relativo de la depresión en los

hombres es probable que un factor principal sea la alta vulnerabilidad que presentan ante la pérdida de la pareja (Kendler et al., 2001; Stroebe & Stroebe, 1983), así como factores derivados del cambio de roles laborales propio de esta etapa.

Sin embargo, debe considerarse que la investigación epidemiológica de los trastornos depresivos en la vejez todavía no permite obtener resultados concluyentes. Es posible que el tipo de instrumento empleado en algunos estudios no sea el más apropiado (Steffens et al., 2000), y además existe un posible efecto de cohorte que no ha sido controlado, relativo al aumento que están teniendo las tasas de depresión, cuyo efecto es probablemente más fuerte en las generaciones más recientes (Fombonne, 1995). De allí que la búsqueda de explicaciones más definitivas a los cambios en las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos a lo largo del ciclo vital deba esperar el resultado de estudios longitudinales. Estos estudios deberían permitir aclarar asimismo si las diferencias de género se explican fundamentalmente por tasas de incidencia de primeros episodios más tempranos y frecuentes en mujeres, o por una mayor recurrencia y cronicidad de los trastornos en éstas, lo que resulta un tema esencial para analizar la validez de las distintas hipótesis explicativas.

Referencias

- Anderson, J., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Bebbington, P. (1996). The origins of sex differences in depressive disorders: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8, 295-332.
- Bebbington, P. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Bebbington, P. (1999). Psychosocial causes of depression. *The journal of gender-specific medicine*, 2, 52-60.
- Bebbington, P., Dunn, G., Jenkins, G., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M. & Meltzer, H. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15, 74-83.
- Bracke, P. (1998). Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 420-429.
- Breslau, N., Chilcoat, H., Peterson, E. & Schultz, L. (2000). Gender differences in major depression: the role of anxiety. En E. Frank (Ed.) *Gender and its effects on psychopathology* (. 131-150). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Brody, L. & Hall, J. (2000). Gender, emotion, and expression. En M. Lewis & J. Haviland-Jones (pp. 338-349). New York: The Guilford Press.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social origin of depression: A study of psychiatric disorders in women*. Londres: Tavistock.
- Brown, G.W., Harris, T.O., Hepworth C. (1994). Life events and endogenous depression: A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.
- Brown, G.W., Milburn, N.G. & Gary, L.E. (1992). Symptoms of depression among older African-Americans: an analysis of gender differences. *Gerontologist*, 32, 789-795.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S. & Becker, J. B. (1992). Are adolescent the victims of raging hormones: Evidence for activational effects of hormones and behaviors at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- Cairns, R. B. & Kroll, A. (1994). Developmental perspective on gender differences and similarities. En M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Development Through Life. A Handbook for Clinicians* (350-372). London: Blackwell Science Ltd.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cochrane, R. (1992). Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. En J.L.Alvaro (Ed.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*, México, DF: Siglo XXI.
- Correa, E. (2000). Trastorno disfórico premenstrual. En E. Correa & E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (pp. 67-94). Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Crijnen, A., Achenbach, T. & Verhulst, F. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Culbertson, F.M. (1997). Depression and gender. *An International Review*, 52, 25-31.
- Cyranski, J., Frank, E. & Shear, M. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1-10.
- Dawson, D.A. & Grant, B.F. (1998). Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM-IV alcohol dependence and major depression. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 97-106.
- Egeland, J.A. & Hostetter, S.M. (1983). Amish study I: Affective disorders among the Amish, 1976-1980. *American Journal of Psychiatry*, 140, 56-61.
- Fombonne, E. (1995). Depressive disorders: time trends and putative explanatory mechanisms. En M. Rutter & D. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 544-615). Chichester: Wiley.
- Fritsch, R., Rojas, G. & Araya, R. (2003). La discapacidad en los trastornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 40, 9-16.
- Gjerde, P. F. (1995). Alternative pathways to chronic depressive symptoms in young adults: Gender differences in developmental trajectories. *Child Development*, 66, 1277-1300.
- Halbreich, U. & Lumley, L.A. (1993). The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance. *Journal of Affective Disorders*, 29, 159-173.
- Hamilton, J.A., Parry, B.L. & Blumenthal, S.J. (1988). The menstrual cycle in context: I. Affective syndromes associated with reproductive hormonal changes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 474-470.
- Hankin, B. & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R. & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Harrington, R. (2002). Affective Disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4ª ed., . 463-485). Oxford: Blackwell.
- Harrington, R., Rutter, M. & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Harter, S. (1998). The development of self-representation. En W.D. (Editor Serie) & N. Eisenberg (Editor Volumen), *Handbook of child psychology. Vol 3 Social, emotional, and personality development* (5ª ed., . 553-617). New York: Wiley & Sons.
- Hartung, C. M. & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin*, 123, 260-278.

- Heller, W. (1993). Gender differences in depression: Perspectives from neuropsychology. *Journal of Affective Disorders*, 29, 129-143.
- Jadresic, E. (2000). Trastornos depresivos postparto. En E. Correa & E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (pp. 23-43). Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Jansz, J. (2000). Masculine identity and restrictive emotionality. En A. Fischer (Ed). *Gender and Emotion. Social Psychological Perspectives* (pp. 166-186). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kendler, K.S., Davis, C.G. & Kessler, R.C. (1997). The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 541-548.
- Kendler, K.S. & Prescott, C.A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in man and woman. *Journal of American Psychiatry*, 56, 39.
- Kendler, K.S., Thorton, L. & Prescott, C. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158, 585-593.
- Kessler, R.C. (2000). Gender differences in major depression. En E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. APA: Washington DC (pp. 61-84).
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey, I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Koss, M.P. (1993). Rape: scope, impact, interventions, and public policy responses. *American Psychologists*, 48, 1062-1069.
- Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Larain, S. (1994). Violencia puertas adentro. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.
- Leadbeater, B.J., Blatt, S.J. & Quinlan, D.M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescent. *Journal of Research on Adolescence*, 5, 1-29.
- Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en Niños y Adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescent. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 107, 109-117.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrel, M., Gill, B., Jenkin, R. & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 352, 605-609.
- Madden, T., Feldman Barret, L. & Pietromonaco, P. (2000). Sex differences in anxiety and depression: Empirical evidence and methodological questions. En A. Fischer (Ed). *Gender and Emotion. Social Psychological Perspectives* (pp. 277-298). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mathews, K.A. Wing, R.R., Kuller, L.H., Costello, E.J. & Caggiula, A.W. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 345-351.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. & Seligman, M.E.P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 233-245.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S. & Rusting, C.L. (1999). Gender differences in well-being. En D.Kahneman, E.Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 330-350). New York: Russell Sage Foundation.
- Otero, A. (2000). Síndrome premenstrual. En J. Vallejo & G. Ferrer (Eds.), *Trastornos afectivos y de ansiedad* (pp. 808-829). Barcelona: Masson.
- Parry, B.L. (1994). Biological correlates of premenstrual complaints. En J.H.Gold and S.K.Severino (Eds.), *Premenstrual dysphorias* (pp. 47-66). Washington DC: APA.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (2003). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 264-271.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. En M.Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in young people*. New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73, 1-21.
- Rutter, M., Caspi, A. & Moffit, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D. & Eaves, L. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-232.
- Sprock, J. & Yoder, C.Y. (1997). Woman and depression: An Update on the report of the APA Task Force. *Sex roles*, 36, 269-303.
- Stapley, J. & Haviland, J. (1989). Beyond depression: gender differences in normal adolescents' emotional experiences. *Sex Roles*, 20, 295-308.
- Stefánsson, J.G., Lindal, E. & Björnsson, J.K. (1994). Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 119-125.
- Steffens, D.C., Skoog, I., Norton, M.C. & Hart, A.D. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Archives of General Psychiatry*, 57, 601-610.
- Stroebe, M.S. & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93, 279-301.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression. Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, R., Jenkins, M., Farrel, M. & Meltzer, H. (2003). Lone mother, social exclusion and depression. *Psychological Medicine*, 33, 715-722.
- Vicente, B., Riosco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305.
- Young, M.A., Fogg L.F. & Scheftner, W.A. (1990). Sex differences in the lifetime prevalences of depression. *Journal of Affective Disorder*, 187-192.
- Wade, T., Cairney, J. & Pevalin, D. (2000). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 190-198.
- Weich, S., Sloggett, A. & Lewis, G. (1998). Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 489-493.
- Weich, S., Sloggett, A. & Lewis, G. (2001). Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders in Britain: a 7 year, population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 31, 1055-1064.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1977). Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M.M., Bland, R.C. & Canino, G.J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of American Medical Association*, 276, 293-299.
- Widiger, T. A. & Spitzer, R. L. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 11, 1-22.
- Wilhem, K. & Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: fact o artefact? *Psychological Medicine*, 24, 97-111.

- Wilhem, K., Parker, G. & Hadzi-Pavolic, D. (1997). Fifteen years on: involving ideas in researching sex differences in depression. *Psychological Medicine*, 27, 875-883.
- Whiffen, V.E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12, 485-508.
- Wolk, S.I. & Weissman, M.M. (1995). Woman and depression. En J.M.Oldham & M.B. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry*, 14, 227-259.
- Wurtman, J.J. (1993). Depression and weight gain: the serotonin connection. *Journal of Affective Disorders*, 29, 183-192.
- Zahn-Waxler, C. (2000). The development of empathy, guilt, and internalization of distress. implications for gender differences in internalizing and externalizing problems. En R. Davidson *Anxiety, Depression and Emotion: Wisconsin Symposium on Emotion, Vol. 1* (pp. 222-265). New York: Oxford Press.

Psicoanálisis, Rorschach y Creatividad: Una Condensación Integrativa

Psychoanalysis, Rorschach and Creativity: An Integrative Condensation

Fernando Araos U.

rec: 15-abril-2004

acep: 17-abril-2005

Resumen

Desde la perspectiva de considerar el grado de creatividad que involucra una respuesta Rorschach, el autor aborda el tema de la construcción de símbolos desde la mirada del psicoanálisis. Discute en torno al tema de la creatividad y su relación con las respuestas regresivas en el test. Considerando los procesos que se ponen en juego en una respuesta Rorschach, intenta entregar algunas reflexiones que permitan discriminar mejor entre lo que podría ser un contenido creativo, de una formulación psicótica. Considera similitudes y diferencias de ambos procesos.

Palabras clave: Rorschach, símbolos, creatividad, pensamiento.

Abstract

From a perspective that considers the degree of creativity involved in a Rorschach answer, the author approaches the subject of symbols' construction from the psychoanalytic theory point of view. Discusses the creativity problem and its relationship with regressive answers in the test. Considering the processes that come into play in a Rorschach answer, tries to elaborate some reflections that allow a better discrimination between a creative versus a psychotic formulation. Considers similitudes and differences between both processes.

Keywords: Rorschach, symbols, creativity, thought.

Introducción

Referirse al test de Rorschach es decir algo así como psicoterapia puesto que se evoca un término que obliga a tratar de decir sobre qué Rorschach estamos hablando. Si bien en la práctica su uso se ha extendido hasta constituirse actualmente en la herramienta proyectiva más utilizada (Exner 1974, 1995), no es menos cierto que esta técnica se ha mostrado ha menudo confusa para el investigador e irritante, por decir lo menos, para aquellos que creen y confían en las medidas rigurosas. En este trabajo, no se niega la existencia de una cierta objetividad compartida, pero se postula que esto pudiera ser ocasional y hasta aburrido. Parece más atractivo reconocer la primacía de las incertezas, lo irracional e inesperado que descoloca y conmueve haciendo que la curiosidad nos mantenga vivos y siempre nos provoque. Porque podemos metodológicamente detener los procesos para su estudio pero en los hechos, pensamos que la vida no se da a cuentagotas, a pedacitos separados. Tampoco este test.

Valga esta introducción para referirnos brevemente a algunos aspectos históricos del desarrollo de esta técnica

de medición de la personalidad. Sabemos que un año después de la publicación de su "Psychodiagnostik" en 1921, su autor Hermann Rorschach muere producto de la peritonitis. Ocurre entonces que esta técnica, a medio hacer, permanece relegada como un trabajo empírico de escasa acogida. Huérfano de su autor y carente de una teoría de la personalidad que le dé un sustento y fundamento más sólido, el test de Rorschach algunas décadas después, contrae un ¿feliz matrimonio? con la teoría psicoanalítica. Como en todos los matrimonios, esta unión trajo penas y alegrías. El problema mayor puede haber sido el surgimiento de un gran auge en la interpretación de los contenidos en desmedro de la consideración de los aspectos formales del test (Exner 1974).

Por lo mismo en un trabajo previo del autor (Araos, Lobos & Mergudich, 1990), se promueve la necesidad de señalar la escuela Rorschach a la cual el investigador adhiere al trabajar con el test. Algo similar nos parece necesario al referirnos al psicoanálisis. ¿Cuál de todos? porque desde que Freud abandonó la hipnosis como técnica de acceso al inconsciente -hace ya más de un siglo-, numerosos desarrollos se han producido no solo en su técnica sino también en aspectos teóricos fundamentales (Jiménez, 2004). No está demás subrayar el hecho conocido de que las definiciones y aproximaciones a un tema varían acorde

* Dirección postal: Alfredo Barros Errázuriz 1954 Of. 612 Providencia, Santiago, feras@vtr.net

a los marcos teóricos que se adopten. En este trabajo interesa particularmente buscar similitudes entre los planteamientos de distintos teóricos del psicoanálisis y del Rorschach. De esta ambición, a veces más que a integraciones, es probable que se haya accedido a condensaciones, es decir a vinculaciones algunos peldaños más abajo en el desarrollo de los símbolos. De ahí en parte el título del trabajo en el que se aborda el siguiente problema: Cuando el examinado nos entrega una respuesta Rorschach, más allá de su precisa tabulación, ¿qué tenemos allí? ¿qué procesos se han puesto en juego? y ¿cuál es el estatuto de esa producción? Esto en términos de poder entender si la respuesta que finalmente hemos recibido frente a la mancha-realidad del test, se ubica en el ámbito de una producción en que, dicho sintetizadamente, priman aspectos regresivos primarios o se ha logrado una producción creativa e integradora.

Desarrollos

Abordamos el tema con el siguiente ejemplo: la respuesta “Un elefante bailando salsa en la mano de una hormiga que lo sostiene” puede resultar divertida, simpática pero, estrictamente, es una combinación fabulada. Es decir, una Verbalización Patológica (Araos, Iturra & Vergara, 1997). Esto es: tenemos la presencia de pensamiento autista evaluado a partir del grado en que la lámina acota, más o menos, la respuesta que el sujeto entrega. Como dijimos en el artículo previamente citado, la gravedad mayor o menor de esta Verbalización Patológica, variará por ejemplo, según la calidad formal que se le atribuya, la lámina en que este proceso ocurra, o el enjuiciamiento que el examinado tenga de su producción, en fin, diversos factores. Por otra parte, una respuesta como ésta suele suscitar comentarios en torno a por qué no considerar que se trate de una persona muy creativa, un artista supongamos, y entonces no catalogarla como una Verbalización Patológica. Nuestra posición al respecto es que, no obstante podemos y debemos hacer estas consideraciones, la respuesta sigue siendo una Verbalización patológica, pero la interpretación de esta producción variará acorde a lo antes señalado. También, según el tipo de símbolo o nivel de abstracción que consideremos se manifiesta en la respuesta. Esto último, la construcción de símbolos, lo abordamos siguiendo la teoría psicoanalítica, razón por la cual hacemos algunas consideraciones sobre la misma a continuación.

Para algunos autores (Jonghe, Rijnierse & Janssen, 1991), cuando en 1923 Freud plantea en “El yo y el ello” la tópica estructural, destaca una aproximación adaptativa que da pie a la hoy llamada psicología del yo. Desde esta postura denominada como “clásica”, el Complejo de Edipo y las ansiedades castratorias asociadas con él, constituirían el núcleo de la patología y el tema central a abordar en la técnica. Se trata de resolver conflictos intrapsíquicos, los conflictos originados en las vicisitudes de la descarga de la

pulsión. La patología más severa es entendida acá, como reflejando una regresión desde el nivel fálico-edípico. La relación analítica es considerada en esta perspectiva como teniendo tres aspectos fundamentales: la relación transferencial, la relación de trabajo y la relación real. No nos detendremos en la explicación de cada uno de estos niveles de relación.

Por otra parte, el punto de vista que podríamos llamar postclásico, siguiendo al autor antes mencionado (Jonghe et al., 1991), enfatiza la importancia de la temprana infancia y las vicisitudes de la relación del niño con la madre, con sus tempranas y variadas formas de comunicación. Este enfoque subraya la importancia del desarrollo preedípico o pregenital, más exactamente, y su influencia en los desarrollos del aparato mental del adulto. Más que una psicología del conflicto se trata de una psicología del desarrollo y sus detenciones, de las ansiedades y sus vicisitudes. El énfasis se desplaza desde la preocupación por la fase fálica-edípica a la preocupación por los eventos previos. ¿Cuáles serán nuestros énfasis al considerar las respuestas al test desde la mirada psicoanalítica?

Consideremos ahora el tema de los símbolos desde la siguiente perspectiva. Si seguimos la definición de neurosis del diccionario psicoanalítico de Laplanche y Pontalis (1968, p. 236), vemos que allí se señala que se trata de una: “Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa”. En consideración de esta definición y siguiendo a Freud (1923), podemos afirmar que este conflicto intrapsíquico se asienta sobre un aparato mental estructurado de un modo que le permite dar expresión simbólica a sus luchas y que por esto mismo estas pueden ser fundamentalmente internas. Destacando de la definición de neurosis previamente citada la idea de que: “(sus)... síntomas... constituyen compromisos entre el deseo y la defensa”. Podemos derivar, siguiendo a Freud, en la consideración de que los síntomas neuróticos, así como los sueños, los actos fallidos y las transferencias constituyen también la expresión de ideas afectivamente cargadas, deseos que estaban reprimidos. Agreguemos en esta línea de pensamiento a las respuestas al Rorschach, en la medida que éstas involucran el desplazamiento de deseos desde un objeto primario a otro secundario e implican un compromiso entre la realidad de la mancha y el deseo.

Volvamos entonces ahora al ejemplo inicial, la respuesta del elefante con la hormiga. ¿Se trata de una respuesta que podríamos llamar, en términos generales, “psicótica” o “creativa”? Dicho de otro modo y ampliando la discusión, cuando un paciente nos responde algo en que se observa la irrupción del proceso primario, ¿ocurre esto al servicio del yo?, ¿cómo es que esto sucede?, ¿qué es lo que nos está diciendo? Intentamos abordar estas preguntas y tópicos desde la reflexión en torno al concepto de símbolo en Psi-

coanálisis y su cristalización en el Rorschach. Es decir, si algo se (co-) crea en un protocolo Rorschach, ¿será esta producción-respuesta símbolo... de qué? Planteándolo al modo de Britton, Feldman y O'Shaughnessy (1989): ¿De la expresión de un universo plano o de uno tridimensional? En torno al tema de los símbolos, existe una extensa bibliografía psicoanalítica. En su acepción más general hablar de símbolos es tratar de entender el proceso por el cual el interés se transfiere desde un objeto original primario a uno secundario. Algunos autores (Milner, 1952) describen este proceso como dependiente de la identificación del objeto primario con otro que es en realidad diferente. Desde Freud (1893, 1895), podríamos decir que los conflictos en torno al "interés" por el objeto original así como su pérdida, parecen obligarnos a iniciar una suerte de itinerario transferencial que nos lleva a ir creando símbolos y en último término a ir haciendo cultura y estructura. Melanie Klein (1930) nos advierte de la incidencia preponderante en este "viaje" de nuestra agresión en general y del sadismo en particular. Jones (1916) se detiene en precisar cómo este recorrido simbólico se inicia no solo producto de la frustración, las prohibiciones sociales y los temores retaliativos del objeto primario, sino que también se vincula con la necesidad de hacer familiar y cognoscible al mundo externo.

En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1968, p. 406), los autores definen el simbolismo, en lo que llaman su acepción más amplia, como: "...un modo de representación indirecta y figurada..." Destacan que en esta línea en psicoanálisis "...toda formación sustitutiva sería un símbolo". Podríamos considerarlo entonces como un proceso en el que "algo" representa "algo" para "alguien". Por lo tanto, como veremos, lo anterior presupone capacidades que los autores que se irán revisando abordan y describen de distintos modos. Para señalar solo un par de ellas, mencionaremos por ejemplo, a la capacidad de representarse un objeto ausente y también a la capacidad de poder distinguir el símbolo de lo simbolizado, de no permanecer en la unicidad. Laplanche y Pontalis (1968) agregan también que el simbolismo, en sentido más estricto, estaría caracterizado por: "...la constancia de la relación entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente..." Consideran así, en esta última acepción, la llamada herencia filogenética o la idea de las fantasías originarias. Pensamos de acuerdo a esta última definición en aquellos diccionarios de símbolos. Libros de Rorschach que intentan decirnos qué significa una x respuesta en un x lugar de la mancha. Nos parece que es esta una manera equivocada de entender el problema, un modo omnipotente en que creemos poder prescindir de la singularidad del paciente y descubrir significados universales sin sus asociaciones.

Se abordará el tema de los símbolos, de un modo más específico, desde dos autores: Milner y Winnicott.

MILNER

Milner en "El rol de la ilusión en la formación de símbolos" (1952), coincide con Jones (1916) en la idea de que la transferencia del interés desde un objeto primario a uno secundario es esencial en el proceso de la formación de símbolos. Pero se muestra en desacuerdo con él en su proposición de considerar el símbolo psicoanalítico sólo como el representante de un objeto reprimido. Señala también Milner, y esto parece ser el aporte principal de la autora, que el encontrar identidades, ecuaciones o semejanzas, lo familiar en lo que no lo es, no es simplemente patológico, sino que puede ser de valor adaptativo y creativo. Subraya a este respecto, las experiencias de fusión y luego separación de otro y advierte que el problema estaría más bien en las posibilidades de reversibilidad del proceso fusión-separación de la diada.

La tesis de Milner (1952, p. 95) emerge a partir de preguntarse: "¿...qué nos lleva a identificar una cosa con otra que en realidad no es la misma?" Su respuesta permitirá ubicar este proceso identificatorio como un proceso creativo y necesario, que permite la integración del ser y la vida misma. Dice la autora a modo de pregunta: "¿No somos impulsados más bien por la necesidad interna de organización interior, de patrón, de coherencia, la necesidad básica de descubrir la identidad en la diferencia, sin la cual la experiencia se vuelve caos?" (p. 95) La autora considera entonces "...las condiciones bajo las que los objetos primarios y secundarios se fusionan y se sienten como uno y el mismo" (p. 97). Ella intenta "...estudiar algo de las condiciones internas y externas que hacen posible hallar lo familiar en lo desconocido..." (p. 97). Pensemos en las manchas del test. Luego Milner echa mano a la palabra ilusión para explicar la idea de fusión antes mencionada y que, según señala, no sería suficientemente explicada por el término fantasía: "...se requiere la palabra ilusión porque la misma implica que existe una relación con un objeto del sentimiento, aun cuando fantástico, dado que la persona que produce la fusión cree que el objeto secundario es el primario" (Milner 1952, p. 97). Las similitudes de lo expresado por esta autora con los planteamientos de Winnicott que ahora revisamos son evidentes.

WINNICOTT

Winnicott en "Realidad y Juego" (1971) se refiere a la importancia de la adaptación materna a las necesidades del bebé, hecho que le permitiría a éste sostener por el tiempo necesario la ilusión omnipotente de haber creado el mundo. Esta ilusión constituiría el núcleo del vivir creativamente. El autor describe a este tipo de relación, en este estadio, como de "objeto subjetivo": el bebé se relaciona con un objeto creado por él a la medida de sus propias necesidades, es decir, un objeto para su propia satis-

facción, y que además forma parte de sí mismo. Esto es así dado que sólo existe el bebé. No hay acá diferenciación entre yo y no yo. Tampoco hay reconocimiento de la realidad externa. Primero entonces, para este autor, existe la creatividad que pertenece al sentirse vivo, y el mundo es solo un mundo subjetivo. Sobre el objeto subjetivo, el niño ejercerá, por primera vez, su creatividad. Pero necesita que la madre propicie el inicio del uso creativo del mundo, sería ella quien a través de la justa adaptación a las necesidades del pequeño, aumenta la posibilidad del niño de encontrar creativamente los objetos. La creatividad comienza con la creación del objeto subjetivo. Para Winnicott, la creatividad no tiene que ver con la reparación, se trataría más bien de una fuerza innata hacia la salud, sería primaria, presexual e íntimamente ligada a lo que la madre le permite al bebé crear.

El mismo impulso creativo que lo llevó a crear el objeto subjetivo, es el que lo lleva a crear al “objeto transicional”, que lo lleva a crear una obra de arte, que le permite ver algo más que una mancha de tinta en el test. La primera creación del niño es, en consecuencia, el objeto subjetivo. Esto le posibilita que desarrolle su self.

Winnicott en “Realidad y juego” (1971), en un artículo allí publicado del año 1967, examinando la relación del fenómeno transicional con el desarrollo de la cultura, postuló que el objeto transicional, ubicado en el espacio potencial, es decir, en aquella área intermedia de la experiencia situada entre la fantasía y la realidad, es una creación que marca también la aparición del proceso simbólico. Este sería “...la primera posesión no yo, (y constituiría)... la primera utilización de un símbolo por aquél (el infante) y su primera experiencia de juego” (p. 130). Para Winnicott el bebé crea lo que está ahí esperando ser creado. Este precursor de un símbolo es al mismo tiempo parte del infante y parte de la madre. Propone de este modo un concepto relacional que es la cocreación, el símbolo de la unión del bebé con su madre abriendo así un campo a nuevas perspectivas técnicas y teóricas.

Consideramos ahora los efectos que pueden tener para la interpretación del Rorschach la comprensión más acuciosa de los niveles de simbolización que se producen en el transcurso del proceso de responder al test. El ordenamiento mental resultante del encuentro del bebé con el mundo, puede entenderse a la luz del modo en que se va produciendo la formación de símbolos. Pienso que se podría intentar trazar un itinerario de los procesos de transformación y, por tanto, de la situación de los símbolos dentro del suceder de la situación de test.

Destacando la noción de Winnicott de que no existiría algo como un infante aparte de la madre, se puede subrayar la importancia de la relación sujeto-objeto o psicometrista paciente, en la mutua construcción de significados a la luz de un encuadre en el que se despliega “el proceso Rorschach”. En nuestro medio, Infante (1968) pro-

puso la idea de considerar a la interpretación como una “función de la relación”. Entonces, subrayando el hecho de que siendo el lenguaje verbal la herramienta básica a desplegar en la administración del test, debe entenderse que la comprensión de la comunicación en nuestro método, va más allá que el contenido manifiesto y el discurso consciente e incluye todas las formas de comunicación no verbal y de comunicación inconsciente. Así entonces no solo importa la respuesta “un elefante bailando salsa en la mano de una hormiga que lo sostiene” como contenido, sino que también se debe resaltar la cualidad, el modo con que esta respuesta fue dicha. Interesa el tono, las pausas, los gestos que acompañan a la respuesta, etc. Para así poder pronunciarnos con un menor margen de error respecto del rango psicopatológico o del nivel simbólico de la respuesta total.

Determinar el estatus simbólico de la creación de una respuesta Rorschach es un desafío complejo. Para este efecto, los temas de la creatividad-sublimación y el de la formación de símbolos requieren ser sistemáticamente entendidos y abordados. Autores como Shafer (1954) y Rapaport (1959) se han referido al tema del proceso de responder en el test. El primero ubica la respuesta Rorschach como oscilando en las dimensiones de la realidad externa y el mundo interno, entre el proceso de percibir y el de interpretar. En definitiva, entre el proceso secundario y el primario, entre el principio de realidad y el principio de placer. El segundo autor destaca las funciones yóicas involucradas en este proceso: funciones perceptivas, asociativas, de simbolización y de crítica para poder “ajustar” la respuesta a las características de la realidad representada por la mancha. En esta dinámica, Rapaport (1959) señala que el yo buscará una respuesta que será evaluada según el grado en que sus características se ajusten al concepto que se encuentra previamente en la memoria. Como se señaló en un trabajo previo (Araos, et al., 1997), en el proceso de responder ocurre que: “El yo considera estas hipótesis conceptuales, estos proyectos de respuestas, y las chequea con la realidad, seleccionando así las respuestas a entregar (examen de realidad). El precepto en la memoria no parece ser una aglomeración de detalles, sino que, más bien, se trataría de un concepto en el cual, las características adquieren organización y jerarquía..., debiendo el yo ser capaz de discriminar entre los detalles esenciales del concepto y aquellos secundarios... Mientras más detalles estén integrados de acuerdo a esta organización, mejor calidad formal tendrá la respuesta... En este sentido, el yo del aparato, además de un reconocimiento sensorial del estímulo, debe poder evaluar en forma realista y lógica, la calidad y cantidad de “información” perceptual con que cuenta para conformar un concepto y ajustarse a ella, intentando ser creativo a pesar de la vaguedad o escasez de ésta” (p. 18-19).

Volvamos a la respuesta del elefante. En la elaboración de una respuesta se pone en marcha un proceso de razonamiento que se esperaría se rigiera en acuerdo con las leyes

de la lógica formal. Si es así, nos encontramos ante un pensamiento en el cual predomina el proceso secundario. En éste, las transiciones entre una idea y otra se encuentran determinadas por las conexiones de la realidad. En base a tales relaciones, se pueden construir conceptos en los que predominan sus características “reales”, objetivas, imponiéndose en consecuencia lo convencional y compartido del pensamiento y modo perceptivo, por sobre la idiosincrásica extravagante. ¿Y la respuesta del elefante?

Creación-cocreación-sublimación

Si consideramos el tema de la creación, intentando una respuesta, y lo abordamos desde Winnicott, vemos que este autor nos señala que no se necesita ningún talento especial para vivir creativamente. Esto no tiene necesariamente que ver con la creación artística. Es más, un artista puede crear una obra maravillosa para los ojos de los demás (pensamos que solo para los ojos, no para la intuición), pero puede no significar nada para el artista mismo. Lo que cuenta es el impulso creador. Para Winnicott, como antes vimos, diríamos que la creación del objeto subjetivo al mantener la ilusión suficientemente sostenida, permite luego instalarse-con, en el espacio potencial y jugar o “soñar” como nos diría Bion (1962).

Para Freud (1901-1905) la creatividad en el adulto está relacionada con su teoría de la sublimación. “...Aquí ha de discernirse una de las fuentes de la actividad artística” (p. 218). Para Melanie Klein (1930), el niño utiliza su creatividad para reparar un objeto dañado permitiéndose fantasear y crear símbolos. Sería esta un logro de alguien que hizo los duelos correspondientes alcanzando el predominio de la posición depresiva. Ernst Kris (1955) postula el concepto de regresión al servicio del yo. Lo considera como un proceso nuclear de la actividad creadora que se ha descrito como inspiración. Acá el yo controla el proceso primario y lo pone a su servicio; esta regresión sería parcial y acotada y controlada por el yo. Sería lo opuesto a la condición psicótica en que el yo es dominado por el proceso primario. Kris deslinda este tipo de regresión de la “regresión genética” (el caso de la neurosis por ejemplo), y la clasifica como “regresión funcional”, que tendría un carácter de logro. Kris explica que ésta (la regresión funcional), no se limita a la esfera del chiste y la caricatura, sino que se extiende al vasto dominio de la creación estética en general; válida entonces para todo el ámbito del arte y la formación de símbolos.

Entonces, ¿el símbolo-respuesta Rorschach se entiende como una expresión del proceso primario o como una creación superior del yo, del proceso secundario? ¿Cuál es la medida en que el símbolo-respuesta está al servicio de la represión o de la sublimación? Este es el problema a discriminar algunas veces en el test. Se puede pensar que quien da una respuesta como la descrita, ¿es portador de una psi-

cosis o se trata de un artista, un loco sublimado, un psicótico encauzado?

Se considera que el modo en que transcurran estos movimientos mentales previos y fundadores, digamos por ejemplo, la creación del objeto subjetivo, permitirá que la creación de una respuesta Rorschach se ubique en un espacio tridimensional, triangular o, por el contrario, en un universo plano y horizontal en el cual la respuesta no simbolice nada que no sea sino el objeto original del cual la persona nunca se separó. El símbolo, podríamos decir de modo general, se constituye en las constataciones de lo semejante y de lo que es diferente. Se postula que la diferencia aparecería una vez establecida la “ilusión” de que somos iguales.

Discusión

La respuesta Rorschach del ejemplo, lleva a consideraciones teóricas y técnicas vinculadas a modelos de la mente y del pensamiento, con énfasis particulares, pero también con comprensiones compartidas. A modo de breve síntesis de lo hasta acá visto, y recogiendo las ideas de Gibeault en el Panel sobre realidad psíquica (Sosnik & Hartke, 1996), podríamos decir que la vivencia de satisfacción con el pecho implica el proceso de distinguir entre necesidad (ingestión de la leche) y el impulso (impulso, pulsión, fantasía) de incorporar el pecho, y también entre la investidura narcisística y la investidura objetual, algo así como “lo quiero pero no soy yo”. Dice Gibeault (traducción del autor): “Cuando el tiempo de ser y el tiempo de tener colapsó como si fueran un solo tiempo, el símbolo pierde entonces su función mediadora y aparece el pensamiento concreto. Esto corresponde a una asimilación simbólica entre el yo y el mundo como una defensa contra el reconocimiento del objeto y sus diferencias” (p. 580). Así, para este autor, la experiencia de satisfacción alucinatoria contiene una dialéctica entre el no deseo, la ilusión de que yo soy, yo creo al objeto, y el deseo, la desilusión, lo deseo pero no soy yo. Para Guibeault, el grado en que la simbolización constituye una articulación dialéctica entre los tiempos distintos de ser y tener está determinado por la experiencia de pérdida de objetos. “El niño tendría que vérselas con la desilusión de que la palabra “madre” no es la madre y esta desilusión sería un prerrequisito para la elaboración de la experiencia de pérdida que pueda permitir la transformación de la madre en un objeto-otro y luego en un símbolo que represente a ese objeto” (p. 580). Esto no podría ser, en términos freudianos, si la madre siempre fuera yo mismo, elección de objeto narcisista, y entonces, en la misma línea ecuación simbólica (Segal, 1957) o, según Gibeault, “unicidad del ser y el tener”. La mancha del test no es una mancha que tiene formas definidas. El elefante y la hormiga no están allí. Si así lo creyéramos, diríamos que la conciencia de interpretación está afectada: se ha perdido el “como sí”,

nos hemos introducido en un universo plano y lineal en el que no hacemos diferencias.

En resumen consideramos que la interpretación de un contenido temático está íntimamente relacionada con el contexto vital. Se debe considerar la edad, el sexo, la proveniencia cultural de la persona evaluada, en fin, estos y otros aspectos que pueden incidir en sus respuestas. Podremos construir diversas historias con las respuestas que nos den en el test, y todas en cierto modo ciertas al enfatizar aspectos distintos de la personalidad.

Para objetivos de investigación, se deben decidir las variables que serán investigadas. A diferencia de esto, en la práctica clínica habrá que seguir los temas del paciente y pesquisar aquellos que se hacen redundantes. Con algunas teorías psicoanalíticas de fondo, a modo de “perchas” que nos permitirán desarrollar nuestras elucubraciones y ordenarlas. Como dijimos, todo contenido puede ser mirado desde distintos puntos de vista. En algunos casos pensaremos en los contenidos narcisistas de, por ejemplo, esta respuesta: “Una persona mirándose a un espejo”, como indicadores de homosexualidad, y en otros pensaremos en melancolía. Se deben evaluar los temas de acuerdo al contexto general del test, sin dejarse llevar por lo aparentemente más significativo hasta no haber hecho un análisis global del test y de nuestro paciente. Queremos enfatizar con esto, que se trata de seguir y comprender al paciente y sus temas, no obstante no podemos tampoco desconocer que en una cierta y considerable medida, sus temas son también los nuestros.

Entonces, para terminar, ¿cómo discriminar el grado de psicopatología de una respuesta Rorschach creada? ¿La vincularemos con una realidad de espacios lineales y autistas? ¿o inferiremos desde ella la presencia de un espacio mental de profundidades y diferencias que nos permite la comunicación y la triangularidad, la creatividad y la formación de símbolos? ¿Pensaremos en el elefante que baila salsa a modo de un chiste creativo o se tratará de una tragedia? Intentando una mínima respuesta, tendremos que decir que éstas dependen al menos de todas las consideraciones que acá hemos hecho. Esta respuesta en el test, en todo caso, nos señala que estamos, para bien o para mal, en algún límite de nuestro ser. Tal vez en el de la genialidad o el de la locura.

Referencias

- Araos, F., Lobos, P. & Mergudich, I. (1990). El test de Rorschach en pacientes neuróticos y limitrofes: diferenciación mediante los índices de F+% extenso y shock”. *Revista Chilena de Psicología* (11)2, 32-38.
- Araos, F., Iturra, P. & Vergara, A. (1997). Verbalizaciones patológicas en el test de Rorschach: proposiciones para una sistematización. *Revista Terapia Psicológica* (4)28, 17-27.
- Britton, Feldman & O, Shaeghnessy (Ed) (1989). *El Complejo de Edipo hoy: Implicaciones clínicas*. Valencia: Editorial Promolibro.
- Exner, J. E. (1974). *Sistema comprensivo del Rorschach*. Tomo I. Buenos Aires: Ediciones Pablo del Río.
- Exner, J. E. (1995). *Issues and methods in Rorschach research. Personality and clinical psychology series*. Nueva York: Irving B. Weiner editor.
- Freud, S. (1893-1895). Historiales clínicos. En Freud, S. *Obras Completas*. (1996). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900-1901). La interpretación de los sueños. En Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901-1905). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Infante, J. (1968). Algunas reflexiones acerca de la relación analítica. *Revista de Psicoanálisis*, XXV, 3/4.
- Jiménez, J.P. (2004). Validez y validación del método psicoanalítico (alegato sobre la necesidad de pluralismo metodológico y pragmático en psicoanálisis). *Revista Chilena de Psicoanálisis*, (21)2, 176-189.
- Jones, E. (1916). La teoría del simbolismo. En Jones, E. (1980). *Cuadernos Monográficos 3*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Jonghe, F., Rijnierse, P. & Janssen, R. (1991). Aspects of the analytic relationship, *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 693-707.
- Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En: Klein, M. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kris, E. (1955). *Psicoanálisis y arte*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Lobos.
- Milner, M. (1952). El papel de la ilusión en la formación de símbolos. En Milner, M. (1952) *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rapaport, D. (1959). *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rorschach, H. (1921 [1961]). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial Paidós. ()
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. En Jason Aronson (Ed). *The work of Hanna Segal*. (1981). Nueva York: Jason Aronson editorial.
- Shafer, R. (1954) *Psychoanalytic interpretation in the Rorschach Testing*. New York: Grune & Stratton.
- Sosnik, R. & Hartke, R. (1996). Panel report psychic reality, symbolisation and mental space. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 579.
- Winnicott, D. (1971 [1993]). *Realidad y juego*. España: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. (1967). La ubicación de la experiencia cultural. En Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. España: Editorial Gedisa.

Modelos Animales para el Estudio del Alcoholismo

Animal Models for the Study of Alcoholism

Giselle V. Kamenetzky y Alba E. Mustaca*

Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada (PSEA)

Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", CONICET, UBA, Argentina

rec: 20-abril-2005

acep: 25-mayo-2005

Resumen

El abuso y la dependencia al alcohol constituyen una de las causas más importantes de problemas de salud. Se han desarrollado modelos animales para el estudio de esta patología; los mismos ofrecen ventajas en la investigación sobre alcoholismo, aunque los resultados no pueden generalizarse sin tener en cuenta la multicausalidad de los comportamientos humanos. Se desarrollaron modelos de autoadministración de alcohol (caja-hogar y condicionamiento operante) y de administración forzada (condicionamiento de lugar y de sabor), para estudiar diversos estadios del consumo, la fuerza apetitiva del etanol, procedimientos para facilitar el inicio del consumo, comportamientos de compulsión y recaídas y efectos de distintos eventos externos y del estado del animal que facilitan o inhiben el consumo. Se describen los procedimientos más frecuentes, ejemplos de investigaciones recientes y sus implicancias para terapias psicológicas de esta patología.

Palabras claves: alcohol, modelos animales, terapias efectivas.

Abstract

Alcohol abuse and dependence are among some of the most important health problems. Even though results can not be generalized to humans without considering the complexity of human behavior, animal models for the study of these pathologies have been developed offering several advantages for research on alcoholism. These models are of self (home cage and operant conditioning), and forced administration (place and taste conditioning) and are useful for studying consumption phases, the appetitive strength of ethanol, procedures that affect consumption start, craving and relapse behaviors and the effects of several external and internal stimuli that facilitate or inhibit alcohol intake. The most frequent procedures used and examples of recent investigations are described, and the implications of their results for current psychological therapies of this pathology are discussed.

Key words: alcohol, animal models, effective therapies.

El vino...

...en la noche de júbilo o en la jornada adversa

exalta la alegría o mitiga el espanto...

J. L. Borges (El vino, fragmento)

El abuso y la dependencia al alcohol constituyen una de las mayores causas de los problemas de salud. Además del riesgo de la pérdida de control normal del comportamiento, puede acarrear trastornos severos, tales como desórdenes neurológicos y cardiovasculares, hepatitis,

pancreatitis, cáncer, síndrome de alcoholismo fetal, etc. (Spanagel, 2003).

La utilización de modelos animales ofrece numerosas ventajas en la investigación clínica ya que "permiten tratar las psicopatologías no como aberraciones psicológicas sino como procesos conductuales determinados, cuyos principios y mecanismos pueden ser entendidos científicamente" (Hunziker, Lector & Pérez-Acosta, 2001, Pág. 48). Las investigaciones con ratas y ratones constituyen un instrumento sumamente valioso si tenemos en cuenta que tanto

* Correspondencia: Giselle V. Kamenetzky y Alba Elisabeth Mustaca
Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada (PSEA)
Combatientes de Malvinas 3150
Bs.As. 1428
Argentina
E- Mails: yoselevich@hotmail.com, mustaca@psi.uba.ar

los humanos como los roedores evolucionaron de ancestros mamíferos comunes. Asimismo, la corriente darwinista plantea la necesidad de considerar la influencia evolucionista en el marco de la Psicología Clínica (Fernández Tapia, 2004). Como el consumo de alcohol se transforma en un refuerzo positivo que está mediado por estructuras cerebrales subcorticales que se conservaron durante la evolución, los estudios con roedores se utilizan para elucidar las bases neurobiológicas del consumo de alcohol y los procesos de refuerzo del alcohol en humanos. En este sentido, se han hallado numerosas analogías con comportamientos humanos complejos; por ejemplo, el deseo compulsivo por el consumo, la recaída y la pérdida de control (Spanagel, 2000), que posibilitan desarrollar estrategias terapéuticas basadas en ese conocimiento. Con el uso de especies no humanas es posible realizar un mayor control de factores, tales como las condiciones de alojamiento, dieta y experiencia previa con la droga. Además se pueden crear poblaciones genéticamente uniformes, como así también obtener varias generaciones en un período de tiempo relativamente breve. Teniendo en cuenta la amplia variabilidad por la preferencia hacia el alcohol entre los animales, se desarrollaron diversas líneas de ratas y ratones basándose en su preferencia hacia el alcohol alta o baja. Con el uso de distintos criterios para su selección se desarrollaron cepas endocriadas de este tipo en Finlandia, Estados Unidos y Sardinia. Estos modelos animales también han sido una invaluable herramienta para estudiar las implicancias comportamentales, neuroquímicas y moleculares en el consumo y preferencia por el alcohol en humanos (Spanagel, 2000).

Sin embargo, no es posible extrapolar directamente a humanos los resultados obtenidos con este tipo de investigaciones. Es necesario realizar estudios acordes a la complejidad y a la multiplicidad de factores que afectan el comportamiento humano y valorar las estrategias terapéuticas derivadas de la investigación básica, de acuerdo a los criterios de eficacia y eficiencia que estaban limitados a la terapia del comportamiento pero que actualmente se generalizaron a toda la investigación clínica con el movimiento de las terapias basadas en la evidencia (ej. Mustaca, 2004, a, b.; Ortiz & Vera-Villarroel, 2003).

El consumo excesivo de alcohol responde a causas complejas, interactuando factores genéticos, ambientales y socioculturales. Los efectos motivacionales positivos del alcohol pueden desencadenar sensaciones placenteras, por ejemplo, un estado de euforia, así como el alivio de estados displacenteros producidos por estrés, ansiedad o dependencia física y abstinencia. Los efectos motivacionales negativos producidos por el alcohol pueden incluir estados displacenteros como disforia, malestar y resaca, o bien disminución de estados placenteros, como una reducción de la euforia. Posiblemente, las diferencias individuales en cuanto a la sensibilidad a dichos efectos motivacionales

pueden facilitar o inhibir el desarrollo de patrones de alcoholismo (Cunningham, Fidler & Hill, 2000).

En este trabajo nos proponemos informar acerca de los principales modelos animales que se utilizan para comprender el problema de la adicción al alcohol, por lo cual están íntimamente relacionados con los procesos de aprendizaje. Clasificaremos los diseños en función de la exposición al alcohol controlada por el animal (autoadministración), o bien por el experimentador (administración forzada). En cada caso se presentarán estudios para diversos estadios y procesos de la adicción al alcohol. Finalmente se ejemplificarán algunas de las implicancias para la clínica que tuvieron estos modelos.

Modelos de auto-administración de alcohol

Hay dos formas principales para obtener la auto-administración de alcohol en los animales: los modelos de “*caja hogar*” y de “*condicionamiento operante*”. En ambos casos, el animal controla la ingesta de alcohol, la dosis y los patrones temporales de la ingesta, pero se diferencian en el comportamiento requerido para obtener el alcohol y la ruta de administración. Estos diseños resultan útiles para analizar el comportamiento humano ya que los bebedores habitualmente consumen alcohol en circunstancias en las cuales pueden controlar su cantidad, así como los patrones de consumo. Además ofrecen la posibilidad de comprender la naturaleza de los efectos motivacionales que influyen en la autoadministración de alcohol, así como de sus efectos farmacológicos, tales como el incremento del placer o la disminución del estrés y la ansiedad (Cunningham et al., 2000).

Procedimientos de caja-hogar

En estos procedimientos se ofrece al animal la opción de consumir agua o alcohol, durante 24 hs. o bien por períodos limitados de tiempo. Habitualmente se toma como medida dependiente el volumen consumido de cada botella y la preferencia por el alcohol, que se infiere por la proporción de alcohol consumida en relación al volumen total de líquido consumido.

A continuación mencionaremos ejemplos de autoadministración en caja-hogar que se utilizaron para estudiar distintos procesos del alcoholismo.

Estudio de los estadios de la adicción al alcohol

Los patrones de consumo de alcohol tienen diversos estadios de desarrollo, generalmente en función del tiempo que el animal se expuso a la droga. De acuerdo a las evidencias empíricas, se han discriminado al menos 3 etapas. Comienzan con una primera fase de adquisición, luego continúa una fase de consumo controlado hasta llegar a

una fase de pérdida de control, si el acceso a la droga supera los 6 meses.

Fase de adquisición

La primera fase de adquisición del consumo generalmente se desarrolla durante las primeras dos semanas de exposición. Durante esta etapa el consumo es controlado y la ingesta parece ser de tipo exploratorio. Los patrones de consumo y la dosis diaria ingerida son inestables e impredecibles. Probablemente es en este estadio en que los animales aprenden a evaluar los efectos psicotrópicos del alcohol y a ajustar su comportamiento de consumo.

Existen evidencias que los roedores son cautos al consumir sustancias con sabores novedosos, un fenómeno denominado neofobia, y generalmente tienen en principio aversión al consumo de alcohol. Por lo tanto se desarrollaron varias estrategias para lograr una aceleración del proceso de consumo. Una de ellas consiste en introducir una botella de agua y otra de alcohol en la caja hogar con concentraciones bajas de alcohol e ir incrementándola a lo largo de los días. También se suele inducir el consumo y evaluar la preferencia de etanol ofreciendo a los animales una botella con etanol y otra con agua, o bien tres botellas con etanol a diferentes concentraciones (por ejemplo, 5, 10 y 20% v/v) y otra botella con agua (Wolffgramm & Heyne, 1995). Cuando el animal tiene acceso por períodos prolongados, por ejemplo 24 hs, generalmente distribuye su consumo a lo largo del día ingiriendo pequeñas dosis que no necesariamente producen incrementos importantes de niveles de alcohol en sangre. Si se quiere lograr un alto consumo en períodos breves, deberán utilizarse procedimientos de acceso limitado.

Otra forma de lograr un mayor y rápido consumo es mediante un procedimiento consistente en mezclar la solución de alcohol con alguna sustancia altamente palatable, como sucrosa o sacarina. Durante los primeros días la concentración de alcohol es baja y la de sucrosa, alta. A medida que transcurren los días, se va disminuyendo la concentración de sucrosa e incrementando la de alcohol, hasta llegar a presentarle al animal una solución de alcohol sin sucrosa (Samson, Sharpe & Denning, 1999).

Fase de consumo controlado

A partir de la segunda semana y durante los primeros meses, cada animal desarrolla patrones individuales estables de consumo de alcohol (Wolffgramm, 1990). En esta fase, el consumo estaría determinado por la interacción de factores externos (por ejemplo, estresores tales como aislamiento o natación forzada) o por el estado interno del animal (por ejemplo estados elevados de ansiedad) y parecería estar relacionado con los efectos psicotrópicos del alcohol (Spanagel, 2000). En esta etapa se suelen presentar

variables independientes, como por ejemplo exposición a diversos estresores (aislamiento, choques eléctricos de distinta intensidad, restricción física, natación forzada, etc.), administración de drogas, cambios de contextos, etc., para evaluar los cambios producidos en el consumo en función de dichas variables. Por ejemplo, Vangelina, Sigmund, Singer, Sinclair Li y Spanagel (2003) estudiaron el efecto de la exposición a diversos estresores (natación forzada y choques eléctricos) sobre el comportamiento de consumo voluntario de alcohol en tres líneas de ratas seleccionadas y ratas Wistar no seleccionadas para el consumo de alcohol. Hallaron que la exposición a choques eléctricos incrementó el consumo en todos los grupos de animales y la natación forzada incrementó el consumo de alcohol luego de períodos de privación de alcohol en las ratas Wistar. Estos resultados muestran la influencia que tienen los estresores en el incremento del consumo de alcohol.

Fase de pérdida de control o punto de «no retorno»

A partir de aproximadamente 6 meses de acceso continuo a alcohol, las ratas cambian gradualmente su comportamiento de consumo, aun cuando las condiciones ambientales permanecen constantes. Los animales que son reexpuestos a la droga luego de largos períodos de abstinencia exhiben un alto consumo y preferencia por el etanol durante varias semanas (Wolffgramm & Heyne, 1991), a diferencia del *efecto de privación de alcohol (ADE)*, que dura solo unos días y que describiremos en el próximo apartado. El comportamiento adictivo se define por una *pérdida de control*, y no por un alto consumo de alcohol. En esta fase, los factores externos e internos ya no influyen en la ingesta de alcohol como en la fase de consumo controlado. Los animales exhiben un incremento del consumo, independientemente de las condiciones externas, como por ej. un aislamiento de 24 hs., el rango de dominancia individual, la adulteración del sabor del alcohol con quinina (Wolffgramm y Heyne, 1991) o del estado interno. Los datos empíricos muestran que la transición del consumo controlado al no controlado parece ser irreversible en las ratas, sugiriendo la existencia de un *punto de no retorno* (Spanagel, 2000).

Efecto de privación de alcohol (ADE) o procesos de recaídas

Spanagel y Holter (1999) desarrollaron un modelo de autoadministración de alcohol con fases repetidas de privación. Se utilizaron ratas Wistar con libre acceso a agua, comida y tres soluciones de etanol al 5, 10 y 20% (v/v) en sus cajas. Luego de dos meses de acceso continuo, las ratas eran privadas de alcohol por algunos días y luego nuevamente expuestas a la droga. Durante el siguiente año, se repitió este procedimiento todos los meses. Cuando los

animales eran reexpuestos a las soluciones de alcohol, se observó un fenómeno denominado *efecto de privación de alcohol (ADE)*, que consistía en un aumento pronunciado y temporario del consumo y la preferencia por el alcohol. Se produjeron también cambios en los patrones de consumo; las ratas preferían concentraciones más altas de alcohol y bebían en horarios inusuales durante el ciclo de luz. Este modelo ha sido utilizado para estudiar el comportamiento de recaída en el consumo y se observó también en ratones, monos y bebedores sociales humanos (Sinclair, 1971).

En otra investigación, Salvatore Serra et al. (2003) hallaron que ratas "Sardinian Alcohol-Preferring" (sP) que eran privadas de alcohol en fases sucesivas, desarrollaron el ADE y la primera vez que fueron reexpuestas a la droga mostraron una preferencia hacia las concentraciones más altas (20% y 30%) y un despreciable consumo de la concentración más baja (10%). Este proceso fue irreversible, manteniéndose dicha preferencia a lo largo del experimento. Los autores sugieren que el ADE puede ser considerado como un incremento en la demanda de etanol por el sujeto privado y que dicho aumento se manifiesta por el aumento de consumo y la selección de concentraciones, las cuales producen efectos farmacológicos más rápidos.

Procedimientos de condicionamiento operante

Para evaluar los procesos apetitivos relacionados con el comportamiento voluntario o de "búsqueda" del alcohol se utilizan modelos de *condicionamiento operante*, en los cuales el acceso a alcohol es contingente al comportamiento del animal bajo el requerimiento de una respuesta instrumental. La ventaja de estos procedimientos en comparación con el de autoadministración en la caja-hogar es que el experimentador puede variar la complejidad y el costo de la respuesta que debe realizar el animal para obtener alcohol mediante distintos programas de reforzamiento por presión de palanca, aumentando progresivamente el requerimiento para obtener dosis específicas del alcohol. De este modo se puede evaluar el grado de motivación que tiene el animal para buscar el alcohol (Samson & Doyle, 1985). Estos modelos presentan diversas analogías con el comportamiento adictivo en humanos alcohólicos. A continuación mencionaremos algunos ejemplos del uso de esta estrategia.

Modelo de reinstalación de la respuesta (reinstatement model)

Los diseños de reinstalación de la respuesta se utilizan para estudiar los procesos involucrados en la compulsión y la recaída al consumo de drogas. En un experimento típico, los animales se entrenan a presionar una palanca para obtener alcohol. Posteriormente sobreviene una fase de

extinción, en la cual la presión de la palanca deja de estar apareada con la obtención de la droga. Luego de esta fase, el experimentador presenta diversos estímulos y evalúa cuáles de ellos reinstalan la respuesta de presión de palanca, aun sin la presencia de la droga. Existen evidencias que hay al menos tres clases de estímulos que producen la reinstalación: a) la administración de una pequeña dosis de alcohol, b) el estrés y c) estímulos condicionados que fueron asociados a la droga durante la fase inicial. Se considera que el re-comienzo de la presión de palanca en la última etapa es un indicador de búsqueda de la droga y recaída en el consumo (Spanagel, 2003; Rodd, Bell, Sable, Murphy & McBride, 2004).

En una investigación se entrenó a ratas macho Wistar en una tarea de presión de palanca para obtener alcohol. Cuando se logró estabilizar la respuesta, continuó una etapa de extinción. Luego de la extinción de la respuesta, se evaluaron diferentes clases de estímulos que nunca fueron apareados con la droga (por ej. un tono, el tubo del bebedero vacío o claves visuales). Hallaron que la presentación de la solución en el bebedero (etanol a una concentración del 8%) antes de la presencia de la palanca, reinició la respuesta de búsqueda. Debido a que la presentación del bebedero vacío no produjo ningún efecto, los autores sugieren que los estímulos asociados al etanol, tales como el olor y el sabor, podrían actuar como estímulos discriminativos y reinstalar la respuesta luego de la extinción (Bienkowski, Kostowsky & Koros, 1999). Este resultado es similar a los obtenidos por Pavlov (1927) cuando reinstaló la respuesta condicionada apetitiva colocando alimento en la boca del animal antes de la presentación del estímulo condicionado.

Procedimiento de punto de corte: relaciones entre consumo y "búsqueda" de alcohol

La etología clasifica los comportamientos asociados al consumo en dos categorías en función del nivel de la interacción organismo - ambiente (Barnett, 1963): las conductas consumatorias y las de búsqueda. Las primeras estarían determinadas fundamentalmente por los antecedentes filogenéticos, y se desencadenan una vez que el objeto apropiado ha sido localizado en el espacio. Los comportamientos apetitivos o de búsqueda son aprendidos y dependen de la experiencia previa del sujeto. Estas dos respuestas se pueden asociar al consumo directo del animal de las sustancias apetitivas y al condicionamiento operante respectivamente.

En las actividades relacionadas con el etanol, los comportamientos apetitivos son aquellos vinculados a la obtención del etanol (comportamientos de búsqueda o condicionamiento operante), y los procesos consumatorios controlan principalmente la cantidad de etanol consumido una vez que se ha comenzado a beber. Con el fin de esta-

blecer medidas independientes para ambos procesos, se ha desarrollado un procedimiento denominado «punto de corte» (Samson, Czachawsky & Slawewski, 2000). El mismo consiste en someter al animal a un condicionamiento operante utilizando diversas concentraciones de etanol como refuerzo. Se administra un ensayo diario en cajas de condicionamiento en el cual el animal debe responder a una tarea de presión de palanca de razón fija para acceder a 20 minutos de acceso a la solución de etanol. Durante el periodo de “búsqueda” o respuesta operante el animal no puede desplegar comportamientos de consumo, y una vez que se accede a la solución, no se requieren más respuestas de presión de palanca. Para determinar la fuerza del comportamiento de búsqueda, la respuesta requerida para acceder al etanol va aumentando en complejidad a lo largo de los días mediante programas de reforzamiento programados por el experimentador y se establece el punto de corte cuando el animal falla en completar la tarea (Samson, Czachowsky, Chappell & Legg, 2003). Si luego de someterlos a un tratamiento los animales sobrepasan el requerimiento de la línea de base, se infiere que están altamente motivados para obtener determinadas sustancias aun cuando el costo de la respuesta sea alto. En una investigación las ratas macho Long-Evans se entrenaron inicialmente para responder a una tarea sencilla para acceder a 20 minutos de una solución azucarada de 3% o etanol al 10%, estableciéndose una línea de base. Luego se sometió a los animales a un procedimiento de punto de corte con diferentes concentraciones de solución azucarada (1%, 3%, 5% y 10%) y etanol (2%, 5%, 10% y 20%). La manipulación de las concentraciones de sucrosa tuvo un mayor impacto en los comportamientos de búsqueda y consumo (reflejado en una correlación entre el punto de corte y la concentración de sucrosa (a mayor concentración de sucrosa mayor era el punto de corte), que la manipulación de la concentración de etanol. Los resultados muestran que los patrones de ingesta de etanol estarían regulados por factores farmacológicos y que cuando cantidades consumidas de alcohol son farmacológicamente detectables, habría una disociación entre los comportamientos de búsqueda y consumo (Czachowski, Legg & Samson, 2003).

Modelos de administración forzada de alcohol

Hay dos procedimientos en los cuales se combinan los procedimientos de administración controlada por el experimentador y de aprendizaje: el *condicionamiento de lugar* y el *condicionamiento al sabor*. Los mismos están basados en la premisa que los individuos pueden aprender mediante condicionamiento clásico asociaciones entre los efectos de las drogas, o *estímulos incondicionados* (EI) tales como los efectos farmacológicos (por ejemplo, sedativos, tóxicos y cardiovasculares), así como los efectos motivacionales (por ejemplo, reducción de ansiedad y euforia), y los estí-

mulos que predicen la administración de la droga o *estímulos condicionados* (EC), tales como el sabor y el olor del alcohol, así como claves externas visuales y auditivas (Cunningham, 1993).

Estos modelos se utilizan para la comprensión de los comportamientos de recaída y para posibles desarrollos de tratamientos de exposición a los estímulos condicionados que predicen la exposición al alcohol sin la presentación del mismo, para lograr su extinción.

Condicionamiento de lugar

En un experimento de condicionamiento de lugar, las ratas o ratones se entrenan en un aparato que permite la presentación de diversos estímulos visuales, táctiles, olfatorios o auditivos en compartimientos diferentes. Los animales se exponen a una serie de estímulos que se aparean con la administración de alcohol (generalmente mediante inyecciones intraperitoneales), y un segundo conjunto de estímulos que no se aparean con la droga. En el ensayo de prueba los animales se colocan en el aparato sin administrarles droga y con libre acceso a ambos compartimientos. Se mide la preferencia o aversión hacia la droga mediante la cantidad de tiempo que el animal permanece en presencia de cada conjunto de estímulos.

La mayoría de las evidencias empíricas muestran que el etanol no produce preferencia condicionada de lugar, es decir que en este modelo no funciona como un reforzador positivo (Kooy, O'Shaughnessy, Mucha & Kalant, 1983, Stewart, Murphy, Mc. Bride, Lumeng & Li, 1996). Por ejemplo, Fidler, Bakner y Cunningham (2004) hallaron que los efectos aversivos postabsortivos del etanol produjeron una aversión condicionada de lugar en ratas no seleccionadas a las cuales se les administró etanol por vía intragástrica (IG). Sin embargo, los resultados obtenidos con este modelo dependen de numerosos factores, incluyendo los genéticos, la vía de administración, el diseño y la experiencia con el etanol.

Condicionamiento al sabor

En los estudios de condicionamiento al sabor, los efectos de las drogas (EI) se aparean con la ingesta de un sabor novedoso de un líquido o comida sólida (EC). Posteriormente se evalúa la ingesta o preferencia del EC en ausencia de la droga. Si la misma produce efectos motivacionales positivos, se incrementará el consumo o preferencia del EC y si produce efectos aversivos, la ingesta o preferencia sufrirá un decremento.

En una investigación se evaluó en qué medida los efectos aversivos del etanol se desarrollaban en ratas genéticamente seleccionadas Sardinian con preferencia al alcohol (sP) y Sardinian sin preferencia al alcohol (sNP). Las dos cepas de ratas fueron expuestas a una solución de

sacarina durante 5 sesiones de 20 minutos diarios, apareada con una inyección de etanol. Posteriormente se les ofreció la solución de sacarina y agua durante 18 días en ensayos de 20 minutos y se midió el consumo de ambas soluciones. Se halló que el etanol produjo una marcada aversión hacia la sacarina en las ratas sNP, mientras que no produjo un efecto aversivo en las ratas sP, a pesar de que el nivel de etanol en sangre fue el mismo en ambos grupos. Los resultados sugieren que existiría un grado diferencial de aversión a los efectos postingestivos del etanol entre las ratas sP y sNP (Brunetti et al., 2002).

La Tabla 1 resume los diferentes modelos presentados en este trabajo.

Conclusiones e implicancias para el tratamiento del alcoholismo

Si bien, como mencionamos anteriormente, el uso de modelos animales en la investigación sobre alcoholismo no es suficiente para abordar esta problemática en humanos, constituye una herramienta invaluable a la hora de elaborar estrategias clínicas eficaces. Los modelos han sido farmacológicamente validados, y a partir de este tipo de investigaciones se han creado drogas que actualmente se utilizan en la clínica para el tratamiento del alcoholismo. Por ejemplo se mostró que el naltrexone, un antagonista del receptor opioide que ha sido estudiado en ratas, reduce la tasa de recaída y consumo de alcohol en humanos (O'Malley et al., 1992). Asimismo, la investigación con animales ha colaborado en dilucidar las bases neuroquímicas y celulares que subyacen al consumo y dependencia al alcohol.

Tabla I. Principales modelos animales para el estudio de la adicción al alcohol

Autoadministración	Diseños de investigación	Procesos bajo estudio	Ej. Referencias
Caja-hogar	Modelos de caja hogar Acceso ilimitado (24 hs.) o limitado	- Procesos de consumo. - Obtención de líneas endocriadas.	- Richte y Campbell, 1940. - Li y Lumeng, 1984.
	Procedimiento de 2 y 4 botellas	- Consumo y preferencia de etanol.	- Wolffgramm y Heyne, 1995.
	Modelo de punto de no retorno	- Pérdida de control en el consumo. - Comportamiento adictivo.	- Wolffgramm, J. y Heyne, A., 1991. - Spanagel, R., 2000.
	Efecto de privación de alcohol (ADE)	- Comportamiento de recaída en el consumo. - Modificaciones en los patrones de consumo.	- Spanagel y Holter, 1999. - Sinclair, 1971. - Serra y cols., 2002.
Condicionamiento operante	Modelo de reinstalación de la respuesta	- Compulsión y recaída en el consumo.	- Spanagel, 2003. - Rodd y cols., 2004. - Bienkowski y cols, 1999.
	Procedimiento de punto de corte	- Procesos apetitivos y consumatorios.	- Samson y cols., 2003.
Administración forzada	Diseños de investigación	Procesos bajo estudio	Referencias
Condicionamiento clásico	Condicionamiento de lugar	- Procesos asociativos entre los efectos del alcohol y los estímulos que predicen la administración de la droga.	- Kooy y cols., 1983. - Stewart, 1996. - Fidler, Bakner y Cunningham C., L., 2004.
	Condicionamiento al sabor	- Procesos asociativos entre los efectos del alcohol y un sabor novedoso.	- Brunetti y cols., 2002.

Debido a que el problema de la adicción al alcohol en humanos involucra un comportamiento voluntario, los modelos animales de consumo voluntario parecen reflejar de un modo más acertado los patrones de ingesta que se van desarrollando cuando se tiene acceso a la bebida. Si bien en los modelos en los cuales es el experimentador quien administra la droga suelen desarrollarse efectos aversivos hacia la bebida (ver modelos de condicionamiento de lugar y de sabor), los mismos nos brindan información acerca del papel del aprendizaje y la memoria de los procesos apetitivos que regulan el consumo de alcohol. Existen evidencias que las ratas pueden desarrollar una memoria de estímulos oro-olfatorios aun dentro del útero. Estos estudios revelaron que las experiencias pre-natales y también las post-natales tempranas pueden tener efectos profundos en la posterior detección, reconocimiento y patrones de aceptación del alcohol (Spear & Molina, 2001). Se encontraron resultados similares con humanos. Por ejemplo, en una investigación se expuso a niños de entre 6 y 13 meses de edad a juguetes que eran idénticos, pero que tenían diferentes olores (vainilla, etanol o sin olor). Se halló que los infantes de madres que tuvieron más consumo de alcohol durante y después del embarazo (inferido por cuestionarios realizados a los padres), tenían movimientos bucales diferentes ante los juguetes que olían a alcohol, comparado con los niños del grupo control (Bachmanov et al., 2003).

Al desarrollarse los modelos animales, se intentó establecer un paralelo con conductas desarrolladas en humanos alcohólicos. En este sentido parece ser que los estímulos que provocan recaída en animales de laboratorio, también lo hacen en humanos. Por ejemplo, el modelo de reinstalación de la respuesta predice que el acceso a una pequeña dosis de alcohol es suficiente como para reinstalar el comportamiento de búsqueda de la bebida (condicionamiento operante, presión de palanca). Esto es consistente con lo que se ha descrito como el fenómeno del «primer trago» en humanos, es decir, la tendencia a volver a comportamientos compulsivos y de recaída hacia la bebida ante un primer sorbo de alcohol, aun luego de prolongados períodos de abstinencia. Algo similar producen en este modelo los estímulos que fueron inicialmente apareados con el consumo del alcohol; en alcohólicos se ha visto que la simple visualización de un bar o el olor a alcohol, pueden provocar un efecto de recaída. Los estudios con animales predicen que la exposición a estos estímulos no reforzada por el alcohol extingue la respuesta de búsqueda. La terapia de exposición a pistas o señales (CET) se basa en esos resultados. Consiste en extinguir y desarrollar estrategias de afrontamiento ante señales externas o internas que provocan el deseo de consumir. Un estudio de Sitharthan, Sitharthan, Hough y Kavanagh (citado por Secades Villa & Fernández Hermida, 2003) comparó un grupo CET con un grupo de terapia cognitivo-conductual (CBT) que mostró que a los 6 meses los sujetos del grupo

CET autoinformaban menor consumo de alcohol que los pacientes CBT. Esta terapia cumple los criterios de “probablemente eficaz” en la lista de terapias con apoyo empírico (Secades Villa & Fernández Hermida, 2003).

El modelo de la formulación biopsicosocial descrito por Pormeleau y Pormeleau (1987) para explicar cómo se inicia y mantiene la respuesta de fumar se puede extender a las adicciones, en general también se inspiró en los estudios con animales. Este modelo tiene en cuenta los factores de *vulnerabilidad* (genética e historia de aprendizaje) y el *contexto* (ambiente externo e interno: estímulos que provocan cambios fisiológicos, bioquímicos, psicológicos y emocionales), que lleva a la *conducta* (autoadministración de la sustancia o su rechazo). Esta respuesta produce *consecuencias* (reforzamiento positivo y negativo o castigo, eventos que provocan cambios fisiológicos, bioquímicos, psicológicos y emocionales). Según las consecuencias que provoca aumentará o disminuirá la repuesta adictiva. Estos factores interactúan entre ellos. El tratamiento consiste en romper la cadena asociativa entre esas variables.

Un análisis de los tratamientos eficaces para el alcoholismo y para las demás adicciones muestra que todos ellos se derivan de los resultados obtenidos con los modelos animales presentados en este trabajo que se adecuaron a los humanos. Este intercambio entre investigación básica y aplicada parece ser el modelo más prometedor para hallar métodos que alivien el sufrimiento humano debido a trastornos psicológicos.

Referencias

- Bachmanov, A., Kiefer, S., W., Molina, J. C., Tordoff, M. G., Duffy, V. B., Bartoshuk, L. M. & Menella, J. A. (2003). Chemosensory factors influencing alcohol perception, preferences and consumption. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 27, 220-231.
- Barnett, S. A. (1963). *The rat: a study in behavior*. Chicago: Aldine.
- Bienkowski, P., Kostowsky, W. & Koros, E. (1999). The role of drug – paired stimuli in extinction and reinstatement of ethanol – seeking behaviour in the rat. *European Journal of Pharmacology*, 37(4) 315-319.
- Borges, J. L. (1964). Soneto al vino. En: El otro, el mismo. En *Obras completas* (1974). Buenos Aires: Emecé Editores.
- Brunetti, G., Carai, M. A., M., Lobina, C., Melis, S., Serra, S., Vacca, G., Gessa, G., L. & Colombo, G. (2002). *Alcohol*, 26, 167-172.
- Cunningham, C. L. (1993). Pavlovian drug conditioning. In: van Haaren, F., ed. *Methods in behavioral pharmacology*. Amsterdam: Elsevier, 349-381.
- Cunningham, C. L., Fidler, T. L. & Hill, K. G. (2000). Animal models of alcohol's motivational effects. *Alcohol Research and Health*, 24, 85-91.
- Czachowski, C., L., Legg B. H. & Samson, H. H. (2003). Assessment of sucrose and ethanol reinforcement: the across-session breakpoint procedure. *Physiology & Behavior*, 78, 51-59.
- Fernández Tapia, A. M. (2004). Aportes del Darwinismo a la Psicología Clínica: El paradigma de la psicología evolucionista. *Terapia Psicológica*, 22, 33-42.
- Fidler, T., Bakner, L. & Cunningham C. L. (2004). Conditioned place aversion induced by intragastric administration of ethanol in rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 77, 731-743.

- Hunziker, Leite & Pérez-Acosta, Andrés (2001). Modelos animales en psicopatología: ¿una contribución o una ilusión? *Avances en Psicología clínica latinoamericana*, 19, 37-50.
- Kooy, D., O'Shaughnessy, M., Mucha, R., F. & Kalant, H. (1983). Motivational properties of ethanol in naïve rats as studied by place conditioning. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 19, 441-445.
- Mustaca, A. (2004 a.). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Mustaca, A. (2004 b). El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 105-118.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E. & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.
- Ortiz, J. & Vera-Villaruel, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de psicología. *Terapia psicológica*, 23(1), 61-66.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes. An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford: Oxford University Press.
- Pormeleau O. F. & Pormeleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Studies*, 17, 111-131.
- Rodd, Z. A., Bell, R. L., Sable, H. J. K., Murphy, J. M. & Mc. Bride, W., J. (2004). Recent advances in animal models of alcohol craving and relapse. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 79, 439-450.
- Samson, H. H. & Doyle, T. F. (1985). Oral ethanol self-administration in the rat: Effect of naloxone. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 22, 91-99.
- Samson, H. H., Czachowski, C. L. & Slawewski, C. J. (2000). A new assessment of the ability of oral ethanol to function as a reinforcing stimulus. *Alcohol: clinical and experimental research*, 24, 766-773.
- Samson, H. H., Czachowski, C. L., Chappell, A. & Legg, B. (2003). Measuring the appetitive strength of ethanol: use of an extinction trial procedure. *Alcohol*, 31, 77-86.
- Samson, H. H., Sharpe, A. L. & Denning, C. (1999). Initiation of ethanol self-administration in the rat using sucrose substitution in a sipper-tube procedure. *Psychopharmacology*, 147, 274-279.
- Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de Tratamientos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Marino Pérez Álvarez, José Ramón Fernández Hermida, Concepción Fernández Rodríguez & Isaac Amigo Vázquez (compiladores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos*. España: Ed. Pirámide cap. 3, 107-132.
- Serra, S., Brunetti, G., Vacca, G., Lobina, C., Carai, M., Gessa, G. & Colombo, G. (2003). Stable preference for high ethanol concentrations after ethanol deprivation in Sardinian alcohol-preferring (sP) rats. *Alcohol*, 29, 101-108.
- Sinclair, J. D. (1971). The alcohol deprivation effect in monkeys. *Psychonomical Science*, 25, 21-24.
- Spanagel, R. (2000). Recent animal models of alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 24, 124-131.
- Spanagel, R. (2003). Alcohol addiction research: from animal models to clinics. *Best Practice & Research*, 4, 507-518.
- Spanagel, R. & Holter, S. M. (1999). Long-term alcohol self administration with repeated alcohol deprivation phases: An animal model of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 231-243.
- Spear, N. E. & Molina, J. C. (2001). Consequences of early exposure to alcohol: how animal studies reveal later patterns of use and abuse in humans. Animal research and human health. Carroll ME, Overmier JB (Eds), pp 85-99. *American Psychological Association*, Washington, DC.
- Stewart, R. B., Murphy, J. M., Mc. Bride, W. J., Lumeng, L. & Li, T. K. (1996). Place conditioning with alcohol in Alcohol – Preferring and Nonpreferring rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 53 (3), 487-491.
- U.S. department of health and human services (1993). *Eight Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*.
- Vangelina V. Sigmund, S., Singer, M., Sinclair, J. D., Li, T. & Spanagel, R. (2003). A comparative study on alcohol-preferring rat lines: effects of deprivation and stress phases on voluntary alcohol intake. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 27(7), 1048-1054.
- Wolffgramm, J. & Heyne, A. (1991). Social behavior, dominance and social deprivation of rats determine drug choice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 38, 389-399.
- Wolffgramm, J. (1990). Free choice ethanol intake of laboratory rats under different social conditions. *Psychopharmacology (Berlin)*, 101, 233-239.
- Wolffgramm, J. & Heyne, A. (1995). From controlled drug intake to loss of control: The irreversible development of drug addiction in the rat. *Behavioral Brain Research*, 70, 77-94.

Placebo y Psicología Clínica: Aspectos Conceptuales, Teóricos e Implicancias

Placebo and Clinical Psychology: Conceptual and Theoretical Aspects and Implications

Octavio Abarca A., Alexander Chacón S., Fabiola Espinosa S. & Pablo Vera-Villarroel

Escuela de Psicología

Universidad de Santiago de Chile

rec: 14-abril-2005

acep: 24-mayo-2005

Resumen

Placebo y efecto placebo son dos términos que aparecen cada vez con más preponderancia en el ámbito médico, farmacológico y psicológico. En la actualidad el placebo es considerado como una sustancia o procedimiento que no tiene poder inherente para producir un efecto que es buscado o esperado. Las principales teorías que explican este fenómeno son la teoría biológica, teoría de las expectativas y condicionamiento clásico. El presente artículo realiza una revisión sobre el estado actual del fenómeno placebo, definiciones y factores asociados, así como su importancia y aplicaciones para la psicología clínica. En este sentido, se revisa la evidencia en áreas como la farmacología, depresión, estrés, dolor e hipocondría. Adicionalmente se revisa su importancia en los criterios clínicos para las psicoterapias apoyadas en la evidencia, así como su actual relevancia en la investigación en Psicología Clínica.

Palabras claves: Placebo, psicología clínica, terapias apoyadas en la evidencia.

Abstract

Placebo and placebo effect are two terms that appear every time with more preponderance in the medical, pharmacological and psychological environment. Placebo is currently considered as a substance or procedure that has no inherent power to produce an effect that is searched or expected. The main theories that explain this phenomenon are the biological, the expectations and the classic conditioning theories. The present article carries out a revision of the current state of the placebo phenomenon, its definitions and associated factors, as well as its importance and applications in clinical psychology. In this sense, the evidence is revised in areas like pharmacology, depression, stress, pain and hypochondria. Additionally, its importance for clinical approaches to psychotherapies supported by evidence is revised, as well as its current relevance in clinical psychology research.

Key words: placebo, clinic psychology.

Introducción

Placebo y efecto placebo son dos términos que aparecen cada vez con más preponderancia en el ámbito médico, farmacológico y psicológico. Sin embargo, el efecto placebo fue cuestionado por mucho tiempo, debido a que se consideraba como un efecto secundario o aleatorio producido por una determinada intervención que debía su eficacia a un procedimiento que operaba con error metodológico y/o variables no controladas. Esta perspectiva era un legado de los primeros acercamientos al fenómeno que datan del año 1811, donde el acento estaba puesto en estimar al placebo como algo para complacer al paciente más que para beneficiarlo (Choliz & Capafons, 1991).

A medida que trascurrieron los años y aumentaron las investigaciones en este campo de estudio, el efecto placebo pasó de considerarse una “complacencia” dada por el médico, a ser un conjunto de factores incidentales de un tratamiento que tienen efectos terapéuticos en el síntoma o trastorno (Strauss & Von Amon, 1996, en Pérez, Morer & Martín-Santos, 2003). Más aún, se empezó a considerar la importancia de los factores simbólicos y de aprendizaje en el efecto placebo (Stewart-Williams & Podd, 2004). Así, los aspectos psicológicos “entraron al juego” con una gran relevancia para la comprensión y/o explicación del fenómeno.

En la actualidad el estudio del placebo comprende al menos dos grandes áreas. En primer lugar, la utilización del placebo se incorpora plenamente como un control en el diseño de los estudios, por ejemplo en la investigación farmacológica. Esto permite la identificación de los efectos específicos del medicamento, así como valorar sus di-

Correspondencia: Dr. Pablo Vera Villarroel, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Avenida Ecuador 3650, 3° Piso. Santiago. Chile. Email: pvera@lauca.usach.cl

ferencias frente al placebo. En segundo lugar, se plantea también como un desafío a la investigación básica en psicología con el fin de establecer cuáles son los mecanismos psicológicos implicados en el efecto placebo. Esto resulta relevante, debido a que el efecto placebo implica una serie de procesos complejos y no completamente determinados aún, que influyen en todo tratamiento médico y psicológico. Si se formula la pregunta: ¿cuál es la efectividad real de los procedimientos o intervenciones médicas y/o psicológicas más allá del efecto placebo? o ¿es el placebo un tipo de intervención paralela a los métodos tradicionales en las ciencias de la salud?, entonces se plantea inmediatamente la importancia de entender el fenómeno y establecer cuáles son los factores y mecanismos que están en la base.

Historia y Definiciones

Etimológicamente, la palabra placebo deriva del Latín *placere*, término que significa “complacer”. La primera definición de placebo aparece en el año 1785 en un diccionario médico, donde se describe como “medicina o método ordinario”. Sin embargo, dos ediciones más tarde, se define como medicina falsa, supuestamente inerte o inofensiva la que, no obstante, puede tener efectos importantes, tanto positivos como negativos (Krentzman, 1997; García, 2001).

La definición más actualizada de placebo y efecto placebo deriva de la revisión recientemente publicada por Stewart-Williams & Podd (2004). Estos autores conciben el placebo como una sustancia o procedimiento que no tiene poder inherente para producir un efecto que es buscado o esperado. Por su parte, el efecto placebo es definido como un efecto psicológico o fisiológico, en un humano u otro animal, que es atribuible al hecho de recibir una sustancia o estar bajo un procedimiento determinado, no siendo dicho efecto adjudicable al poder inherente de la sustancia o procedimiento.

Adicionalmente se ha establecido la necesidad de realizar distinciones tales como “placebo” de “efecto placebo”, así como “efecto placebo” y “efecto nocebo”. La distinción entre placebo y efecto placebo está dada porque el primero se refiere a un procedimiento determinado o una sustancia específica, como una píldora, y el efecto placebo alude a las consecuencias positivas del procedimiento. Por su parte, el denominado efecto nocebo puede explicar por qué algunas personas experimentan efectos secundarios no relacionados con la medicación que ingieren. Este efecto constituye un empeoramiento de la condición del paciente (Pérez, Morer & Martín-Santos, 2003). Según la primera aproximación al efecto nocebo o placebo negativo (Zanna & Cooper, 1974; Snyder, Schulz & Jones, 1974), se plantea que cuando un paciente se somete a un tratamiento, donde espera obtener resultados terapéuticos y estos no se cumplen en la medida en que esperaba, pueden producirse

efectos perjudiciales y contrarios a los de la intervención. Así, por ejemplo, en una revisión realizada a 109 estudios de drogas con ensayos de doble ciego, se encontró una incidencia total de eventos adversos en la salud de voluntarios durante la administración del placebo de un 19% (Rosenzweig, Brohier, Zipfel, 1993 en Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994).

Entre los efectos indeseables que se han constatado del efecto nocebo, se incluyen la inducción de náusea, cefalea, fatiga, vómito e hipertensión arterial, entre otros. Lo anterior no sólo prueba que una determinada intervención supuestamente inefectiva, sí produce ciertos efectos, sino que además otorga evidencia de que dichos efectos pueden ser tanto positivos como negativos (García, 2001).

Factores que Influyen en el Efecto Placebo

En las investigaciones actuales, se denomina normalmente efecto placebo a la respuesta clínica observada en el grupo del mismo nombre. Sin embargo, el efecto placebo es la suma de la acción de diversos componentes, por lo que determinar qué efecto es realmente producto del placebo resulta muy complejo (Pérez, Morer & Martín-Santos, 2003).

Dado lo anterior, los investigadores han distinguido entre las consecuencias que son producto del efecto placebo real, vale decir, del efecto atribuible exclusivamente al conocimiento o percepción de hallarse en una determinada situación terapéutica; y aquellos que son consecuencia de la intervención de otros factores. Diversos autores (García, 2001; Pérez, Morer & Martín-Santos, 2003; Stewart-Williams & Podd, 2004) dan cuenta de las siguientes variables que influyen en la apreciación del efecto placebo, dificultando la estimación real de este: curso natural de la enfermedad; efecto de regresión a la media; intervenciones paralelas no especificadas; y efecto hawthorne (mejoría o mayor rendimiento en individuos cuando son sometidos a observación).

Por otro lado, es posible distinguir factores que influyen en la magnitud del efecto placebo. Estos factores pueden corresponder a variables del paciente, del placebo en sí (Dobrilla, 1987, en Cholz & Capafons, 1991) y del investigador / terapeuta (Turner, Deyo, Loesser, Von Korff & Fordyce, 1994). Dentro de las variables asociadas al paciente se encuentra el género (Weiner & Weiner, 1996), expectativas del paciente sobre el tratamiento (Turner, Deyo, Loesser, Von Korff & Fordyce, 1994; Pollo, Amancio, Arskamian, Casadio, Maggi & Benedetti, 2001), niveles de estrés y ansiedad que afectan de manera adversa varios procesos psicológicos, lo cual conlleva un incremento en los síntomas reportados.

De esta manera, el placebo parece ser más efectivo en sujetos altamente ansiosos y los efectos del placebo son atribuidos frecuentemente a la reducción de la ansiedad y

asociados a la disminución del sufrimiento (Evans, 1985). Finalmente, los pacientes que son capaces de seguir instrucciones en forma más exacta, presentan mayor respuesta al efecto placebo (Baum, Newman & Weinman, 1997).

En cuanto a los factores correspondientes al placebo en sí, diversas investigaciones han demostrado que factores del placebo farmacológico como el tamaño, dosis, color, forma y aplicación, influyen en un mayor o menor efecto placebo. Así, se ha comprobado que un placebo de mayor tamaño, es más efectivo que uno de menor dimensión. Asimismo, un placebo administrado en una dosis mayor, aumenta el efecto atribuido a éste (Blackwell, Bloomfield & Buncher, 1972, en Donnelly, 2004).

Por su parte, estudios han encontrado que la coloración de la píldora administrada es muy importante al momento de evaluar los efectos del placebo como depresores o estimulantes. De esta manera, los efectos depresores se asocian a píldoras de colores fríos (azul, blanca), mientras que los placebos encapsulados en colores cálidos (rojo, amarillo), se asocian a efectos estimulantes (Donnelly, 2004).

En relación con la forma del placebo, se ha comprobado que las cápsulas son más potentes que las tabletas y, a su vez, las inyecciones son más potentes que las cápsulas. Además, respecto al factor de aplicación, se ha encontrado que aquellos placebos aplicados en forma interoceptiva (inyecciones, cápsulas, píldoras, etc), son más eficaces que aquellos aplicados exteroceptivamente (crema, resonancia magnética, etc.) (Blackwell, Bloomfield & Buncher, 1972, en Donnelly, 2004).

Con relación a las variables del investigador o terapeuta se ha comprobado que ser cordial, amistoso, interesado, simpático, empático, prestigioso y con una actitud positiva hacia el paciente y el tratamiento, así como las expectativas del investigador, son variables asociadas a un efecto beneficioso tanto en una situación placebo como en un tratamiento activo (Shapiro & Shapiro, 1968, en Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994).

Teorías explicativas del efecto placebo

A continuación se presenta una síntesis de las principales teorías que dan cuenta del efecto placebo en la actualidad. Estas son la perspectiva biológica, la teoría de la Expectativa y el Condicionamiento Clásico (Stewart-Williams & Podd, 2004).

Teoría Biológica

Dentro de los aspectos biológicos, los efectos de la endorfina han sugerido que la respuesta al placebo puede estar mediada por opiáceos endógenos liberados en el sistema nervioso central (Levine, Gordon, Fields, 1987, en Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994). Sin embargo, estudios subsecuentes han arrojado resultados

contradictorios y el rol del proceso de los opiáceos endógenos no está claro en el presente (Evans, 1985; Gracely, 1987, Grevert & Goldstein, 1985, en Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994).

No obstante, algunas investigaciones que proponen la hipótesis de los opiáceos endógenos, sugieren que el mecanismo por el cual el efecto placebo produce analgesia frente al dolor, se produce a través de la secreción de polipéptidos del grupo mórfico, tales como la leuncefalina, la metencefalina, la b endorfina y otros opiáceos endógenos, sustancias que son producidas en el hipotálamo. Estos, a su vez, generan anestésicos naturales en la hipófisis anterior. Esta cadena de hechos estimula directamente a la glándula suprarrenal y, consecuentemente, a sus hormonas inhibitoras-estimuladoras, tales como la adrenalina, el cortisol, la epinefrina y la aldosterona. En este sentido, la hipótesis más aceptada a nivel biológico, es que el efecto placebo genera situaciones de decrecimiento del dolor y la inflamación al estimular la secreción de opiáceos endógenos y hormonas catecolamínicas (Gutiérrez, Garrido, Aguirre & Benítez, 2003).

Teoría de la Expectativa

La teoría de la expectativa ha ganado terreno en los años recientes. El concepto de expectativa ha reemplazado otros constructos como la fe y la esperanza en el campo del placebo (Peck & Coleman, 1991; Stewart-Williams & Podd, 2004). Según esta teoría, la expectativa es conceptualizada como un contenido cognitivo explícito, concientemente accesible, de manera tal que un placebo produce un efecto porque el receptor lo espera (Stewart-Williams, 2004).

La interpretación que se realiza desde la teoría de la expectativa del efecto placebo tiene un gran número de implicancias importantes. Una de ellas es que el aviso de una droga puede llevar a efectos placebo más poderosos. En este sentido, Walsh, Seidman, Sysko & Gould (2002), reportaron que las respuestas, tanto a antidepresivos como a placebos en pruebas de medicación antidepresiva, han aumentado a lo largo de los años, quizás debido a un incremento en la creencia entre el público sobre la eficacia de las drogas.

Es importante considerar que si los efectos atribuidos al placebo son poco creíbles o inaplicables, es más difícil que se produzca una influencia en las expectativas del paciente, por lo tanto, disminuye la probabilidad de que el efecto placebo tenga lugar (Kirsh & Weixel, 1988, en Stewart-Williams & Podd, 2004). Otra implicancia es que una droga o tratamiento cuyo efecto inherente es suprimir los síntomas de una enfermedad, podrían también ayudar indirectamente a sanar la causa subyacente, debido a la mera supresión de los síntomas, lo cual probablemente promueva la creencia de la gente de que el tratamiento está funcionando y así sus expectativas de cura (Stewart-Williams & Podd, 2004).

Por su parte, algunas implicancias que plantea esta teoría sobre el placebo pueden no ser tan beneficiosas. Por ejemplo, explicarles a los pacientes los posibles efectos colaterales de una droga podrían aumentar la probabilidad de que ellos experimenten tales efectos, lo que daría cuenta de cómo las expectativas pueden ser también un marco explicativo para el llamado efecto nocebo.

En relación con el mecanismo a través del cual las expectativas producen efectos placebo, una posibilidad que se ha planteado es que los efectos de la expectativa sean un producto de la reducción de la ansiedad (Lundh, 1987). En un contexto terapéutico, un placebo podría crear la expectativa de que uno mejorará, lo que puede llevar a la reducción de la ansiedad, promoviendo la activación de diversas funciones biológicas beneficiosas para el organismo (Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994).

Desde otra perspectiva, se postula que el efecto de las expectativas está mediado por cambios en otras cogniciones. Por ejemplo, un placebo inducido con la expectativa de analgesia, puede influir en la disminución de pensamientos e imágenes negativos y aumentar la frecuencia de cogniciones positivas, lo cual es un cambio que puede disminuir la experiencia de dolor (Peck & Coleman, 1991; Spanos, Perlini & Robertson, 1989 en Stewart-Williams & Podd, 2004).

Por otro lado, se plantea que las expectativas del paciente son un producto del procesamiento selectivo de la información que este recibe. En este sentido, tomar un placebo activa un esquema cognitivo de los efectos esperados, los cuales se derivan, como ya se ha revisado, de la información que se le entrega al paciente, de las características propias del placebo (color, forma, modo de administración, etc.), entre otras. Una vez que este esquema ha sido activado, tienen lugar los siguientes mecanismos de procesamiento de la información: a) las personas comienzan a evocar cualquier información o experiencia relacionada con ese esquema; b) la información ambigua es interpretada de manera que resulte consistente con el esquema activado, y c) la información inconsistente es desechada (Beck & Emery, 1985). Lo anterior tiene una directa relación con la percepción de control cognitivo al momento de realizar atribuciones acerca de un evento nuevo que presenta características estresantes. La percepción de control se define, a grandes rasgos, como la creencia de que se pueden manejar ciertos factores que originan o influyen en el contexto de una situación estresante. Así, existe una serie de factores que tienen que ver con la persona y con el evento o situación. Entre estos se encuentran varios de tipo cognoscitivo, por ejemplo, cambio o novedad, falta de información de cómo llevar a cabo el afrontamiento, falta de predictibilidad, incertidumbre, ambigüedad, falta de habilidades o conducta de afrontamiento, alteraciones de las condiciones biológicas del organismo y duración prolongada de la situación de estrés (Yela, 1996).

Así, se establece que las expectativas y atribuciones frente a una situación determinada se pueden incluir bajo el término de percepción de control cognitivo, que implica un proceso cognitivo donde se establecen relaciones en términos de predecibilidad y controlabilidad de los acontecimientos en un contexto determinado (Yela, 2001).

Condicionamiento Clásico

Un tercer modelo explicativo del efecto placebo es el Condicionamiento Clásico que puede ser definido como un "tipo de aprendizaje que opera cuando una señal nueva (EC) es apareada con una señal (EI) que tiene la propiedad de provocar una respuesta incondicionada (RI). Después del apareamiento, también el EC adquiere la propiedad de provocar una respuesta (RC) más o menos similar al RI" (Swenson, 1991, p. 35).

Sin embargo, a partir de los años setenta se comienza a cuestionar la contigüidad temporal como elemento central e imprescindible para que se produzca condicionamiento clásico. Es así como surge el concepto de contingencia (Rescorla, 1988). Este hace referencia a la relación que existe entre dos o más eventos y a la capacidad informativa de los estímulos. De esta manera, el Condicionamiento Clásico, desde una perspectiva actualizada, determina al organismo como un buscador de información que usa las relaciones lógicas y perceptuales que se dan entre los eventos, además de sus propias preconcepciones para formarse una sofisticada representación de su mundo. Así, el Condicionamiento Clásico involucra el aprendizaje de relaciones entre eventos, complejamente representadas (Rescorla, 1988).

Al aplicar este modelo como una teoría explicativa del efecto placebo, se establece que un placebo es un estímulo condicionado (EC) y el efecto placebo es una respuesta condicionada (RC). Ejemplo de esto es el experimento de Ader & Cohen (1975), quienes trabajaron con inmunosupresión condicionada en ratas. En el estudio, se pareó un líquido con sabor a sacarina con el inmunosupresor ciclofosfamida. Después de un número de pareamientos, la solución de sacarina administrada produjo un decaimiento de la respuesta inmune en ratas. La sacarina se volvió un placebo (EC) capaz de elicitar inmunosupresión (efecto placebo RC). Experimentos en esta línea de investigación y con resultados similares ha sido ampliamente demostrado, especialmente con la respuesta inmunológica (Vera-Villarroel, 2001).

Teoría de las Expectativas y Condicionamiento Clásico en el Efecto Placebo

En la explicación del efecto placebo, la teoría de las Expectativas y del Condicionamiento Clásico parecen ser, en un principio, posturas diferentes que dan cuenta de este

fenómeno. En este sentido, la Teoría de las Expectativas si bien ofrece un marco explicativo para el efecto placebo en humanos, no puede dar cuenta del efecto placebo que se ha detectado en animales, a diferencia del condicionamiento clásico, gracias a definiciones actualizadas como las de Rescorla & Wagner (1972). Entendido así, en un principio, el Condicionamiento Clásico parecería no poder integrar el efecto placebo a nivel subjetivo, del cual sí puede dar cuenta la teoría de la Expectativa. Sin embargo, estas diferencias aparecen sólo al remitirse a la concepción pavloviana del Condicionamiento Clásico. De hecho, desde los primeros experimentos de Tolman acerca de mapas cognitivos en animales (1932), se destaca la importancia de la atención para el aprendizaje planteada posteriormente por Mackintosh (1975) y la relevancia de la información que entregan los estímulos (Rescorla, 1988), procesos que pueden explicar el fenómeno de las representaciones y del manejo de información tanto en animales como en humanos.

Si bien desde el Condicionamiento Clásico es factible establecer los efectos fisiológicos u objetivos que el efecto placebo conlleva, el principal problema que se oponía a esta postura, era la imposibilidad que se planteaba de estudiar los aspectos subjetivos que comprende el efecto placebo bajo el modelo del Condicionamiento Clásico (Stewart-Williams, 2004). Estos planteamientos permanecieron mucho tiempo sin ser revisados, sin embargo, se ha comprobado actualmente que los estados subjetivos se pueden condicionar y, más importante aún, si se asume que los estados subjetivos están siempre incluidos en el cerebro, entonces las medidas objetivas podrían, en principio, ser correlatos fisiológicos de cualquier estado subjetivo. Desde esta perspectiva, la distinción objetivo-subjetivo se refiere solamente al método de medición utilizado (Stewart-Williams & Podd, 2004).

Aun así, parece ser que los esfuerzos por elegir entre uno y otro marco explicativo han sido infructuosos. De hecho, actualmente se considera que es más probable la existencia de una relación entre ambas teorías para dar cuenta del efecto placebo. Así, existen varias hipótesis que pueden aclarar la relación existente entre ambas perspectivas. Primero, podría ser que todas las instancias de condicionamiento sean mediadas por expectativas. Esto es, que la exposición a una contingencia EC – EI resulte en la formación de una expectativa generalizada de que el EC será seguido de un EI. Subsecuentemente, la exposición al EC elicitaba una expectativa específica de que el EI le seguiría y esta expectativa produciría la RC.

Una segunda hipótesis hace referencia a la posibilidad de que existan instancias de condicionamiento que no estén mediadas por expectativas conscientes. Finalmente, está la posibilidad de que algunas instancias de condicionamiento sean mediadas por expectativas conscientes y otras no (Stewart-Williams & Podd, 2004).

Por lo tanto, surge como cuestionamiento el papel que cumplen las variables cognitivas en el efecto placebo. En este sentido, la interpretación cognitiva del Condicionamiento Clásico tiene una estrecha relación con el constructo de expectativas.

Como ya se mencionó, Tolman disintió de la mirada de que los efectos del condicionamiento son debido a procesos automáticos, en los que no median variables cognitivas. Se habla del valor de la información que entrega el Estímulo Condicionado (Rescorla) y del fenómeno de Bloqueo (Kamin). Aplicando esto al placebo, el Estímulo Condicionado no simplemente adquiere la capacidad de generar una respuesta inicialmente elicitada por el ingrediente activo, sino que el Estímulo Condicionado se vuelve una señal de que el ingrediente activo va a ser administrado y la Respuesta Condicionada (efecto placebo) es una respuesta a esta información.

Finalmente, Stewart-Williams & Podd (2004), plantean como conclusión con respecto a la relación entre la Teoría de la Expectativa y el Condicionamiento Clásico que, a lo menos en algunos casos, las expectativas explícitas median el Condicionamiento Clásico en el efecto placebo.

Implicancias y Aplicaciones a la Psicología Clínica:

A continuación se expone evidencia y aplicaciones en Psicología Clínica, enfatizándose los diferentes hallazgos en ciencia básica, en áreas como la depresión, dolor, ansiedad y estrés, así como en las psicoterapias con apoyo empírico y la importancia en la investigación en Psicología Clínica relacionadas con el efecto placebo.

Investigaciones Actuales en Ciencia Básica

En un experimento (Rose, 2004) se evaluó si era posible que las expectativas produjesen dolor, estudiándose también la respuesta a este. El propósito consistió en observar cómo la experiencia de dolor actuaba en el cerebro. A veinticuatro sujetos se les aplicó un número determinado de shocks eléctricos. En una segunda instancia, se les administró una crema que se les dijo disminuía el dolor, siendo esta crema en realidad inactiva (placebo). Al aplicársele de nuevo el mismo estímulo (shock eléctrico), los sujetos reportaron tener menos dolor. La resonancia magnética cerebral confirmó los reportes de los sujetos; cuando los participantes reportaron que la crema decrecía el dolor, la descarga eléctrica producía una actividad menor en el Tálamo (centro del dolor en el cerebro).

En los sujetos que experimentaron una disminución del dolor se constató también un aumento de la actividad observada en el córtex pre-frontal, área asociada a las respuestas de anticipación en el cerebro.

En otro estudio (Leuchter, Cook, Witte, Morgan & Abrams, 2002), se investigaron los cambios en el funcio-

namiento cerebral en sujetos diagnosticados con depresión mayor. El objetivo fue comparar dos grupos: tratamiento antidepressivo (Venlafaxine) versus tratamiento placebo. Para esto, se controló a los sujetos de manera clínica con el cuestionario de depresión de Hamilton cada ciertos días y se les aplicó el procedimiento de testeo a través de tomografía de emisión de positrones (TEP). Los resultados clínicos (escala de depresión) indicaron que sobre el 52% de los sujetos que recibieron medicación antidepressiva respondieron al tratamiento y un 38% respondió a la condición de tratamiento placebo.

En cuanto a los resultados de TEP se observó que los dos tratamientos son activos, ya que promueven cambios en cierta zona cerebral, pero no son fisiológicamente similares en cuanto al tiempo de presentación de los cambios en el cerebro. Las dos condiciones afectaron la zona prefrontal del cerebro, pero el placebo actuó de manera distinta en diferentes períodos temporales. El placebo mostró un significativo incremento en la zona prefrontal, comenzando esta actividad tempranamente una vez iniciado el experimento.

Respecto de la respuesta a la medicación, se observó una disminución de la actividad en la misma zona, con una latencia mayor que la condición placebo. Los autores indicaron que los hallazgos, al mostrar en ambas condiciones cambios en la dinámica cerebral, pero con distintas características, podrían ser un criterio diferenciador entre la medicación y la respuesta placebo en sujetos depresivos, siempre y cuando estos cambios puedan ser replicados y comprobados.

Otra investigación llevada a cabo por Volkow, Wang, Fowler, Maynard, Telang, Vaska, Ding, Wong & Swanson (2003), tuvo como objetivo investigar la relación entre las expectativas y el funcionamiento cerebral en personas drogadictas. El autor plantea que el reforzado efecto de las drogas representa una compleja interacción entre los efectos farmacológicos y respuestas condicionadas, postulándose que variables no farmacológicas, como las expectativas, modulan los efectos de las drogas.

Volkow y sus colegas hipotizaron que en los adictos las respuestas subjetivas a las drogas son “más fuertes” y “placenteras” cuando la persona espera recibir la droga que cuando no la espera. Para comprobar dicha presunción, los investigadores exploraron las bases neurológicas de este efecto usando como indicador la respuesta de glucosa en el cerebro, utilizando la droga Metilfenidato (MF) vía intravenosa en adictos a la cocaína bajo condiciones de expectación y no expectación. Para medir este funcionamiento cerebral se utilizó el método de TEP.

De esta forma se crearon cuatro grupos:

1. Sujetos que esperaban MF y recibieron MF.
2. Sujetos que esperaban MF, pero recibieron placebo.
3. Sujetos que esperaban placebo, pero recibieron MF.
4. Sujetos que esperaban placebo y recibieron placebo.

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que el MF incrementó significativamente el metabolismo de glucosa en el cerebro comparado con la condición placebo, pero se produjo un 50% de incremento aproximadamente cuando el MF era esperado, en comparación a cuando no lo era.

El incremento del MF en todas las condiciones activó el cerebelo, córtex occipital y tálamo. En cada una de estas áreas, la expectación de MF incrementó la activación neuronal regional.

La disminución de los indicadores después de los efectos de la MF ocurrieron en la región límbica del cerebro (estriado ventral y circunvolución parahipocampal), córtex insular y córtex frontal. La magnitud de esta disminución no fue afectada por las expectativas. Conductualmente, el auto-reporte de consumo de droga fue más alto (50%) para el grupo MF cuando era esperada la droga que cuando no lo era.

La conclusión de estos datos determinan que la expectativa realza los efectos farmacológicos del MF, por ampliación de las señales de dopamina y norepinefrina generadas por el bloqueo de los transportadores de dichos neurotransmisores. Por último, se comprueba que las expectativas pueden emular los efectos de la ingesta de droga en el cerebro, corroborándose la hipótesis del estudio.

Efecto Placebo y Eficacia de Antidepresivos

Desde una mirada histórica, los primeros datos en relación a los efectos placebos en “salud mental” datan de la década del 50, donde surge la evidencia de que un porcentaje importante de personas con patología psiquiátrica se benefician con el consumo de placebos (Montejo, Oca & Soler, 2002). La depresión es una de las áreas de la salud mental donde el efecto placebo tiene especial relevancia.

Uno de los principales tratamientos médicos para la depresión corresponde al uso de antidepressivos, los cuales abarcan más del 35% de los psicofármacos a nivel mundial (Fridman, Imerman & Regni, 2002). Los estudios mencionan que entre un 25% a un 60% de pacientes depresivos que han sido tratados con placebo han tenido una substancial reducción de sus síntomas. En base a estos datos, se ha planteado que la respuesta de mejoría a los síntomas depresivos se debe entre un 50% y un 75% al efecto placebo y no a los principios farmacológicos del medicamento (Leuchter, Cook, Witte, Morgan & Abrams, 2002).

Las respuestas positivas frente a la sustancia inactiva varía en porcentaje en los diversos estudios, sin embargo todos presentan un número significativo. Bercher en el año 1955 estipuló que el efecto placebo se daba en 35% de los casos estudiados, mientras que Bally & Kiloh en 1962 detectan un 20% de mejoría con placebo en personas depresivas tanto endógenas como reactivas, según los criterios de esa época (Montejo, Oca & Soler, 2002).

Una década más tarde Morris & Beck (1974, en Montejo, Oca & Soler, 2002) llevan a cabo un análisis de 142 estudios doble ciego acerca del tema. Dentro de los resultados obtenidos estipulan que hasta un 44% de los pacientes con depresión clínica muestran una mejoría basada en el consumo de sustancias placebo.

Como último dato se puede agregar que en un estudio llevado a cabo en el año 2004 por Moncrieff, Wessely & Ardí, se plantea que desde los años setenta, ha existido consenso, basado predominantemente en los resultados de los ensayos clínicos, de que los antidepresivos tricíclicos (ATC) tienen un efecto terapéutico específico sobre la depresión. Sin embargo, un análisis de la bibliografía reveló que las pruebas de dichos ensayos no son coherentes.

Así, aunque la mayoría de las revisiones dan cuenta de que el fármaco es significativamente superior al placebo en la mayor parte de los casos, el grado de superioridad es generalmente pequeño, y entre el 22% y el 73% de los estudios no logran encontrar una diferencia significativa (\l "O-4" Davis, 1965; \l "O-17" Klerman, 1967; \l "O-18" McNair, 1974; \l "O-20" Morris, 1974; \l "O-25" Rogers, 1975 en Moncrieff, Wessely & Ardí, 2004).

Placebo y Reducción del Dolor:

La administración de cualquier tratamiento, incluida la cirugía, tiene efectos psicológicos y fisiológicos en los pacientes y estos, a su vez, están interrelacionados. Existen efectos placebo cuando el paciente y el clínico perciben que el tratamiento es efectivo. Estos efectos pueden ser más fuertes cuando el paciente está ansioso, cuando el médico es percibido como experto, cuando tanto el paciente como el clínico creen que el tratamiento es poderoso o cuando el tratamiento es impresionante y caro. Los efectos placebo actúan sinérgicamente con los efectos del tratamiento activo y la historia natural para influir en los resultados de los pacientes (Turner, Deyo, Loesser, Von Corp. & Fordyce, 1994).

Las expectativas del paciente de que el tratamiento aliviará los síntomas reduce la ansiedad y así aminora los síntomas. La expectativa de mejoría resulta en un cambio positivo y más controlable para el paciente. Así, los pacientes tienden a notificar pequeñas mejorías, ignorando eventos negativos e interpretando estímulos ambiguos favorablemente (Peck & Coleman, 1991). Los cambios en las cogniciones y expectativas, además, llevan a cambios beneficiosos en el comportamiento (Barra, 2003). Por ejemplo, los pacientes con dolor de espalda podrían reanudar las actividades físicas y funcionales que han evitado a causa del miedo al dolor.

También se ha demostrado que las respuestas placebos al dolor pueden ser condicionadas (Voudouris, Peck & Coleman, 1989). Más aún, la experiencia directa de condicionamiento parece ser más poderosa que la expecta-

tiva formada a través de la persuasión verbal (Voudouris, Peck & Coleman, 1990). Por otro lado, las respuestas a tratamientos pasados pueden influir en las respuestas de los pacientes a tratamientos subsecuentes en una manera positiva o negativa dependiendo de la historia de estos tratamientos.

Ansiedad y Estrés:

Otra de las variables del paciente analizadas en los estudios de Placebo corresponde a los niveles de estrés y ansiedad. Las situaciones ansiógenas y estresantes afectan de manera adversa varios procesos psicológicos, lo cual conlleva un incremento en los síntomas reportados. De esta manera, el placebo parece ser más efectivo en sujetos altamente ansiosos y los efectos del placebo son atribuidos frecuentemente a la reducción de la ansiedad y asociados a la disminución del sufrimiento (Evans, 1985).

Asimismo, se ha demostrado que el placebo es efectivo para disminuir la ansiedad anticipatoria tanto en situaciones de enfermedades como situaciones relacionadas con trastornos exclusivamente psicológicos (Reiss, 1980, en Turner, Deyo, Loesser, Von, Korff & Fordyce, 1994). Sin embargo, no está claro si la reducción de la ansiedad es una causa del efecto placebo o un componente de este (Wall, 1993).

En un intento por establecer un perfil de los sujetos con mayor o menor tendencia a responder al efecto placebo, se ha planteado que sujetos con elevado grado de ansiedad presentan una respuesta más fuerte al placebo, que aquellos con bajo grado de ansiedad (Shapiro & Shapiro, 1968, en Matarazzo).

Hipocondría:

Se ha estudiado el placebo en sujetos que han sido diagnosticados con Hipocondría. Así, en lo que se refiere al tratamiento farmacológico, Fallon, Schneier, Marshall, Campeas, Vermes, Goetz & Liebowitz (1996), realizan una revisión de los estudios de caso, de series de casos y de los resultados preliminares de un estudio controlado con pacientes diagnosticados de hipocondría primaria, tratados con agentes farmacológicos. Los autores concluyen que existen evidencias sobre la eficacia de los fármacos que actúan inhibiendo la recaptación de serotonina.

En otro estudio controlado (Fallon et al., 1996) se comparó la eficacia de la fluoxetina con un placebo en una muestra de pacientes con trastorno hipocondríaco (DSM-III-R) con una antigüedad media de 11 años y con pobre respuesta a la psicoterapia tradicional y a las benzodiacepinas. Sobre una muestra final de veinte pacientes, doce recibieron fluoxetina y se observó, por un evaluador independiente, que ocho (66,7%) respondieron favorablemente. No obstante, estos resultados no alcanza-

ron significación estadística, pues también cuatro de los ocho sujetos (50%) que recibieron placebo mejoraron notablemente. Los resultados indican que la hipocondría no es, como se ha sostenido, un trastorno refractario al tratamiento, pero a su vez, no permiten concluir que efectivamente los agentes inhibidores de la recaptación de serotonina constituyan un principio activo en su tratamiento.

Psicoterapias con apoyo empírico

En la actualidad, existe un gran interés por contar con información acerca de las Psicoterapias que cuentan con apoyo empírico. Esto está sustentado en lo que se ha denominado Psicoterapias con apoyo en la evidencia o Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE) (Ortiz & Vera-Villarroel, 2003; Mustaca, 2004a).

En este sentido entre los criterios más importantes para validar la eficacia de un tratamiento, se ha establecido: a) La necesidad de que éste cuente con al menos dos o más estudios rigurosos, b) que estos pertenezcan a investigadores distintos, c) con diseños experimentales intergrupales que avalen dichas investigaciones, d) que cuenten con un manual de tratamiento claramente descrito y e) haber sido puestas a prueba en una muestra de pacientes claramente identificados (Seligman, 1995; Echeburúa & Corral, 2001; Norcross, 2002; Ortiz & Vera-Villarroel, 2003; Mustaca, 2004b). Estos criterios adquieren especial relevancia, ya que a partir de ellos se han agrupado las distintas psicoterapias en tres grandes grupos (Hamilton & Dobson, 2001): los tratamientos bien establecidos (tipo I), los tratamientos probablemente eficaces (tipo II) y tratamientos en fase experimental (tipo III). Para conocer con mayor detalle los criterios, resultados e implicancias de esta clasificación se pueden consultar diversas referencias tanto en inglés como publicaciones recientes en castellano (Mustaca, 2004 a, b; Herrera & Vera-Villarroel, 2005; Vera-Villarroel, 2005).

Criterios que cumplen los *tratamientos bien establecidos* (tipo I)

1. Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes que demuestren la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes maneras:
 - a) El tratamiento es superior al farmacológico, al placebo o a un tratamiento alternativo.
 - b) El tratamiento es equivalente a otro, establecido en estudios con adecuado poder estadístico.
2. Eficacia demostrada mediante una serie amplia de estudios de caso único. Estos estudios deben:
 - a) Tener un buen diseño experimental.
 - b) Haber comparado la intervención del diseño del modelo único, con el placebo, con la intervención farmacológica o con otros.

Es importante considerar que entre los criterios que debe cumplir una psicoterapia para ser considerada eficaz en un determinado trastorno, se deja establecido que se debe contar con evidencia en la cual los resultados del tratamiento sean superiores a la intervención farmacológica, a un tratamiento alternativo o al placebo. En este sentido, uno de los criterios más importantes en la actualidad sobre eficacia en psicoterapia es la consideración del efecto placebo y su diferenciación de los resultados atribuibles a este fenómeno, de los que forman parte del tratamiento psicoterapéutico.

Investigación en Psicología Clínica:

A menudo la investigación en Psicología Clínica y específicamente la psicoterapia se ha desarrollado en dos direcciones, la investigación de procesos y la investigación de resultados o eficacia.

Como menciona Mustaca (2004b), los estudios de eficacia investigan qué tratamientos, técnicas o procedimientos logran resultados satisfactorios para diferentes trastornos, utilizando para ello diseños experimentales aleatorizados o de caso único (ejemplo, Livacic-Rojas, Espinoza & Ugalde, 2004). Así, estos estudios comparan un tratamiento con otro diferente, sin tratamiento o con una condición de placebo. En este sentido la condición de placebo es considerada aquí como una intervención con factores o elementos similares a una intervención. Esto, como lo menciona Mustaca, se realiza para evaluar diversas variables que podrían producir cambios no atribuibles al tratamiento, como por ejemplo, la influencia de la sugestión, la relación terapéutica por sí sola y las expectativas (Mustaca, 2004b).

Específicamente en los métodos de investigación en Psicología Clínica, el placebo cobra especial relevancia cuando se busca establecer la validez de constructo y la validez interna. Este tipo de validez se relaciona con las relaciones causales dentro de un experimento. Así, se busca establecer si un determinado tratamiento es responsable del cambio y posteriormente en qué consiste el tratamiento o por qué se produjo el efecto. Las características asociadas con la intervención que interfieren con las conclusiones acerca de qué es lo que explica los cambios entre los grupos, se denominan amenazas a la validez del constructo (Kazdim, 2001).

Particularmente, variables como el tipo de atención y contacto con el paciente pueden atentar contra la validez de constructo. Esto último, cobra especial relevancia para entender muchas de las investigaciones y resultados en las actuales líneas de investigación en Psicoterapia, ya que como plantea Kazdim, la intervención puede ejercer influencia a causa del tipo de atención (calidez o comunicación, por ejemplo) y no a las características específicas de la intervención. Es en este punto donde los grupos placebos son extremadamente necesarios, dado que la única forma de

demostrar que la intervención es efectiva, es comparando su superioridad sobre el efecto de estas otras variables. Es decir, es esencial incluir un grupo que recibe un placebo y no solo comparar un grupo que recibe la intervención con uno que no la recibe.

Teniendo esto presente, existe consenso respecto de que en cualquier tratamiento existen muchos factores que pueden contribuir al cambio terapéutico (asistencia a sesiones, tener contacto social con un grupo, género del terapeuta u obtener una explicación “lógica” de lo que sucede, por ejemplo). Estos son los denominados factores comunes o no específicos de la Psicoterapia, como lo menciona Kazdim (2001), ya que constituyen la mayor parte de los tratamientos de diferentes teorías psicoterapéuticas.

De esta manera, los términos denominados como factores comunes, no específicos u otros tipos de variables que ejercen influencia y generan cambios, incluyendo la potenciación de la intervención desde un punto de vista de la investigación, pasan a formar parte de las variables que atentan contra la validez de constructo.

La solución entonces, no es solo comparar un grupo que recibe una intervención con uno que no la recibe (precisamente porque no se podrá evaluar el efecto de estas variables), sino por el contrario, es identificar si una determinada intervención o determinadas técnicas específicas de este son responsables del cambio. Dicha solución, en síntesis, hace necesaria la inclusión de un grupo de comparación de tratamiento no específico, ejemplo placebo activo o placebo inactivo (Olivares, Alcázar & Vera-Villarreal, 2003).

A juicio de Kazdim, este tipo de tratamiento debe incluir procedimientos como el que los pacientes se reúnan con un terapeuta, escuchen una razón lógica que explique el origen de su problema y que se analice algo de su vida en la misma cantidad de sesiones y de duración que el grupo que recibe tratamiento. En términos de investigación lo anterior sería un placebo psicológico. En este sentido un reciente estudio comparó dos intervenciones; la primera era la habitualmente desarrollada en un determinado centro de Salud primaria; la segunda intervención estaba sustentada en la evidencia para tratar específicamente los trastornos que presentaban los pacientes. Aunque las dos intervenciones mostraron mejoría de los síntomas en las comparaciones pre-post test (es decir al interior de cada grupo), al comparar ambos tratamientos se encontraron cambios estadísticamente significativos a favor de la intervención apoyada en la evidencia (Herrera & Vera-Villarreal, 2004).

Comentarios Finales

Como se ha visto a lo largo del presente artículo; el fenómeno del placebo y su utilización, ha sido un tema latamente postergado en el estudio de las implicancias para el desarrollo de los sistemas terapéuticos o de tratamiento en psicología. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de ser

un tema de estudio en diferentes disciplinas desde hace muchos años, sigue siendo un tema no resuelto de crucial importancia. No obstante, existe una gran productividad a nivel teórico y de ciencia básica, que destacan la importancia del placebo en aspectos aplicados de la Psicología.

Considerando lo revisado, el placebo en psicología clínica juega un papel fundamental para entender los mecanismos subyacentes de la psicoterapia y de su real alcance. En este sentido, a menudo se ha mencionado que existe evidencia de que toda psicoterapia es eficaz, ya que todas son capaces de reducir los síntomas y problemas de los pacientes. Lamentablemente la mayoría de las lecturas e interpretaciones de estos resultados van más allá del real alcance de estos y, peor aun, van en contra de supuestos metodológicos básicos de la investigación en Psicología Clínica. Así, varios de ellos son estudios que presentan adecuada validez externa pero al mismo tiempo presentan serias dificultades con la validez interna. De hecho, numerosos de estos trabajos son estudios correlacionales que encuentran relación entre determinadas variables y disminución (o aumento) de otras pero presentan dificultades en demostrar si estas variables explican los cambios (Mustaca, 2004 a).

Este error metodológico lamentablemente es muy común en disciplinas como la psicología en la que, a partir de estudios descriptivos o correlaciones, se extraen conclusiones explicativas. Ahora bien, probablemente estos estudios son los que están señalando que en la práctica clínica y psicoterapéutica las variables asociadas a la administración de placebos son extremadamente importantes y pueden potenciar un determinado procedimiento o intervención.

El desafío es entonces demostrar que nuestras intervenciones son superiores al efecto placebo. En resumen, las psicoterapias deben demostrar en estos momentos ser superiores al no tratamiento, al azar y al efecto placebo.

Contamos con menos evidencia de la que a menudo se piensa, se cree o se supone sobre el real poder terapéutico. Sin embargo, existe apoyo empírico en cuanto a que al menos ciertas psicoterapias sí muestran evidencia en esta línea y es labor científica y ética trabajar de manera crítica por el perfeccionamiento de esta joven ciencia.

Referencias

- Ader, R. & Cohen, N. (1975). Behaviorally Conditioned Immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-340.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Baum, A., Newman, S., Weinman, J. & West, R. (1997). *Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine*. Cambridge University Press. 237-240.
- Beck, A. & Emery G. (1985) *Anxiety Disorders & phobias*. New York: Basic Books.
- Blackwell, B. Bloomfield, S. & Buncher, C. (1972). Demonstration to Medical Students of Placebo Responses and Non-drugs Factors. *Lancet*, 1, 1279-1282.
- Choliz, M. & Capafons, A. (1991). Un Intento de Reconceptualización del Fenómeno Placebo. *Psicothema*, 3, 319-336.

- Donnelly, G. (2004). The Placebo Effects and Holistic Interventions. *Holist Nurse Practice*, 18, 238-241.
- Echeburúa, Enrique & Corral, Paz de. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology* 1, 181-204.
- Evans, F. (1985). *Expectancy, Therapeutic Instructions, and the Placebo Response*. New York: Guilford Press.
- Fallon, B., Schneier, F., Marshall, R., Campeas, A., Vermes, D., Goetz, D. & Liebowitz, M. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacological Bulletin*, 32, 607-611.
- Fridman, G., Imerman, C. & Regni, C. (2002). Consumo de Antidepresivos y Ansiolíticos en Argentina en 1998. *Ars Pharmaceutica*, 43, 135-142.
- García, A. (2001). El efecto Placebo: ¿Un Enigma Para la Ciencia del Siglo XXI? *Interpsiquis*.
- Gracely, R. (1987). Verbal Descriptor Measure of Pain Clarify Mechanisms of Analgesia Due to Narcotics, Brain Stimulation and Placebo. *Anesth Program*, 34, 113-127.
- Gutiérrez, S., Garrido, J., Aguirre, A. & Benítez, M. (2003). *Estudio Monográfico Sobre el Efecto Placebo: Antecedentes y su Cuantificación en Patología Osteomuscular Asociado a la Columna Vertebral*. Tenerife, Islas Canarias: Hospital Candelaria.
- Hamilton, K. & Dobson, K. (2001). Empirically Supported Treatments in Psychology: Implications for International and Dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Herrera, V. & Vera-Villarroel, P.E. (2004). *Efectos de una intervención grupal breve para trastornos emocionales*. IV Congreso Iberoamericano de Psicología. FIAP. Santiago.
- Herrera & Vera-Villarroel, P. (2005). Intervenciones apoyadas en la evidencia para trastornos emocionales en Salud Pública. En A.H. Contreras & L.A. Oblitas. *Terapia Cognitivo Conductual; teoría y práctica*. Bogotá: Picom Editores.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. Mexico: Prentice Hall.
- Krentzman, B. (1997). Placebos. Obtenido del sitio web: www.uwsp.edu/psych/mp/tdrugs.htm, Diciembre 2004.
- Leuchter, A., Cook, I., Witte, E., Morgan, M. & Abrams, M. (2002). Change in Brain Function of Depressed Subjects During Treatment With Placebo. *American Journal of Psychiatry*, 159, 122-129.
- Livacic-Rojas, P., Espinoza, M. & Ugalde, F. (2004). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos. *Terapia Psicológica*, 22, 83-91.
- Lundh, T. (1987). The Placebo Response Complex. *Journal of Analytical Psychology*, 49.
- Mackintosh, N. (1975). A Theory of Attention: Variations in the Associability of Stimuli with Reinforcement. *Psychological Review*, 82, 276-298.
- Moncrieff, J., Wessely, S. & Hardy, R. (2004). Placebos Activos versus Antidepresivos para la Depresión. *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Montejo, M., Oca Bravo, L. & Soler Roibal, A. (2002). Factores Asociados a la Respuesta Antidepresiva al Placebo: Una Revisión. *Acta Española de Psiquiatría*, 30, 246-25.
- Mustaca, A. (2004a). El caso de las Escuelas de Psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 105-118.
- Mustaca, A. (2004b). Tratamientos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Olivares, J., Alcázar, A.R.I. & Vera-Villarroel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P. (2003). Investigaciones en Psicología Clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21, 61-66.
- Peck, C., Coleman, G. (1991). Implications of Placebo Theory for Clinical Research and Practice in Pain Management. *Theoretical Medicine*, 12, 247-270.
- Pérez, G., Morer, A. & Martín-Santos, R. (2003). El Efecto Placebo. *La Medicina Hoy*, LIX. (1459) 35-39.
- Pollo, A., Amancio, M., Arskamian, A., Casadio, C., Maggi, G. & Benedetti, F. (2001). Response Expectancies in Placebo Analgesia and their Clinical Relevance. *Pain*, 93, 77-84.
- Rescorla, R., & Wagner, A. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. In A. H. Black & W. F. Prokasy (Eds), *Classical conditioning II: Current research and theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rescorla, R. (1988). Pavlovian Conditioning: It's Not What You Think It Is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rose, R. (2004). Mind Does Matter. *Science & Spirit*. Julio-Agosto.
- Seligman, M. E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shapiro, A. & Shapiro, E. (1968) en Matarazzo, J. Weiss, S. Herd, J. & Miller, N. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Snyder, M. Schulz, R. & Jones, E. (1974). Expectancy and Apparent Duration as Determinants of Fatigue. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 426-434.
- Stewart-Williams, S. & Podd, J. (2004). The Placebo Effect: Dissolving the Expectancy Versus Conditioning Debate. *Psychological Bulletin*, 130, 324-340.
- Stewart-Williams, S. (2004). The Placebo Puzzle: Putting Together The Pieces. *Health Psychology*, 23 (2), 198-206.
- Strauss, J. & Von Ammon, C. (1996). Placebo Effects. Issues for Clinical Practice in Psychiatry and Medicine. *Psychosomatics*, 37, 315-326.
- Swenson, C. (1991). *Teorías del aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós.
- Tolman, E. (1932). *Purposive Behaviour in Animals and Men*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Turner, J., Deyo, R., Loesser, J., Von Korff, M. & Fordyce, W. (1994). The Importance of Placebo Effects in Pain Treatment and Research. *Journal American Medical Association*, 271, 1609-1613.
- Vera-Villarroel, P. E. (2005). Estrategias de intervención en Psicología Clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. En A.H. Contreras & L.A. Oblitas. *Terapia Cognitivo Conductual; teoría y práctica*. Bogotá: Picom Editores.
- Vera-Villarroel, P.E. (2001). Aprendizaje de respuestas inmunológicas: evidencia experimental. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 21-28.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Maynard, L., Telang, F., Vaska, P., Ding, Y., Wong, C. & Swanson, J. (2003). Expectation Enhances the Regional Brain Metabolic and the Reinforcing Effects of Stimulants in Cocaine Abusers. *Journal of Neuroscience*, 23, 461-468.
- Voudouris, N., Peck, C. & Coleman, G. (1989). Conditioned Response Models of Placebo Phenomena: Further Support. *Pain*, 38, 109-116.
- Voudouris, N., Peck, C. & Coleman, G. (1990). The Role of Conditioning and Verbal Expectancy in the Placebo Response. *Pain*, 43, 121-128.
- Wall, P. (1993). Pain and the Placebo Response. *Ciba Found Sym*, 174, 187-211.
- Walsh, T., Seidman, S., Sysko, R. & Gould, M. (2002). Placebo Response in Studies of Major Depression. *JAMA*, 287 (14)1840-1847.
- Weiner, M. & Weiner, C. (1996). The Kinetics and Dynamics of Responses to Placebo. *Clinical Pharmacological Therapy*, 60, 247-254.
- Yela, J. (1996). Inversión de Déficit en Expectativas Específicas Generados en Situaciones de Incontrolabilidad. *Psicothema*, 8 (3), 587-596.
- Yela, J. (2001). Efectos de la Predecibilidad en Indefensión Aprendida Crónica. *Psicothema*, 13 (4), 592-597.
- Zanna, M. & Cooper, J. (1974). Dissonance and the Pill: And Attribution Approach to Studying the Arousal Properties of Dissonance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 705-709.

Análisis de la Confiabilidad y Validez de Constructo de un Instrumento que Mide el Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas en Estudiantes Universitarios

Validity and Reliability of an Instrument Designed to Measure Legal And Illegal Drug Consumption In University Students

Jorge Rodríguez T.**
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

Enrique Henández A.
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

rec: 12-abril-2005

acep: 25-mayo-2005

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar la validación de un instrumento para medir el consumo de drogas lícitas e ilícitas. El estudio es de tipo metodológico, llevado a cabo con 400 jóvenes universitarios de 18 a 26 años de nivel socioeconómico medio-alto y alto. Se analiza la declaración de consumo de drogas lícitas e ilícitas durante el último año y la confiabilidad de los constructos incluidos en el instrumento: drogas lícitas, drogas ilícitas y delitos y creencias. Los constructos iniciales, después del análisis, se agruparon en tres factores: consumo de drogas suaves (lícitas y/o marihuana), consumo de drogas duras (cocaína, éxtasis, otra) y delitos y creencias, explicando un 78.3% de la varianza.

Palabras claves: Instrumento, confiabilidad, validez, drogas lícitas e ilícitas.

Abstract

The article presents the validation of a measure to assess legal and illegal drug consumption. This is a methodological study conducted with 400 university students between the ages of 18 to 26, all belonging to a medium-high or high socioeconomic status. The analysis considers legal and illegal reported drug consumption within the last year, and the reliability of the constructs included in the instrument: legal and illegal drugs, beliefs and misdemeanors. After the analysis, the preliminary constructs converged in three factors: soft drug consumption (legal and/or marijuana), hard drug consumption (cocaine, hallucinogens and others) and beliefs and misdemeanors; explaining a full 78.3% of the variance.

Keywords: Instrument, reliability, validity, legal and illegal drugs.

Introducción

Los países en América Latina, están cada día más preocupados del problema de drogadicción, ya que cada día hay más jóvenes adictos, lo que indica que los niveles de consumo de drogas han ido en aumento, manteniéndose el problema sin control (Oficina Panamericana de Salud, 2002).

En el último período el uso y abuso, así como el tipo de droga, se ha convertido en un problema social que afecta la estabilidad de todas las instituciones que conforman una sociedad, en especial las sociales y políticas (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Drogas, 1998; Mc Whinter & Florenzano, 1998; Comisión Internacional para el con-

trol del abuso de drogas, 2001; Oficina Panamericana de Salud, 2002).

En Chile se han realizado un gran número de trabajos en este sentido, los que muestran la magnitud del problema, en especial aquellos dirigidos por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE); el cual realiza estudios a nivel nacional, regional y comunal, para evaluar la magnitud de los problemas de drogas para población general y escolar (CONACE, 1994; 1996; 1998; 1999; 2000; 2001; 2002; 2003).

El CONACE publicó recientemente los resultados de la quinta encuesta escolar de drogas, realizada en noviembre del 2003, donde muestra una disminución en el consumo de drogas en escolares con relación al año 2001. Estos datos se ven influenciados por la caída del consumo de la marihuana en un 11% (de 14,5% a 12,9%), medido en escolares de octavo básico a cuarto medio. No obstante lo positivo de los resultados anteriores, preocupa el hecho que en los datos, el consumo de drogas más fuertes como la

* Agradezco a Ana María Fernández por sus revisiones y comentarios a la versión preliminar de este trabajo.

** Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Fono: (02) 678.64.32 / (02) 678.65.38. Fax: 7774163
jrodrigu@med.uchile.cl / jrodrigu80@hotmail.com

cocaína, éxtasis y pasta base no experimentaron cambios significativos entre los periodos estudiados (Araneda, Cumsille, 2004; CONACE, 2001; 2003).

En investigaciones realizadas fuera de la Región Metropolitana, cabe destacar los hallazgos hechos por Alvarado, Neves y Vidal (2003) en la XII Región de Magallanes, donde se estudió una muestra de 1270 estudiantes de enseñanza media, de todos los colegios de la región; y se encontró que el 15,4% de los jóvenes encuestados había probado alguna vez alguna droga, siendo la marihuana la droga más frecuentemente utilizada, que representa un 66,2% en el grupo de consumidores que la han probado alguna vez en la vida.

En poblaciones de jóvenes entre 19 y 25 años los índices en los últimos 30 días, que se obtienen a partir de la declaración de los entrevistados por el CONACE, del consumo de drogas denominadas lícitas (alcohol y tabaco) son de 67 y 56,2% respectivamente. Estos índices bajan sustancialmente en drogas ilícitas que no alcanza al 9%, la marihuana con 8,3%, cocaína con 1,9% y pasta base con 0,66%. En las mediciones de grupos más específicos, los índices de la población del nivel socioeconómico medio-alto, entregados por CONACE, son inferiores a la población de jóvenes de 18 a 25 años. Estos últimos con tasas de un 61% para el alcohol y 41,5% para el consumo de tabaco, en el caso de las drogas ilícitas. Por lo tanto, el problema aparentemente parece resuelto, ya que los índices obtenidos son de 2,6% para drogas ilícitas, marihuana un 2,5%, cocaína un 0,40 y pasta base un 0,1%.

Al observar los índices en la comuna de Las Condes en este mismo grupo de edad, las tasas obtenidas son mayores que lo declarado a nivel nacional, llegando las drogas ilícitas a un 15,9% y las lícitas a un 87,9%. El registro de la información desde el primer estudio realizado en el año 1994 hasta el del 2002, muestra que el consumo, tanto a nivel de drogas lícitas e ilícitas, está aumentando en este grupo de edad. Además, es necesario reconocer que uno de los grandes problemas en este tipo de información, que puede afectar los índices de consumo, es la sub-declaración, en especial de las drogas ilícitas, que hace más preocupante el tema del consumo, en especial en los jóvenes de 19 a 25 años.

De hecho, un estudio reciente (Rodríguez, Hernández & Cumsille, 2005) muestra una situación muy preocupante en este grupo de edad para el consumo en los últimos 30 días, obteniendo para drogas lícitas una tasa de un 92,3%, el alcohol un 80,3% y en consumo de tabaco un 78,9%, en drogas ilícitas la tasa de consumo es de un 63,4%, donde la marihuana también es de un 63,4%, cocaína un 4,9% y éxtasis un 2,1%, indicadores mucho más altos que los entregados por el Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002).

Una amplia cantidad de investigaciones a nivel nacional e internacional, ha recalcado la necesidad de tener instrumentos de recolección válidos para estudiar acciones

preventivas y protectoras relacionadas con la salud y en particular con la salud mental. En 1998, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una declaración pública en la que propone eliminar o minimizar en el año 2008 la oferta y demanda de drogas ilícitas. En respuesta a una serie de limitaciones para poder cumplir con la declaración de la Asamblea, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito puso en marcha el Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas (GAP), que tiene como objeto entre otras funciones apoyar a los países miembros a fin de que establezcan los sistemas necesarios para reunir datos confiables, con miras a utilizarlos en la adopción de políticas y medidas preventivas, que evidentemente los instrumentos que se utilicen para recoger esta información deben ser validados, de tal manera que se sepa qué información se está solicitando (CONACE, 2002, 2003; Oficina contra la droga y el delito, 2003; Rodríguez, Hernández & Cumsille, 2005).

Una de las actividades primordiales e imprescindibles para obtener información sobre el consumo de drogas, es la confección del cuestionario, como también la metodología que se implementará en la recolección de datos. El instrumento es el elemento clave para identificar la información que se obtendrá como también permite identificar la exactitud y claridad con que se miden los conceptos (Kerlinger & Lee, 2002).

Para poder ser aplicados y satisfacer la medición de los conceptos, es necesario que los cuestionarios sean adaptados a la realidad donde van a ser utilizados, obteniendo instrumentos validados a través de indicadores de confiabilidad y validez (George, et al., 1995; Johnston, 2003; Kann, Brener; Warren, Collins, Giovino, 2002; Oficina contra la droga y el delito, 2003; Rodríguez, Hernández, Cumsille, 2005; Rodríguez, et al., 1996; Serrano, Valdés, Florenzano, Ben-Dov, Rodríguez, Roizblatt, 2001).

Todo lo anterior nos hace reflexionar si los instrumentos de recolección de datos que estamos utilizando son los adecuados para obtener esta información, sobre todo con el agravante que existe una incertidumbre sobre la declaración real de los entrevistados, en la mayoría de los campos donde se estudian características socialmente no aceptables y/o que generen conflictos sociales, llámese maltrato intrafamiliar, embarazo adolescente, maltrato entre pares, infecciones contagiosas (SIDA), enfermedades venéreas, drogadicción, en especial ilícitas, etc.; donde estas poblaciones se denominan ocultas o subestimadas. La pregunta que nos hacemos: ¿estamos trabajando con instrumentos válidos y confiables?, ¿son los métodos de recolección de información los adecuados? El objetivo del presente estudio es la validación de un instrumento de recolección de datos sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas, mediante la metodología de pares.

Método

El estudio es de tipo metodológico. La población a estudiar son jóvenes de 18 a 26 años, universitarios de nivel socioeconómico medio alto y alto (el nivel socioeconómico se asoció al valor de la mensualidad que paga cada alumno del establecimiento (sobre \$240.000, nivel medio-alto o alto), matriculados en una Universidad privada de Santiago en el año 2004.

Se utilizó la metodología de pares en la recolección de los datos, que consiste en solicitar a las instituciones que aceptaron participar, alumnos voluntarios para hacer la entrevista (Rodríguez, Hernández & Cumsille, 2005). Se presentaron en total 10 estudiantes voluntarios, sin saber los objetivos del estudio. Los voluntarios fueron debidamente capacitados para realizar la entrevista. En la 1ª sesión se explicó el objetivo del estudio, el instrumento a usar y la forma de aplicación, enfatizando el anonimato y privacidad que debería tener la entrevista. En la 2ª sesión se aplicaron el instrumento haciendo las veces de entrevistador y de entrevistado. Para minimizar posibles sesgos que pudieran afectar la sub-declaración o sobre-declaración del consumo de drogas, se asignó a los entrevistadores, facultades distintas a la que pertenecían. La selección de la muestra se realizó considerando el listado de alumnos por facultad, respetando la proporcionalidad del género.

Se consideró drogas lícitas al tabaco y alcohol, se definió consumidor de tabaco aquel que consume al menos dos veces por semana, para el alcohol o marihuana que la consuma al menos una vez por semana y en el resto de las drogas (cocaína, éxtasis, pasta base u otra) que la consuma al menos una vez al mes.

Se estudiaron 400 jóvenes de dos instituciones privadas, que fueron las que accedieron a realizar este tipo de estudio, considerando una tasa de consumo de un 24%, con un nivel de confianza de un 95% de confianza, un error máximo de estimación de un 4,2% y una potencia de un 50%.

En la recolección de la información se utilizó el instrumento especialmente construido para este estudio, basado en las preguntas que utiliza el instrumento del CONACE para estos fines. El instrumento que se aplicó consta de tres partes, la primera relacionada con drogas lícitas, la segunda orientada a drogas ilícitas y la tercera a delitos y creencias. Las preguntas utilizadas fueron de tipo cerradas y mixtas.

Para la descripción y análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 10.0 y se obtuvieron indicadores descriptivos. La validez de constructo se evaluó a través del análisis factorial y la consistencia interna con el coeficiente alpha de Cronbach.

Resultados

El instrumento fue aplicado a 400 estudiantes. La edad promedio de los entrevistados fue de 21,4 años con desviación estándar de 1.8 años. Las mujeres representan al 51% con edad promedio de 21,2 años y desviación estándar de 3,2 años, situación bastante similar a la encontrada en los hombres con promedio de edad de 21,5 años y desviación estándar de 3,5 años.

En este grupo la declaración de consumo del último año fue de un 94,5% para las drogas denominadas lícitas y un 59% para las drogas ilícitas, disminuyendo a un 92% y un 51,8% respectivamente, en la declaración de consumo de los últimos 30 días.

El primer análisis que se realizó fue de consistencia interna del instrumento. Se utilizó el coeficiente de alpha de Cronbach. El instrumento consideró tres constructos, drogas lícitas, drogas ilícitas y delitos y creencias, con los resultados que aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1: Índices de consistencia interna alcanzado por constructo y el número de ítems

Constructo	Drogas lícitas	Drogas ilícitas	Delitos y Creencias
Nº de ítems	10	25	10
Alpha de Cronbach	0.77	0.68	0.62

Posteriormente se realizó el análisis de validez de constructos, que entregó tres factores, donde los *eigen values* de cada uno de los factores son: 7.11, 2.68 y 2.27 respectivamente que explican un 78,3% de la varianza. Esto separado por factor dio para el factor 1 (consumo drogas suaves) un 46,2% de la varianza, para el factor 2 (consumo drogas duras) un 17,4% de la varianza y para el tercer factor (delitos y creencias) un 14,7% de la varianza explicada.

Tabla 2: Planteamiento de los constructos al inicio del estudio

Drogas Legales 2,1; 2,2; 2,3; 2,4; 2,5; 3,1; 3,2; 3,3; 3,4; 3,5
 Drogas Ilegales 4,1; 4,2; 4,3; 4,4; 4,5; 5,1; 5,2; 5,3; 5,4; 5,5; 6,1; 6,2; 6,3; 6,4; 6,5; 7,1; 7,2; 7,3; 7,4; 7,5; 8,1; 8,2; 8,3; 8,4; 8,5
 Delitos y Creencias 9,1; 9,2; 9,3; 9,4; 9,5; 9,6; 10,1; 10,2; 11,1; 11,2

Tabla 3: Conformación de los constructos después de los análisis

Consumo Droga Suaves 2,1; 2,2; 2,3; 2,5; 3,1; 3,2; 3,3; 3,4; 3,5; 4,1; 4,2; 4,3

Consumo Drogas Duras 5,1; 5,2; 5,3; 5,4; 5,5; 6,1; 6,2; 6,3; 8,1; 8,2

Delitos y Creencias 9,1; 9,2; 9,4; 10,1; 11,1

En síntesis, como se observa en las tablas 2 y 3 se producen cambios en la conformación de los constructos planteados inicialmente, en especial los relacionados con el tipo de drogas que se consume (ver instrumento final en Anexo 1).

Discusión

Los constructos tuvieron correlaciones que variaron para el factor 1 entre 0,42 y 0,88, obteniendo los valores más altos: el consumo de marihuana, alcohol y consumo de tabaco en el último año, en el factor 2 la variación fue entre 0,32 y 0,73 y los valores más altos son: consumo de cocaína en el último año y últimos 30 días, finalmente en el factor 3 estos fluctuaron entre 0,24 y 0,69, donde haber estado en peleas o riñas y haber intentado suicidarse en el último año los que obtuvieron los valores más altos.

Este trabajo entrega un instrumento que mide el hábito y el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, donde el consumo de drogas lícitas y el consumo de marihuana, se explican en mayor proporción su comportamiento.

Es importante destacar la importancia del entrevistador, el que debe recibir un entrenamiento para una aplicación rigurosa que requiere esta metodología.

Cabe la posibilidad que a través de esta metodología, se produzca una sobre-declaración o sub-declaración del consumo y conductas que afecten los constructos obtenidos.

Referencias

- Alvarado, R., Neves, L. & Vidal, A. (2003). Factores asociados al consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media en la Región de Magallanes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 7, 134-145.
- Araneda, J. C. & Cumsille, F. (2004). Consumo de drogas en población escolar de Chile en alumnos de 8° básico a 4° medio. *Revista Chilena de Salud pública*, 8, 63-71
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Droga (1998). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Droga*, 107.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (2003). *Estudio nacional de Drogas en Población escolar de Chile. Informe Nacional*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (2002). *Estudio nacional sobre drogas en población general de Chile*. Santiago de Chile
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (2001). *Estudio nacional de Drogas en Población escolar de Chile. Informe Nacional*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (2000). *Estudio nacional sobre drogas en población general de Chile*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (1999). *Estudio del consumo de drogas en población escolar de Chile a nivel comunal. Informe Final*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (1998). *Estudio nacional sobre drogas en población general de Chile*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (1996). *Estudio nacional sobre drogas en población general de Chile*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (1994). *Estudio nacional sobre drogas en población general de Chile*. Santiago de Chile.
- George, M., Syraquian X., Mores, R., De La Barra, F., Rodríguez, J., López C. & Toledo, V. (1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1° básico. *Revista de Psicología*, 5, 17-26.
- Johnston, L. (2003). Elaboración del cuestionario, Programa Mundial de evaluación del uso indebido de drogas (GAP). Módulo 3 del manual. Naciones Unidas, Nueva York.
- Kann, L Brener, N. D., Warren, C. W., Collins J.L. y Giovino G. A. (2002). An assessment of the effect of data collection setting on the prevalence of health risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31, 327-335.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Metodología de la investigación del Comportamiento*. México: Mac Graw Hill.
- Mc Whinter, Florenzano U. (1998). Correlatos psicosociales de la farmacología: Resultados de un estudio en Santiago de Chile. *Revista Psiquiátrica*, 15, 10-22.
- Oea-CICAD (Comisión internacional para el control del abuso de drogas), (2001) *Estrategia en el Hemisferio*. Naciones Unidas, Organización de Estados Americanos y la Union Europea.
- Oficina contra la droga y el delito. (2003). *Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas*. Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Oficina Panamericana de Salud. (2002). *Noticias e información del Centenario*. Obtenido del World Wide Web el 31 de diciembre de 2004, en: <http://www.oas.org/defaultesp.htm>
- Rodríguez, T., Hernández, A., Cumsille, G. (2005). Implementación de la metodología de pares para estimar el consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(1), 20-24.
- Rodríguez, T., Serrano, T., Valdés, M., Florenzano, R., Roizblatt, A., Labra, J., Canto, C., Slimming, J., López, M., Lara, P. (1996). Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescente. *Cuaderno de Medicina Social*, 2, 64-89.
- Serrano, T., Valdés, M., Florenzano, R., Ben-Dov, P., Rodríguez, J. & Roizblatt, A. (2001). Una adaptación chilena del Test de completación de frases para la medición del desarrollo del Yo de J. Loevinger. *Psykhé*, 10, 117-128.

Anexo 1: Cuestionario sobre el Consumo de Drogas

INSTRUCCIONES PARA LOS ENTREVISTADORES

- 1.- Aclare al entrevistado la privacidad de esta entrevista
- 2.- Obtenga un lugar donde el entrevistado se sienta cómodo
- 3.- Lea claramente las preguntas
- 4.- No interfiera ni aclare dudas al entrevistado
- 5.- Pida al entrevistado que la información que entregue sea veraz y honesta
- 6.- Informe que este es un proyecto de investigación, cuyo objetivo es conocer la realidad de la magnitud del consumo de drogas

1.- CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA

1.1.- Edad: años

1.2.- Sexo:

- 1.- mujer
- 2.- hombre

1.3.- Carrera o Nivel Educacional:

1.4.- Estado civil

- 1.- soltero
- 2.- casado
- 3.- separado/anulado
- 4.- viudo
- 5.- conviviente

1.5.- Comuna de residencia:

2.- CONSUMIDOR DE TABACO: Es aquel que fuma al menos dos veces a la semana

2.1.- ¿Has fumado en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

2.2.- ¿A qué edad comenzaste a fumar?

2.3.- ¿Has sido fumador en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

2.4.- ¿Cuántos cigarros consumes a la semana (en promedio)?

2.5.- ¿Cuántas veces a la semana fumas?

3.- CONSUMIDOR DE ALCOHOL: Consume al menos una vez por semana

3.1.- ¿Has consumido alcohol en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

3.2.- ¿A qué edad comenzaste a consumir alcohol?

3.3.- ¿Has sido un consumidor de alcohol en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

3.4.- ¿Cuántos vasos consumes a la semana (en promedio)?

3.5.- ¿Cuántas veces a la semana consumes alcohol?

4.- CONSUMIDOR DE MARIHUANA: Consume al menos una vez por semana

4.1.- ¿Has consumido marihuana en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

4.2.- ¿A qué edad comenzaste a fumar marihuana?

4.3.- ¿Has sido un consumidor de marihuana en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

4.4.- ¿Cuántos pitos fumas a la semana (en promedio)?

4.5.- ¿Cuántas veces a la semana fumas marihuana?

5.- CONSUMIDOR OTRAS DROGAS: Consume al menos una vez al mes

5.1.- ¿Has consumido cocaína en el último año?

- 1.-sí
- 2.-no

5.2.- ¿A qué edad comenzaste a consumir cocaína?

5.3.- ¿Has sido un consumidor de cocaína en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

5.4.- ¿Cuántos gramos (líneas) consumes a la semana (en promedio)?

5.5.- ¿Cuántas veces al mes consumes cocaína?

6.1.- ¿Has tomado éxtasis en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

6.2.- ¿A qué edad comenzaste a consumir éxtasis?

6.3.- ¿Has sido un consumidor de éxtasis en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

6.4.- ¿Cuántas pastillas consumes a la semana (en promedio)?

6.5.- ¿Cuántas veces al mes consumes éxtasis?

7.1.- ¿Has consumido pasta base en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

7.2.- ¿A qué edad comenzaste a consumir?

7.3.- ¿Has sido un consumidor de pasta base en los últimos 30 días?

- 1.- sí
- 2.- no

7.4.- ¿Cuántos papelillos consumes a la semana (en promedio)?

7.5.- ¿Cuántas veces al mes consumes?

8.1.- ¿Has consumido en el último año otras drogas?

- 1.- sí ¿Cuál? _____
- 2.- no

8.2.- ¿A qué edad la comenzaste a consumir ?

8.3.- ¿Has sido un consumidor de otras drogas en los últimos 30 días?

- 1.- sí ¿cuál(es)? _____
- 2.- no

8.4.- ¿Cuánto consumes a la semana de la que más consumes (en promedio)?

8.5.- ¿Cuántas veces a la semana consumes?

9.1.- ¿Has estado en peleas o riñas en el último año?

- 1.- sí
- 2.- no

9.2.- ¿Has estado en posesión de algún tipo de armas en estas riñas?

1.- sí

2.- no

9.3.- ¿Cuál(es)?

9.3.1.- armas de fuego ()

9.3.2.- cortopunzante ()

9.3.3.- palos u otros elementos ()

9.4.- ¿Has estado en peleas o riñas en los últimos 30 días?

1.- sí

2.- no

9.5.- ¿Has estado en posesión de algún tipo de armas en estas riñas?

1.- sí

2.- no

9.6.- ¿Cuál(es)?

9.6.1.- armas de fuego ()

9.6.2.- cortopunzante ()

9.6.3.- palos u otros elementos ()

10.1.- ¿Has intentado suicidarte en el último año?

1.- sí

2.- no

10.2.- ¿Has intentado suicidarte en los últimos 30 días?

1.- sí

2.- no

11.1.- ¿Crees en algún dios?

1.- sí

2.- no

11.2.- ¿Cuál es tu religión?

1.- católica

2.- judía

3.- musulmana

4.- protestante

5.- otra, especificar _____

Evaluación del Efecto de una Intervención Conductual en la Agresividad Escolar

Assessment of the Effect of a Behavioral Intervention in School Aggression

Verónica Pérez*

Universidad del Desarrollo

Ana María Fernández

Universidad de Santiago de Chile

Jorge Rodríguez

Universidad de Chile

Flora De la Barra

Universidad de Chile

rec: 12-abril-2005

acep: 25-mayo-2005

Resumen

Se investiga el efecto que tiene una intervención conductual aplicada en la sala de clases, en el desarrollo de conductas disruptivas entre primero y tercero básico. Para esto, se diseñó un estudio cuasi-experimental longitudinal que permitió evaluar los efectos de la aplicación del programa del Juego del Buen Comportamiento (JBC) en las conductas disruptivas de 45 niños de dos colegios municipalizados del sector Oriente, en comparación con un grupo equivalente que no recibió la intervención (compuesto por 104 escolares). Los resultados indicaron que la aplicación del JBC en 1° y 2° básico, se relaciona con una disminución de los problemas de desobediencia y/o agresión, deficiencia cognitiva e inmadurez emocional en 3° básico. Además, el programa se relaciona con una protección y/o prevención de la ocurrencia de estos problemas en el grupo intervenido. Se discuten algunos desafíos metodológicos del presente estudio y las implicancias de estos resultados para investigaciones futuras, y algunas expectativas de seguimiento de estos resultados en sexto básico. *Palabras Clave:* Prevención, Agresividad, Juego del Buen Comportamiento, Conductas Disruptivas, Escolares.

Abstract

This study looks at the effects of a behavioral intervention implemented in the classroom, on the development of disruptive behaviors between first and third grade. A quasi-experimental longitudinal design was chosen, in order to assess the effects of the Good Behavior Game (GBG) in the disruptive behaviors of 45 children of public schools from the East side of Santiago, in comparison to an equivalent control group that did not receive the intervention (104 children). The results indicate that the implementation of the GBG in 1st and 2nd grades was related in 3rd grade to a decreased level of aggression and/or disobedience, cognitive deficiency, and emotional immaturity. Indeed, the application of the program was related to a protection and/or prevention of these problems in the experimental group. Some methodological constraints and the implications of these results for future research are discussed, and some predictions for a follow-up of these results in sixth grade are also addressed.

Key Words: Prevention, Aggression, Good Behavior Game, Disruptive Behavior, students.

Introducción

La violencia ha sido uno de los problemas serios de salud pública que enfrenta América Latina y otros países del mundo, siendo la violencia intrafamiliar y escolar dos ámbitos donde ésta se manifiesta con mayor fuerza. En Chile, los datos sobre violencia intrafamiliar muestran que

al menos un 35% de los niños menores de 15 años es maltratado físicamente o abusado por sus padres o cuidadores (Aarón, 2001). Por otra parte en un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Juventud en el año 2000, se señala que el 45,5% de los alumnos de colegios municipales observaban violencia física entre adolescentes, además, en el mismo año hubo tres casos de muerte derivados de la agresión entre alumnos en el espacio escolar (Zerón, 2002). Estas cifras han alertado a las autoridades de educación quienes han relacionado el problema de violencia con la convivencia escolar y social, identificando como factores relacionados la incapacidad de enfrentar conflictos, el individualismo, la competitividad, la desintegración de la familia, entre otros (Ministerio de educación, 1999; Yunes,

* Coordinadora del Área Social-Comunitaria
Escuela de Psicología, Universidad del Desarrollo
Dirección: Avda. La Plaza 700, San Carlos de Apoquindo. Las Condes, Santiago.

Fono/Fax: 2999130. Correo Electrónico: vperezv@vtr.net

** Este proyecto fue realizado gracias al patrocinio de la Municipalidad de Lo Barnechea y la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

1993). Las estrategias propuestas desde este sector han puesto énfasis en la necesidad de una política de convivencia escolar, que incorpore la formación valórica y el diálogo entre los distintos estamentos educativos y propicie un ambiente educativo orientado al buen trato (Slaby, 1997; Zerón, 2002).

Por otra parte, desde diferentes disciplinas existen algunos consensos en cuanto a los mecanismos que generan y regulan la violencia. Se plantea que si bien hay mecanismos de base genética que favorecerían la violencia también existen bases genéticas para el comportamiento prosocial, de manera que los factores para entender, controlar y prevenir la violencia son aprendidos y habrían factores sociales, culturales y de aprendizaje que son sumamente importantes en la incidencia de este fenómeno (Betancourt, 2000; Castillo & Haz, 2003; Livacic-Rojas, Espinoza & Ugalde, 2004).

En este sentido la evidencia de los estudios internacionales y nacionales señala que es posible identificar factores predictores de la violencia juvenil. Entre ellos se describen factores socioeconómicos, familiares e individuales, como son: la pobreza, falta de monitoreo parental, abandono, impulsividad, bajo rendimiento académico, violencia intra familiar (Heins, 2004; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Así también, se ha señalado que la falta de habilidades para el manejo de conflictos, el comportamiento agresivo y las dificultades de adaptación al sistema escolar en la infancia, son factores que predicen conductas de violencia y consumo de drogas en la pubertad (Florenzano, 1997; Kellam, Brown & Fleming, 1982; Kellam, Rebok, Ialongo & Mayer, 1994; Mc Alister, 1998; Pérez, De La Barra, Gubbins, Fernández & Rodríguez, 2001; Pérez, Fernández, De La Barra & Rodríguez, 2002).

Desde esta perspectiva, la conducta violenta puede ser moldeable y sería relevante iniciar estrategias de intervención y prevención antes que ésta se manifieste de forma estable y desadaptativa. En este sentido es la escuela uno de los lugares donde aparecen las primeras manifestaciones de la conducta violenta entre los pares y por ello uno de los lugares privilegiados para intervenir y prevenir (Barudy, 2000; Bedregal, Margozzini & Molina, 2003; De La Barra, 1999).

Específicamente en cuanto a la violencia y agresividad en la escuela, investigadores de la epidemiología de la agresividad y otras conductas de riesgo (Kellam & Rebok, 1992), encontraron que las respuestas agresivas y conductas disruptivas que los niños presentan en primero y segundo básicos, son un antecedente importante de desórdenes conductuales, abuso de drogas y aislamiento en la pre-pubertad (De La Barra, Toledo & Rodríguez, 2003; Kellam et al., 1994; Kellam, Ling, Merisca, Brown & Ialongo, 1998). En este sentido los niños que responden mal a las tareas demandadas por el profesor en la sala de clases estarían en mayor riesgo de tener un comportamiento agresivo a largo

plazo, si permanecen en grupos donde la mayoría de los niños son agresivos. En cambio, los niños que tienen niveles altos de agresividad, pero que están en salas donde hay pocos niños con problemas de agresión, tienden a seguir el curso normal del desarrollo (Kellam et al., 1998; Kellam & Rebok, 1992). Estos autores plantean que los niños en estos cursos enfrentan una serie de exigencias nuevas tales como: mayor proporción de su tiempo con un extraño (la profesora), poner atención, compartir los espacios para hablar, levantar la mano para participar, leer y aprender matemáticas, estar con alrededor de 35 niños en un espacio físico generalmente reducido, entre otros. A veces los niños pueden responder a estas exigencias con conductas disruptivas fracasando en el proceso de adaptación social. Si esto no se revierte puede ocasionar problemas desadaptativos mayores en la pubertad.

Por otra parte, de los distintos estudios y formas de comprender la violencia, se desprenden diferentes intervenciones preventivas. Especial importancia, por su efectividad, tienen las estrategias de prevención primaria que se desarrollan tempranamente en grupos de alto riesgo (Aracena, Haz, Román, Muñoz & Bustos, 1999; Krug et al., 2002). Estos programas incluyen el cuidado y la promoción de la salud mental de la madre durante y después del embarazo, estimulación psicosocial al niño preescolar, entrenamiento a padres para que sean agentes protectores en sus familias, apoyo en infraestructura ambiental y desarrollo comunitario, campañas comunicacionales, entre otros (Krug et al., 2002).

Así mismo, en relación a lo anterior, se ha enfatizado que la escuela constituye un ambiente óptimo para detectar tempranamente conductas desadaptativas y realizar programas de fomento de salud y prevención de la violencia escolar (Bedregal, Margozzini, Molina, 2003; De La Barra, 1999; Kellam, Prinz & Sheley, 2000). Algunas de las estrategias de prevención temprana que han sido implementadas efectivamente, incorporan el trabajo con profesores, padres y alumnos de los primeros años de enseñanza básica, que a corto plazo se orientan a mejorar el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje, disminuir la deserción; y que a largo plazo buscan disminuir los daños en salud, especialmente la violencia y otras conductas de riesgo (George, 2003).

Otras estrategias que se implementan en el ámbito escolar abordan el problema de la prevención desde una perspectiva psicosocial, interviniendo desde la cultura organizacional. Desde estos enfoques se privilegian los talleres de encuentro y diálogo entre los distintos estamentos de la escuela, se forman alumnos para que asuman un rol de mediador entre pares con el fin de promover la resolución pacífica de conflictos, se realizan campañas para la paz, y se involucra a toda la comunidad educativa en el diseño de la política educativa que elimine las fuentes de discriminación y segregación (Magendzo & Donoso, 2000; Rozenblum, 1998).

Otras intervenciones integran la perspectiva psicosocial con la teoría del ciclo vital del desarrollo, partiendo del supuesto básico de que en cada etapa del ciclo vital los individuos están insertos en campos sociales que demandan una serie de tareas, donde los sujetos son formal o informalmente evaluados por evaluadores naturales, tales como los padres en la familia, los profesores en las clases, los compañeros, vecinos cercanos, supervisores, entre otros (Battistich, Solomon, Kim, & Watson, 1995; Lewin, 2005). El curso normal del desarrollo supone que los sujetos tendrían éxito en la adaptación social, lo que sería reforzado por los evaluadores naturales, tales como los padres y/o profesores (Kellam et al., 1994). Desde este modelo, las competencias adquiridas en este ajuste social temprano estarán disponibles para adaptaciones posteriores cuando el individuo atravesase por otras etapas del desarrollo con las mismas o nuevas demandas. En contraste, el desarrollo desviado se describe como una historia temprana de malas adaptaciones a las tareas que demanda el campo social, lo que sería evaluado negativamente por los evaluadores naturales y que influiría en el bienestar psicológico del sujeto (Kellam et al., 1998).

Desde esta perspectiva el trabajo preventivo debe realizarse con los niños y el profesor en el contexto de la sala de clases, siendo el profesor y los compañeros los actores claves para la promoción de conductas pro-sociales. Estas estrategias pretenden inhibir el curso de las respuestas agresivas y disruptivas de los niños en la sala de clases y mejorar el proceso de adaptación social a las demandas escolares a través de una estrategia de manejo conductual.

Desde hace algún tiempo, investigadores de la Universidad de Johns Hopkins, han buscado comprender e intervenir en el desarrollo epidemiológico de la agresividad y otras conductas de riesgo. Kellam et al. (1994), estudiaron la efectividad de un programa de manejo conductual en la sala de clases, llamado Good Behavior Game (Juego del Buen Comportamiento), que tiene como una de sus bases las teorías de campo social y ciclo vital (Erikson, 1985; Lewin, 2005) para disminuir y prevenir la aparición de conductas disruptivas y agresivas. En estos estudios se trabajó con primeros y segundos básicos de 19 colegios Municipales de la ciudad de Baltimore, y evaluando la efectividad a largo plazo de este programa, para reducir la agresividad. Con este fin utilizaron mediciones antes y después de la intervención en los cursos intervenidos y compararon los resultados con grupos control, que no recibieron el programa, y que tenían las mismas características que los grupos intervenidos.

Los resultados del programa en estudios de seguimiento a cinco años, mostraron que los niños que participaban en la intervención disminuían significativamente sus conductas de agresividad y tenían menor probabilidad de consumo de tabaco y alcohol al llegar a la pubertad, en comparación con niños de los grupos control que no participaban en el programa (Kellam, Mayer, Rebok & Hawkins, 1998).

En nuestro país no existen investigaciones acerca del efecto de programas a largo plazo que busquen prevenir o intervenir la agresividad y las conductas de riesgo de los niños a partir de un trabajo coordinado con el colegio y los profesores. Por lo tanto, la presente investigación estuvo orientada a evaluar el efecto de la intervención temprana en el desarrollo de conductas disruptivas en la sala de clases, trabajando con colegios municipalizados de la región metropolitana. Específicamente, tomando el modelo de intervención de Kellam et al. (1998), se hipotetizó que la aplicación del Programa del Juego del Buen Comportamiento en la sala de clases (JBC) disminuiría las conductas disruptivas y agresivas de los niños de primero básico al ser evaluados al finalizar tercero básico.

Método

Para evaluar los efectos de la intervención conductual en los cursos que se aplicó el JBC, se elaboró un diseño cuasi-experimental con pre-prueba y grupo control. Tanto el grupo intervenido como el grupo control se encontraban en niveles de vulnerabilidad psicosocial equivalentes de acuerdo al criterio de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB; ver www.junaeb.cl para una explicación del cálculo y determinación del índice de vulnerabilidad). Sin embargo, luego de analizados los datos de la primera evaluación (pre), se constató que los grupos no eran equivalentes en sus conductas de entrada. De esta forma, se continuó trabajando con un diseño longitudinal, en el que se evaluaron la evolución de las conductas de entrada de los niños que participaron y no participaron en la intervención, en función de los cambios que los grupos experimentaron después de dos años de intervención. Esto, en el contexto de un estudio longitudinal que continuará hasta fines de sexto básico, etapa que aún está en curso.

Participantes

En total, 149 escolares pertenecientes a ocho primeros básicos de cuatro colegios municipalizados en dos comunas distintas del sector Oriente, constituyeron la muestra de la investigación. En el grupo de estudio, se evaluaron 45 niños que recibieron la intervención. El grupo control estuvo constituido por 104 niños de otra comuna del sector Oriente, quienes no participaron en el JBC, y que presentaban características socio-demográficas similares a las del grupo de estudio. Ambos grupos fueron evaluados en primero básico y a fines de tercero básico.

Procedimiento

Con el objetivo de implementar la intervención, se establecieron contactos con diversos colegios del sector Oriente. Para esto se seleccionaron 4 docentes a cargo de la apli-

cación del JBC en sus respectivos cursos, quienes manifestaron voluntariamente su interés por ser parte del programa, y cuya participación en la capacitación y sesiones de seguimiento semanales (llevadas a cabo por uno de los colaboradores de la investigación), estuvo retribuida por un incentivo monetario, entregado al finalizar cada año de intervención.

El programa del JBC es una estrategia de intervención conductual desarrollado por Kellam et al. (1994). Esta intervención está diseñada para ser aplicada por el profesor de forma grupal, durante el transcurso de las clases. Al inicio del juego se divide al curso en tres equipos heterogéneos, y se dan a conocer las siguientes reglas de buena conducta (trabajaremos silenciosamente, nos respetaremos unos a otros, nos levantaremos de nuestros asientos con permiso de la profesora y seguiremos las instrucciones de la profesora), las cuales establecen las conductas específicas que serán reforzadas durante la aplicación del programa. Cuando un equipo no cumple con las reglas, se identifica inmediatamente la conducta inapropiada en el niño que la realiza, y la regla transgredida; y el equipo recibe una marca. Gana el o los equipos que tienen cuatro o menos marcas, quienes reciben un refuerzo tangible por su buena conducta (juguetes, un chocolate, stickers, etc.), inmediatamente después de finalizar el tiempo de intervención diaria. De esta forma, un líder de cada equipo (seleccionado también como refuerzo de ciertas conductas seleccionadas por el profesor) entrega el refuerzo tangible a cada integrante del o los grupos ganadores.

Durante el segundo año básico, se continuó trabajando con el JBC, y los refuerzos tangibles, pasando gradualmente a la utilización de refuerzos intangibles (aplausos, música, espacios para contar chistes, etc.); esto con el objetivo de lograr la generalización de las conductas deseadas, al mismo tiempo que se iba aumentando el tiempo de aplicación diaria de la intervención, durante segundo básico. Posteriormente, al término del tercer año básico se realizó la evaluación de las conductas disruptivas en ambos grupos (estudio y control).

Instrumentos

Durante las evaluaciones (pre y post) se evaluaron las conductas del grupo de estudio (intervenido) y grupo control con instrumentos que fueron contestados por los padres y profesores de los niños, antes y después de la intervención. Estos instrumentos han sido validados y adaptados para Chile (George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodríguez, López y Toledo, 1995), y se detallan a continuación.

Cuestionario para Profesores "Observación del comportamiento en sala de clases" (TOCA), adaptado y validado a Chile por George et al. (1995). Es un cuestionario que se aplica individualmente e incluye tres partes. La pri-

mera, consta de 43 ítems específicos que se puntúan de acuerdo a la severidad de problemas conductuales (que van de 1—casi nunca— a 6—casi siempre—). Tuvo una consistencia interna de 0,74 a 0,95 para los cinco factores que se identifican y un 61,28% de varianza explicada. Evalúa cinco constructos teóricos que reflejan conductas desadaptativas específicas del niño y que representan áreas donde se observan problemas tempranos que constituyeron antecedentes de riesgo para la salud mental futura (Kellam y Rebok, 1992). Estos son:

Factor 1, Aceptación de la Autoridad/ Conducta Agresiva; Factor 2, Contacto Social/ Timidez; Factor 3, Logros Cognitivos/ Concentración; Factor 4 Madurez Emocional; Factor 5 Nivel de Actividad/ Hiperactividad.

La segunda parte registra la opinión del profesor (3 ítems) con respecto al rendimiento y comportamiento del niño. Además existe una pregunta donde el profesor debe evaluar el grado de dificultad con que realizó la evaluación. La tercera parte indaga sobre las atenciones y servicios especiales que el niño está recibiendo y aquellas que el profesor considera debiera recibir. Por último existe una hoja de datos del profesor y guía de aplicación del cuestionario por un entrevistador capacitado.

El Cuestionario Pediátrico de Síntomas (PSC) para Padres, adaptado y validado para Chile por George et al. (1995), está compuesto de 33 ítems que se puntúan de 1 a 3, y que ha obtenido una confiabilidad de 0,85 y una varianza explicada de 47% en Chile. Este instrumento entrega un puntaje global que refleja la visión del padre, madre o adulto significativo, acerca del funcionamiento psicosocial del niño. Se aplica de forma grupal, y evalúa las conductas observadas en los niños durante el mes anterior a la aplicación.

Los análisis estadísticos se realizaron a través del programa SPSS (versión 10.0), utilizando las pruebas de diferencias de porcentajes y diferencias de promedio paramétricas y no paramétricas, con un nivel máximo de error aceptable de un 5%.

Resultados

La muestra total al momento de la evaluación post, quedó conformada por 149 escolares, con un promedio de edad de 7,6 años y desviación estándar de 0,5 años, de los cuales el 48,7% fueron mujeres y un 51,3% fueron varones.

El grupo no intervenido (grupo control) estuvo compuesto por 104 escolares, con un promedio de edad de 7,5 años y una desviación estándar de 0,6 años. Un 48% del grupo fueron varones y un 52% mujeres.

De los 45 escolares del grupo intervenido (grupo de estudio), la edad promedio fue de 7,6 años con desviación estándar de 0,5 años y el porcentaje de mujeres y varones fue de un 40% y 60%, respectivamente. No se observaron diferencias significativas en la composición por sexo y por edad de los grupos de comparación.

Las conductas de entrada en los factores estudiados del grupo intervenido fueron mayores que en el grupo control, para los factores de Desobediencia y/o agresión, Timidez, Inmadurez, Hiperactividad y evaluación de los padres (ver Tabla 1). Esto conlleva a que el grupo intervenido comience con conductas más desadaptativas que el grupo control, para los factores anteriormente mencionados. Por otro lado el grupo control presentó conductas más desadaptativas en Deficiencia cognitiva y Desconcentración, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1: Descripción de los puntajes promedio en cada factor

Factores	Grupo Control (n=104)		Grupo Estudio (n=45)	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Desob./ Agresión	38.6	15.3	32.9	21.4
Timidez	17.6	8.2	13.9	6.8
Deficiencia cognitiva	40.7	15.9	29.2	12.1
Inmadurez emocional	12.8	6.0	14.8	6.7
Hiperactividad	7.1	4.4	9.0	4.8
Desconcentración	14.9	8.7	10.6	4.9
Ev. Padres (PSC) *	55.9	10.1	54.3	9.7

Al realizar la evaluación en tercero básico, un año después de finalizada la intervención, los niños en el grupo de estudio mostraron una disminución de sus puntajes en los factores: Desobediencia y/o agresión, Inmadurez e Hiperactividad y un aumento de sus puntajes en Timidez, Deficiencia cognitiva, Desconcentración y Evaluación de los padres. En cambio, en el grupo control se observó que solamente el factor Hiperactividad disminuyó. Como se puede observar en la Tabla 2, en todos los otros factores hubo un aumento de los puntajes para el grupo control.

En el grupo de escolares intervenidos, se observó que la conducta Desobediencia y/o agresión al iniciar el estudio tenía puntajes superiores al grupo de escolares no intervenidos. Es decir, se observó una disminución de los puntajes en Desobediencia y/o agresión en el grupo intervenido, comparativamente con lo sucedido en el grupo control.

Por otro lado, y a pesar de que ambos grupos aumentaron sus puntajes en los factores Deficiencia cognitiva y Desconcentración, la intervención en este caso, mostró una tendencia a disminuir el aumento de los puntajes en el grupo de escolares intervenidos en relación a los no intervenidos (ver Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de los puntajes promedio por grupo, en cada factor, al finalizar la intervención

Factores	Grupo Control (n=104)		Grupo Estudio (n=45)	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Desob./ Agresión	38.6	15.3	30.6	9.5
Timidez	17.6	8.2	18.0	4.9
Deficiencia cognitiva	40.7	15.9	35.4	10.2
Inmadurez emocional	12.8	6.0	14.0	3.5
Hiperactividad	7.1	4.4	8.6	3.4
Desconcentración	14.9	8.7	12.3	4.4
Ev. Padres (PSC) *	55.9	10.1	55.1	10.2

La evolución de las conductas desadaptativas con problemas, fue medida a través del criterio percentílico, que indica que aquellos puntajes que se ubican sobre el percentil 75 (P75), tienen mayor riesgo de presentar problemas en la conducta estudiada (De la Barra et al., 1995). Este análisis, mostró que el porcentaje de escolares que se ubicaban sobre el P75 al inicio del estudio en el grupo no intervenido es el siguiente: para el factor desobediencia y/o agresión es de 22,9%, la timidez alcanza a 15,2%, el factor deficiencia cognitiva es de 26,7%, el factor inmadurez es de 10,5%, la hiperactividad de 24,8%, desconcentración de 25,7% y la evaluación que realizan los padres es de un 10,5%.

Para el grupo de escolares intervenidos, los porcentajes que se ubican al inicio del estudio sobre el P75 en cada conducta estudiada son los siguientes: el factor desobediencia y/o agresión es de 26,7%, timidez 15,6%, deficiencia cognitiva con un 11,1%, en el factor inmadurez alcanza a 48,9%, la hiperactividad fue de 42,2%, la desconcentración mostró un 15,6%, y finalmente, la evaluación que realizaron los padres fue 13,3%.

Dado el comportamiento distinto al inicio del estudio en las distintas conductas o factores estudiados, los grupos se analizaron dependiendo de su conducta de entrada respecto al percentil 75. De esta manera, se buscó llegar a una visión clara de los resultados con referencia a la evolución de cada grupo, así como en la comparación de los grupos sujeta al criterio percentílico planteado. Así, se trabajó con 4 grupos compuestos por escolares con puntaje bajo el P75 del grupo control, escolares con puntaje bajo el P75 del grupo de estudio, escolares sobre el P75 en el grupo control y el último grupo conformado por todos los escolares que obtuvieron un puntaje sobre el P75 del grupo de estudio, para los factores o conductas estudiadas.

En un primer análisis de la muestra global, los escolares que presentaron puntajes bajo el P75 al inicio del estudio, y que mantuvieron su condición de entrada (protección), en relación a la clasificación de su puntaje fue de 70,2% en desobediencia y/o agresión, 74,2% en la conducta de timidez, 64,1% en deficiencia cognitiva, 65,0% en inmadurez, 81,9% en hiperactividad, 75,9% en desconcentración y un 82% en la evaluación de los padres.

La comparación entre los grupos que mantienen la clasificación bajo el P75 (sin riesgo de tener problemas en la conducta), luego de la intervención en el grupo de estudio durante dos años, arrojó una protección significativa de la aparición de la conducta disruptiva en los factores desobediencia y/o agresión y deficiencia cognitiva. En el resto de los factores a excepción de la hiperactividad, la intervención después de dos años, también muestra una tendencia a la protección en el resto de los factores, sin alcanzar significación (ver Tabla 3).

Tabla 3: Comparación de las clasificaciones bajo el P75 (protección) de los escolares que se inician sin problemas

Factores	N	Número	Porcentaje	Z	p
Desobed./ Agresión					
Grupo control	81	52	64.2 %	2.18 *	0.014
Grupo estudio	33	28	84.8 %		
Timidez					
Grupo control	89	62	69.7 %	1.06	0.145
Grupo estudio	38	30	78.9 %		
Deficiencia Cognitiva					
Grupo control	77	45	58.4 %	1.78 *	0.037
Grupo estudio	40	30	75 %		
Inmadurez Emocional					
Grupo control	94	61	64.9 %	0.03	0.488
Grupo estudio	23	15	65.2 %		
Hiperactividad					
Grupo control	79	65	82.3 %	-0.17	0.567
Grupo estudio	26	21	80.8 %		
Desconcentración					
Grupo control	78	56	71.8 %	1.47	0.071
Grupo estudio	38	32	84.2 %		
Ev. Padres (PSC)					
Grupo control	81	77	95.1 %	1.22	0.1112
Grupo estudio	36	32	88.9 %		

En un segundo análisis de la muestra total, los escolares que al iniciar el estudio fueron clasificados sobre el P75, y cuya clasificación al cabo de dos años se ubica bajo el P75 (mejoría), fue de 19,4% en el factor desobediencia y/o agresión, 60,9% en la timidez, un 27,3% en la deficiencia cognitiva, un 48,5% la inmadurez, un 71,1% la hiperactividad, alcanzando la desconcentración un 23,5% y la evaluación que hacen los padres un 35,3%. Es decir, las conductas que presentaron los mayores porcentajes de mejoría fueron los factores de hiperactividad, timidez e inmadurez, respectivamente.

La comparación entre los grupos que se observa en Tabla 4, indica el cambio de la clasificación sobre el P75 a bajo el P75 (sin riesgo de tener problemas en la conducta). De esta forma, la intervención al cabo de dos años conlleva a una mejoría significativa de la conducta disruptiva, en comparación con el grupo control, en los factores desobediencia y/o agresión y deficiencia cognitiva e inmadurez. En el resto de las comparaciones no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en este tipo de escolares.

Tabla 4: Comparación de las clasificaciones bajo el P75 (mejoría) en ambos grupos con respecto a la clasificación de riesgo inicial

Factores	N	Número	Porcentaje	Z	p
Desobed./ Agresión					
Grupo control	24	1	4.2 %	3.28 *	0.000
Grupo estudio	12	6	50 %		
Timidez					
Grupo control	16	10	62.5 %	-0.24	0.595
Grupo estudio	7	4	57.1 %		
Deficiencia Cognitiva					
Grupo control	28	6	21.4 %	1.78 *	0.037
Grupo estudio	5	3	60 %		
Inmadurez Emocional					
Grupo control	11	3	27.3 %	1.72 *	0.043
Grupo estudio	22	13	59.1 %		
Hiperactividad					
Grupo control	26	19	73.1 %	-0.34	0.633
Grupo estudio	19	13	68.4 %		
Desconcentración					
Grupo control	27	5	18.5 %	1.36	0.087
Grupo estudio	7	3	42.9 %		
Ev. Padres (PSC)					
Grupo control	11	4	36.4 %	-0.12	0.548
Grupo estudio	6	2	33.3 %		

Discusión

Antes de analizar los resultados de la presente investigación, es importante recordar que pese a las consideraciones metodológicas que se incluyeron en el diseño de la intervención, con el fin de homologar a los grupos en relación a los factores estudiados (mediante el índice de vulnerabilidad de la JUNAEB), estas escaparon al control de los investigadores. Por lo tanto, las conductas de entrada en algunos de los factores evaluados no fueron homogéneas en ambos grupos y por lo tanto su comparación directa, no fue posible de realizar.

No obstante lo anterior, se aprecia que la evolución del grupo control y del grupo de estudio son distintas en relación a los factores desobediencia y/o agresión, deficiencia cognitiva e inmadurez emocional. Los niños que presentaban problemas en estos tres factores en primero básico (sobre el P75) y que fueron intervenidos, mostraron una mejora significativa en comparación al grupo control. En este sentido, el Juego del Buen Comportamiento sería una herramienta efectiva para disminuir este tipo de problemas en esta etapa del desarrollo, específicamente en los factores desobediencia y/o agresión, deficiencia cognitiva e inmadurez emocional.

Por otro, lado la intervención no solo sería efectiva para los niños que presentan problemas en los factores anteriormente expuestos, sino que también constituye una herramienta preventiva de la desobediencia y/o agresión, y la deficiencia cognitiva. Esto en base a la observación de que en el grupo intervenido hay una mayor cantidad de niños

sin problemas en estos factores en primero básico, y que se mantienen sin problemas en tercero básico, en comparación al grupo control. Por otro lado, en el grupo control aumenta el número de niños que no manifestaban problemas en primero básico y que a fines de tercero básico presentan problemas de desobediencia y/o agresión, y deficiencia cognitiva.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de estudios realizados en la Universidad de John; Hopkins (Kellam et al., 1994), quienes encontraron que después de cinco años de seguimiento, los grupos que habían participado en el JBC disminuían significativamente los problemas conductuales relacionados con la desobediencia y/o agresión, en comparación con niños que no participaban en la intervención. Esto se sustenta en los antecedentes teóricos que plantean que la agresión puede ser moldeable en la medida que se interviene tempranamente (Bedregal et al., 2003; George, 2003). Por otro lado, podemos pensar que si la intervención disminuye las conductas disruptivas y agresivas en tercero básico, esto sería un factor protector para los desórdenes conductuales que pudiesen surgir en la prepubertad (De la Barra et al., 2003; Kellam et al., 1998).

En síntesis, se puede concluir que la aplicación del JBC en la sala de clases a partir de primero básico, permite disminuir la agresión y conductas disruptivas relacionadas con estas en tercero básico. El siguiente paso sería continuar el seguimiento de ambos grupos, y poder evaluar el alcance temporal de estos resultados al finalizar la educación básica. Asimismo, esto permitiría evaluar la relación que existe entre la desobediencia y/o agresión y la prevalencia de desórdenes conductuales en la prepubertad.

Referencias

- Aarón, A. M. (2001). *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo*. Santiago de Chile: Ediciones Galdoc.
- Aracena, A., Haz, A., Román, F., Muñoz, S. & Bustos, L. (1999). Pesquisa de Maltrato Físico Infantil: ¿Una Dificultad Metodológica o conceptual? Apreciaciones de investigaciones chilenas. En: *Memorias en Psicología Comunitaria, Psykhe*, 8, 117–123.
- Battistich, V., Solomon, D., Kim, D. & Watson, M. (1995). School as communities, poverty levels of students populations and students attitudes, motives and performance. A multilevel analysis. *American Education Research Journal*, 32, 627–658.
- Barudy, J. (2000) Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología humana. En: *Violencia en la Cultura; riesgos y estrategias de intervención*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Bedregal, P., Margozzini, P. & Molina H. (2003). *Eficacia de las intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez*. Presentación en Seminario JUNAEB, Noviembre 2003, Santiago de Chile.
- Betancourt, H. (2000) Procesos psicológico y cultural en la violencia. En: *Violencia en la Cultura; riesgos y estrategias de intervención*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Castillo, R. & Haz, A. M. (2003). Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. *Terapia Psicológica*, 21, 105–119.
- De la Barra, F. (1999). Conductas desadaptativas en escolares de 1° básico del área Occidente de Santiago. En: *Las Enfermedades mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias*. Chile: Ministerio de Salud.
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2003). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41, 65–76.
- Dishion, T., Spracklen, K., Andrews, D. & Patterson, G. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior Therapy*, 27, 370–390.
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Editorial Paidós, México.
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Fundación Paz Ciudadana (2003). Anuario Estadísticas Criminales. Bajado el 1° de junio, 2004 del sitio Web: <http://www.pazciudadana.cl/estadisticas.php>
- George, M., Siraqyan, X., Mores, R., De la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. & Toledo, V. (1994–1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1° básico. *Revista de Psicología*, 5, 17–26.
- George, M. (2003). *Programa Habilidades para la Vida*. Ponencia presentada en Seminario JUNAEB, Noviembre, 2003, Santiago de Chile.
- Heins, A. (2004). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional*. Fundación Paz Ciudadana, Santiago de Chile.
- Kellam, S., Brown, C. & Fleming, J. (1981). The prevention of teenage substance use: Longitudinal research and strategy. En: Coates, T.J., Peterson, A.C. & Peery, C. (Eds.), *Promoting Adolescent Health: A Dialogue on Research and Practices*. New York: Academic Press.
- Kellam, S. & Rebok, G. (1992). Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. En: J. Mc Cord & R. E. Tremblay (eds.) *Prevention Antisocial Behavior. Interventions from birth through Adolescence*. New York: The Guilford Press.
- Kellam, S., Rebok, G., Ialongo, N. & Mayer, L. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 259–281.
- Kellam, S., Mayer, L., Rebok, G. & Hawkins, W. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two interventions: An investigation of causal paths. En: Bruce P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Kellam, S., Ling, X., Merisca, R., Brown, H. & Ialongo, N. (1998). The effect of the level aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology*, 10, 165–185.
- Kellam, S., Prinz, R. & Sheley, J. (2000). Community and institutional partnerships for school violence prevention. En: Preventing School Violence: Plenary Papers of the 1999. *Conference on Criminal Justice. Research and Evaluation—Enhancing Policy and practice through research*, 2. Washington, D.C.: US Department of Justice.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lewin, K. (2005). La Teoría del Campo y el Aprendizaje. Obtenido de Internet en Marzo 2, 2005, del sitio Web: <http://forteza.sis.ucm.es/apto/alum0203/lewin.pdf>
- Livacic-Rojas, P., Espinoza, M. & Ugalde, F. (2004). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos. *Terapia Psicológica*, 22, 83–91.
- Magendzo, A. & Donoso, P. (2000) Cuando a uno lo molestan: *Un acercamiento a la discriminación en la escuela*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Mc Alistair, A. (1998). *La Violencia Juvenil en las Américas: Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. OPS.
- Ministerio de educación (1999) La fuerza de la palabra. *Revista de educación*, 265.
- Ministerio de Salud (1999). Las enfermedades mentales en Chile y sus consecuencias. *Revista de Educación* 265.

- Pérez, V., Fernández, A. M., De La Barra, F. & Rodríguez, J. (2002). *Evolución de conductas agresivas y disruptivas y su comparación en niños con y sin intervención preventiva*. Ponencia en XV Congreso Nacional de Psicología Clínica – VII. Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Santiago, Chile.
- Pérez, V., De la Barra, F., Gubbins, F., Fernández, A. M. & Rodríguez, J., (2001). *Prevención primaria de conductas disruptivas en niños de primero básico en situación de riesgo psicosocial*. Ponencia en XIX Congreso Anual Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia. Viña del Mar, Chile.
- Rozenblum, S. (1998). *Mediación en la Escuela*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Slaby, R. (1997). Prevención de la Violencia juvenil: requisito previo para el desarrollo de la sociedad. En P. Trickett & C. Schellenback. *Violence against Children in the family and the Community*. American Psychological Association: Washington, D.C.
- Yunes, J. (1993). *Tendencias a la mortalidad por causas violentas entre adolescentes jóvenes de la región de las Américas*. OPS: Washington.
- Zerón, A. M. (2002). *Violencia juvenil en el espacio escolar. Estudio sociológico comprensivo de la experiencia escolar*. Tesis no publicada para obtener el grado de Doctora en ciencias de la educación, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Congresos y Eventos

- XIV ENCUENTRO INTERNACIONAL DEL CAMPO FREUDIANO
SEGUNDO ENCUENTRO AMERICANO
LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS DEL PSICOANÁLISIS
5, 6 y 7 de Agosto de 2005
Web: www.eamericano2005.com.ar
- VI ENCUENTRO DEL COMITÉ DE PSICOTERAPIA DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA Y V ENCUENTRO CHILENO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA DE LA SOCIETY FOR PSYCHOTHERAPY RESEARCH (SPR). LAS EMOCIONES EN PSICOTERAPIA: CON EL CORAZÓN EN LA MANO”
4 al 7 de Agosto de 2005, Reñaca, Viña del Ma
Email: docencias@123.cl
Web: www.sonepsyn.cl/encuentropsicoterapia
- 11th WORLD CONGRESS OF SPORT PSYCHOLOGY
14 al 19 de Agosto de 2005, Sydney, Australia
Web: www.issp2005.org
- IV CONGRESO MUNDIAL DE PSICOTERAPIA: LA PSICOTERAPIA COMO PUENTE ENTRE CULTURAS
27 AL 30 de Agosto de 2005, Buenos Aires, Argentina
E-mail: info@4cmp.org.ar
Web: www.4cmp.org.ar
- IV CONGRESO MUNDIAL DE PSICOTERAPIA
6 al 9 de Octubre de 2005, Buenos Aires, Argentina
e-mail: info@apra.org.ar
Web: www.apra.org
- 7º CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA CORPORAL: A PSICOTERAPIA CORPORAL NAS REDES SOCIAIS
Body psychotherapy and its social connections
12 a 16 de Octubre de 2005, Sao Paulo, Brazil
E-mail: info@cips2005.org
Web: www.cipc2005.org.ar
- III CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD ALAPSA-2005
5 al 9 de diciembre de 2005, La Habana, Cuba
E-mail: alapsa2005@infomed.sld.cu
Web: www.loseventos.cu/alapsa2005

Directorio Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Ps. Susana Ifland Levin
Presidenta

Ps. Abel López Rocco
Tesorero

Eliana Carmona Ghio
Secretaria

Directores

Isabel Margarita Fontecilla Silva

Maria Elsa Gac Artigas

Maria Soledad Torres Garrido

Víctor Labbe Ramírez

Fernando Urra Silva

Ricardo Matte Pérez 492, Providencia, Santiago

www.sociedadchilenapsicologiaclinica.cl

E-mail: sochpscl@entelchile.net

Teléfono: 56-2-2090286 Fax: 2698328

TERAPIA PSICOLÓGICA

La revista Terapia Psicológica es una publicación de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Se edita desde 1982 sin interrupción.

Publica artículos originales, de revisión e informes breves. Recibe aportes de cualquier área y especialidad de la Psicología Clínica, así como de estudios que investiguen alguna variable de interés para la Psicología Clínica.

Bienvenidos serán los artículos empíricos. Se publicarán aportes científicos tanto del área básica como aplicada relacionados con la Psicología Clínica.

Se publican dos números al año (junio y diciembre). Terapia Psicológica es una publicación gratuita para los miembros de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Suscripciones se deben realizar en efectivo o cheque nominativo a nombre de Sociedad Chilena de Psicología Clínica, dirigido a:

Ricardo Matte Pérez 492, Providencia, Santiago
www.sociedadchilenapsicologíaclínica.cl
E-mail: sochpscl@entelchile.net
Teléfono: 56-2-2090286 Fax: 2698328

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

SUSCRIPCIÓN POR UN AÑO (DOS NÚMEROS)

Valor de las suscripciones:

Individual:

Nacional: \$10.000

Extranjero: US\$ 20.00

Instituciones:

Nacional: \$ 20.000

Extranjero: US\$ 35

Nombre del profesional o institución

Dirección

Teléfono

Fax

Email:

Fecha

Sociedad Chilena de Psicología Clínica # Ricardo Matte Pérez 492, Providencia, Santiago. Chile.
sochpscl@entelchile.net

Email:

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Terapia Psicológica* fue fundada por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica en 1982 y se ha publicado ininterrumpidamente hasta la fecha. Se aceptan trabajos de carácter teórico y empírico dentro del área de la Psicología Clínica. La revista está orientada a fomentar el intercambio de conocimientos que aporte al progreso de la psicología científica, y es por esto que se estimulará la crítica dentro de la disciplina, de acuerdo con la discusión de datos, metodología, planteamientos teóricos e integración multidisciplinaria. Se publicarán trabajos de todas las áreas y especialidades de la Psicología Clínica (evaluación, tratamiento, prevención, etc.), así como artículos que traten sobre la importancia de alguna o algunas variables relacionadas con los temas clínicos.

Los artículos enviados deben ser inéditos y no deben estar en proceso de publicación ni revisión en otra revista. Todos los trabajos deberán seguir el formato de la versión vigente del manual de publicaciones de la American Psychological Association (APA); los trabajos que no sigan este formato serán devueltos para su revisión.

Se aceptan y publican artículos escritos en castellano o inglés. Se publicarán artículos originales, de revisión e informes breves. Los artículos serán revisados por un sistema de pares anónimos.

Los artículos tendrán una extensión máxima de 30 páginas a doble espacio en letra tamaño 12 puntos Times New Roman. En la primera hoja se incluirán el título del trabajo, los nombres de los autores y detalles de la institución a la que pertenecen y correo electrónico de contacto, que aparecerán en la publicación. En la segunda hoja se incluirán solamente el título del trabajo (sin los autores), un resumen de 150 palabras, y un máximo de cinco palabras clave que reflejen los conceptos fundamentales abordados en el artículo (en castellano e inglés). Siguiendo el estilo de la APA, los artículos empíricos deben llevar los siguientes apartados: introducción, método (participantes, instrumentos, procedimientos, etc.), resultados, discusión y referencias. En el caso de artículos teóricos, se debe presentar una estructura clara y coherente, que considere los apartados de introducción y discusión, con sus correspondientes referencias.

Las tablas y figuras incluidas en el texto deben ser enumeradas por orden de aparición y presentadas al final del artículo en hojas separadas. Estas deben presentarse tal como los autores quieran que aparezca en el artículo final, tanto en forma como en tamaño. Se debe indicar dentro del texto el lugar donde se estima que debería incorporarse el cuadro o figura respectivo (con la frase «Insertar Figura .../ Tabla ... aproximadamente aquí»).

Las referencias en el texto deben citarse con el apellido y año en alguna de las siguientes formas; «...de acuerdo con los planteamientos de Barlow y Hofman (1997) » o «en relación con los trastornos de ansiedad se sabe en la actualidad ... (Barlow & Hofman, 1997)». En caso de ser un autor o dos autores, estos deben ser citados todas las veces que sea necesario en el texto. En caso de tener que citar más de una vez a los mismos autores y estos son entre tres y seis autores, estos se citarán la primera vez todos y a partir de la segunda vez se citará el primero más et al., año, ejemplo «Hayes et al., 2001». En caso de ser más de seis autores, se citarán desde la primera vez el primero más et al., año.

Todas las referencias utilizadas y citadas deberán ordenarse alfabéticamente al final del texto sobre la base del nombre del primer autor o del título (en caso de no tener autor), seguidas del año de publicación en paréntesis, el título, volumen, páginas, lugar de publicación y editorial (cuando corresponda). Deben evitarse las notas al pie de la página.

Específicamente, el formato solicitado es el siguiente:

Libros:

Apellido/s del(os) autor(es) seguido de las iniciales del nombre, año de publicación (entre paréntesis), título del libro (en cursiva) y número de edición, lugar de publicación (seguido de dos puntos) y editorial.

Ejemplo: Buss, D. M. (1994). *The evolution of human desire: strategies of human mating*. New York: Basic Books.