

Revista Chilena de Psicología



VOLUMEN V
AÑO 1982
N^{os} 1-2

COLEGIO DE PSICOLOGOS DE CHILE, A.G.

DIRECTOR

MARIA DE LOS ANGELES SAAVEDRA L.

COMITE EDITORIAL

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

SECRETARIO DE REDACCION:

Augusto Zagmutt C.

CONSULTORES:

Juana Anguita
Jorge Agostini
Omar Arrué
Ana M. Arón
Hernán Berwart
Hugo Bustamante
Alfredo Carmona
Julia González
Gustavo A. Jiménez L.
Jorge Luzoro

María Isabel Lira
María Teresa Llanos
Salomón Magendzo
Alfonso Mazzarelli
Mario Morales
Neva Milicic
Sergio Maltes
Yolanda Navarrete
Mónica Rojas
Renato Ruiz

CONSULTORES INTERDISCIPLINARIOS:

Erika Himmel, Matemáticas y Estadística
Patricio López de Lérida, Psiquiatría
Ibcia Santibáñez, Neurofisiología

SUBSCRIPCION:

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

**Registro N° 895-78
2 de octubre de 1978**

Revista Chilena de Psicología



VOLUMEN V
AÑO 1982
N^{os} 1-2

COLEGIO DE PSICOLOGOS DE CHILE, A.G.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Nota del Editor | Pág. 3 |
| ARTICULOS | |
| CHARLES GOLDEN y SUSANA URBINA. Introducción a la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska | 5 |
| HORST KACHELE. Sigmund Freud: Su imagen del hombre | 15 |
| RUBÉN FELDMAN. Diálogo sobre el significado de la Psicoterapia | 25 |
| LUIS BRAVO V. Confusiones auditivas y funciones verbales en disléxicos | 33 |
| M. VIRGINIA ESPINOSA. El Viejo Sabio y la Sabiduría Organísmica | 39 |
| CARLOS ZALAUQUETT; JORGE MANZI; MARTA DUQUE; MÓNICA KREBS y MAGDALENA ANINAT. El proceso psicoterapéutico con pacientes pobres | 45 |
| EDUARDO PINO. Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: una revisión de estudios | 55 |
| CONTROVERSIAS | |
| IBICIA SANTIBÁÑEZ. Comentario sobre: "Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: una revisión de estudios" | 65 |
| EDUARDO PINO. Respuesta al comentario sobre el trabajo: "Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético" | 69 |
| PANEL | |
| ROBERTO OPAZO. Algunas reflexiones sobre aspectos psicológicos y sociales relacionados con el divorcio | 77 |
| ALEX KALAWSKI. Matrimonio y divorcio: ¿Disyuntiva real? | 85 |
| CRONICA | |
| FERNANDO LOLAS. Sobre Proxémica y Espacio Personal | 87 |
| GUSTAVO JIMÉNEZ. Aprendizaje y Computación: una brillante realidad | 93 |
| COMENTARIOS DE LIBROS Y REVISTAS | 99 |

Editorial

1982 marca el quinto año de vida de la Revista Chilena de Psicología, creada por el Colegio de Psicólogos de Chile.

En el transcurso de sus primeros años de existencia, han ocurrido, naturalmente, muchos hechos que dejan huellas importantes en el acontecer de la Psicología en Chile. Entre éstos, la transformación del Colegio en una Asociación Gremial, la creación de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica y la formación de la Agrupación de Psicólogos Jóvenes. Para ellos formulamos nuestros sinceros deseos de éxito.

Nuestra Revista ha tenido como norma acoger trabajos provenientes de todos los campos de la Psicología, el Educacional y del Desarrollo, el Clínico, Experimental y Psicofisiológico, Social y Laboral, etc., por ser éste el único órgano por medio del cual se hacía posible comunicar la labor de investigación de los psicólogos de nuestro país. Afortunadamente, parte de esta labor será ahora compartida. Damos una cálida bienvenida a la revista *Terapia Psicológica*, deseando que su oportuna aparición sea continuada con el entusiasmo con que se inició.

Quisiera aprovechar este aniversario para renovar y recordar los objetivos y propósitos de nuestra Revista, delineando las áreas y la forma de los trabajos que serán considerados prioritarios para su publicación dentro del amplio espectro del quehacer psicológico. Seguiremos considerando trabajos que provengan de todas las áreas de la Psicología, especialmente las investigaciones originales experimentales o aplicadas, relevantes al comportamiento en general, los artículos de revisión crítica sobre un problema y los trabajos teóricos. Se ampliarán estos contenidos a la inclusión de temas de actualidad nacional que tengan una importancia base o consecuencia psicológica, invitando a psicólogos a discutirlos. Pensamos que en esta forma la Revista extenderá su interés a un público mayor y no se dirigirá únicamente a psicólogos.

Quisiéramos también hacer público el propósito de incluir artículos de colegas que se destacan en el extranjero. De esta forma, nuestro psicólogo chileno no perderá los lazos con el país y su gremio y nosotros podremos enriquecernos con la vinculación a otros centros de investigación de nuestra ciencia.

Quisiéramos destacar la presentación en este volumen V de tres contribuciones de investigadores extranjeros. Una pertenece a los psicólogos Charles Golden y Susana Urbina de la Universidad de Nebraska, USA. El profesor Golden, encabezando un equipo, efectuó la cuantificación y estandarización de la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska, lo cual ha dado lugar a una fructífera línea de investigación en neuropsicología sobre la relación entre cerebro y conducta. La segunda, pertenece al Dr. Horst Kächele, psicoanalista experimental de la Universidad de Ulm, Alemania, quien nos hizo llegar la evolución de una visión antropológica de Sigmund Freud sobre el hombre. La tercera pertenece al psiquiatra argentino Dr. Rubén Feldman, quien discute su concepción de Percepción Unitaria en un diálogo sobre el significado de la Psicoterapia.

Este año publicaremos en el presente volumen condensadamente los N^{os} 1 y 2.

Esperamos seguir cumpliendo muchos lustros.

María de los Angeles Saavedra

ARTICULOS

Introducción a la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska

CHARLES J. GOLDEN¹ y SUSANA P. URBINA²

RESUMEN

INTRODUCCION A LA BATERIA NEUROPSICOLOGICA LURIA-NEBRASKA

Este trabajo presenta una breve descripción de la Bateria Neuropsicológica Luria-Nebraska, recientemente publicada. La batería surgió de un esfuerzo por integrar los enfoques cuantitativos y cualitativos a la evaluación de las relaciones entre el cerebro y la conducta y por sistematizar y estandarizar los procedimientos de Luria descritos por Christensen. Se presenta la base teórica y las cuestiones metodológicas envueltas en el desarrollo de la batería. Se describe la batería misma y también las escalas clínicas, de factores y de localización que han sido derivadas para su aplicación. También se relatan datos acerca de la confiabilidad y validez de las medidas que se pueden obtener y sobre los trabajos de investigación actuales.

Tradicionalmente han existido dos enfoques principales en la evaluación neuropsicológica. Algunos psicólogos clínicos, como Luria (1966, 1973) y Lezak (1976), han promulgado la evaluación cualitativa de déficits, la cual es muy eficiente y puede ser adaptada a las carac-

SUMMARY

INTRODUCTION TO THE LURIA-NEBRASKA PSYCHOLOGICAL BATTERY

This paper presents a broad overview of the recently developed Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. The battery stemmed from attempts to integrate the quantitative and qualitative approaches to the assessment of brain-behavior relationships and to systematize and standardize Luria's procedures as described by Christensen. The theoretical background and methodological considerations involved in developing the battery are presented. The battery itself is briefly described, as are the various clinical, factor, and localization scales that have been derived for its application. Data on the reliability and validity of the measures that can be extracted from the battery and current research developments are outlined.

terísticas individuales de los pacientes, pero depende mucho de la pericia del que la aplica. Por otro lado, algunos han preferido usar baterías de tests estandarizados, las cuales disminuyen la posibilidad de diagnósticos erróneos debidos a falta de información y permiten que se acumulen datos acerca de los efectos de lesiones cerebrales de forma sistemática. Quizás la mejor conocida de las baterías estandarizadas y comprensivas que se usan en este campo es la Bateria Neuropsicológica Halstead-Reitan (Reitan, 1955; Reitan y Davison, 1974). Aunque esta batería es considerada muy efi-

¹Nebraska Psychiatric Institute, 602 South 45th Street. Omaha, Nebraska 68106, USA.

²Department of Psychology, University of North Florida, 4567 St. John's Bluff Road, Jacksonville, Florida 32216, USA.

caz, su administración puede tomar de seis a ocho horas.

A pesar de que la mayoría de los neuropsicólogos son partidarios ya sea de la orientación cualitativa o de la orientación cuantitativa de la evaluación, muchos han reconocido que el instrumento ideal de este campo sería uno que combinara los dos enfoques (Benton, 1975; Golden, 1981; Lezak, 1976; Smith, 1975). En el presente artículo se tratará de describir a grandes rasgos la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska (BNLN) (Golden, Hammeke y Purisch, 1978). Este nuevo instrumento surgió de un esfuerzo por combinar los dos enfoques al estudio de las relaciones entre el cerebro y la conducta. El desarrollo de esta batería se hizo posible, principalmente, debido a la publicación de una serie de libros escritos por Christensen (1975 a, 1975 b, 1975 c) y titulados *Luria's Neuropsychological Investigation*, en los cuales se relatan en detalle los procedimientos usados por el eminente psicólogo ruso A.R. Luria.

Aunque las obras de Luria (1966, 1973) fueron ampliamente diseminadas y bien aceptadas en el campo de la neuropsicología durante las dos décadas pasadas, sus escritos —a propósito— no contenían la clase de detalles explícitos necesarios para poder usar sus métodos de una manera sistemática, estandarizada o métrica. A pesar de esto, la BNLN ha sido derivada directamente de las teorías de Luria acerca de la conexión entre el cerebro y la conducta, y una de las razones por las cuales existe esta batería es para ampliar y validar esas teorías. Por lo tanto comenzaremos con una breve exposición de las ideas básicas de Luria acerca del funcionamiento del cerebro, y recomendamos a los lectores que se quieran familiarizar más con la BNLN que aumenten esta base por medio de un estudio directo de las obras principales de Luria (1966, 1973).

BASE TEORICA DE LA BATERIA NEUROPSICOLOGICA LURIA-NEBRASKA (BNLN)

De todas las ideas fundamentales de Luria, quizás la más importante es el concepto del *sistema funcional*. Esta noción esencialmente funde los modelos de localización y de equipo-

tencialidad que han servido como explicaciones opuestas del modo en que el cerebro y la conducta están relacionados. De acuerdo a Luria, la localización de funciones específicas en la corteza cerebral existe. Sin embargo, los componentes de estas funciones son tan circunscritos, que la ejecución del acto más simple requiere la participación de una variedad de habilidades elementales y, por lo tanto, la acción recíproca de muchas partes de la corteza cerebral. El *sistema funcional* representa el arreglo de interacciones que suceden en el cerebro, y que se necesitan, para ejecutar cualquier acto. Esta hipótesis también incluye la noción de que la corteza cerebral puede ejecutar la misma tarea de varios modos y, por lo tanto, la misma acción puede ser ejecutada por medio de varios sistemas funcionales.

Luria observó que lesiones en una zona específica del cerebro obstruyen cualquier acción que requiera las habilidades de aquella zona. Debido a esto, todas las acciones cuyos sistemas funcionales incluyen las habilidades mediadas por una zona lesionada del cerebro sufren daño, resultando en un síndrome o conjunto de déficits que se puede observar a través de varias acciones. Naturalmente, excepciones a este caso se dan cuando existen sistemas alternativos para la ejecución de una tarea. Aún así, por medio de un análisis detallado de las habilidades básicas que componen las tareas falladas, aquellas habilidades que parecen estar involucradas consistentemente pueden ser señaladas, y esto ayuda a deducir cuales zonas del cerebro están lesionadas. Por ejemplo, si un sujeto falla tres tareas que requieren las habilidades A, B y C, las habilidades B, F y G, y las habilidades B, D y E, respectivamente, se podría deducir que la base de los tres errores es un déficit en la habilidad B. Para confirmar o rechazar esta hipótesis, uno analizaría otras tareas o acciones que requieren la habilidad B.

Aunque Luria mismo no usaba ni recomendaba el uso de métodos estandarizados, la estructura lógica del análisis de síndromes no impide que se usen estos métodos. Lo único que se necesita para poderlos usar es una serie de tareas muy específicas y circunscritas que combinen habilidades básicas de varias maneras para establecer una configuración de déficits a través de los ítems. De este modo se

puede derivar un sistema cuantitativo para la calificación de ítems, de acuerdo al desempeño del sujeto, sin perder la información necesaria para el análisis de síndromes o configuraciones de déficits.

La gran ventaja de usar un enfoque cuantitativo, además del cualitativo, es que el método cuantitativo facilita la exploración empírica de las configuraciones de déficits y promueve la confirmación experimental de predicciones teóricas. Además, datos cuantitativos acerca del funcionamiento neuropsicológico de la persona ayudan a establecer un punto de comparación para el futuro y también a pronosticar y a planear programas para rehabilitar a aquellos con lesiones cerebrales.

PLANTEAMIENTO DE LA BATERIA

Al seleccionar las tareas para la batería, se tuvieron que considerar varias cuestiones. En primer lugar, el test tenía que ser diseñado para una gran variedad de pacientes con diversos déficits. Por lo tanto, el instrumento tenía que ser comprensivo y abarcar todas las principales habilidades y funciones neuropsicológicas. Aunque esto da por resultado un test más largo que lo absolutamente requerido para un paciente dado, también asegura que en el examen no se perderán de vista algunos déficits, y permite que se colecte una base detallada de informaciones para usos clínicos e investigativos.

Dentro de cada parte del examen los ítems fueron seleccionados para reducir el papel de otros factores aparte de aquellos bajo consideración en cada ítem. Por ejemplo, en los ítems de la escala de Ritmo que requieren la diferenciación de tonos, la manera de responder no tiene importancia para el propósito de las tareas: el paciente puede contestar oralmente, por escrito, o por medio de cualquier sistema confiable de señales. Del mismo modo, los problemas causados por déficits del lenguaje expresivo —por ejemplo, tartamudeos o titubeos— no son considerados errores en las escalas de Lenguaje Receptivo o Procesos Intellectuales, pero se cuentan siempre en la escala de Lenguaje Expresivo. De este modo, aunque muchos ítems que duplicaban por completo a otros ítems fueron descartados, restan

muchos ítems en todas las partes de la batería que prácticamente repiten el contenido de otros, excepto por una sola variación.

Una tercera consideración relacionada con estas otras fue la necesidad de crear un instrumento que pudiera ser usado con pacientes encamados sin requerir equipo incómodo o costoso. Los ítems fueron seleccionados de acuerdo a la brevedad y eficiencia con la cual examinan ciertas habilidades. Los únicos materiales exclusivos de la BNLN son una colección de láminas y una cinta grabada. Los otros objetos que se usan en la administración del test son cosas fáciles de conseguir y portátiles como un pequeño peine, una liga de goma, un borrador, un sujetapapeles, un compás, una llave, un alfiler, una regla, una venda ocular y una moneda. Además de esto se necesita un cronómetro y se han publicado formularios para administrar y calificar el test y para las respuestas de los pacientes, lo mismo que un detallado manual (Golden, Hammeke y Purish, 1980). Normalmente la administración de toda la batería toma entre dos y tres horas.

Por último, una cuestión crucial en la selección de ítems fue la necesidad de diferenciar claramente si una función cerebral ha sido dañada o no. Por lo tanto, los ítems que resultaron ser muy fáciles para la mayoría de las personas o que no discriminaron entre sujetos con lesiones cerebrales y los grupos de control fueron eliminados. Asimismo se dio preferencia a ítems que examinaran habilidades muy básicas a un nivel al alcance de la mayoría de las personas en vez de usar tareas que hubieran sido difíciles para un adulto normal. El test fue diseñado para investigar la integridad de sistemas funcionales básicos en lugar de habilidades complejas que dependen mucho del nivel educacional de la persona.

DESCRIPCION DEL TEST

La Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska consiste en 269 ítems basados en el trabajo de Christensen (1975 b) pero modificados de tal manera que se pudieran establecer procedimientos estandarizados para administrarlos y calificarlos. Cada uno de los ítems puede ser visto como un "test" aparte, diseñado para evaluar un aspecto específico del funciona-

miento neuropsicológico. Sin embargo, los ítems pueden ser agrupados de varias maneras para facilitar la interpretación de la configuración que emerge del desempeño del sujeto. La organización original del test fue basada en el tipo de contenido de los ítems y dio por resultado 11 escalas clínicas básicas. Las escalas clínicas son: Funciones Motrices, Ritmo, Funciones Táctiles, Funciones Visuales, Lenguaje Receptivo, Lenguaje Expresivo, Escritura, Lectura, Aritmética, Memoria, y Procesos Intelectuales. Cada escala clínica es más o menos homogénea con respecto al contenido implicado en su título. Una investigación de las correlaciones entre los ítems y las escalas (Golden, Fross y Graber, 1981) estableció que 250 de los 269 ítems tenían la correlación más alta con la escala de contenido a la cual pertenecían. De los otros 19 ítems, 10 tenían correlaciones con sus propias escalas a no más de .01 de sus correlaciones más altas y 6 tenían correlaciones con sus respectivas escalas a no más de .05 de sus correlaciones más altas con las otras escalas.

Aparte de las 11 escalas clínicas básicas, otras tres escalas han estado en uso regularmente desde que el test fue introducido. Estas tres son la escala Patognomónica y las escalas del Hemisferio Izquierdo y del Hemisferio Derecho. La escala Patognomónica consiste de 34 ítems, tomados de varias partes del test, los cuales discriminaron empíricamente de forma máxima entre sujetos normales, esquizofrénicos y aquellos con lesiones cerebrales. Esta escala parece ser muy sensitiva a la gravedad y agudeza de las lesiones cerebrales.

La escala del Hemisferio Izquierdo consiste en 10 ítems sacados de la escala de Funciones Motrices que requieren movimientos de la mano derecha y 11 ítems de la escala de Funciones Táctiles que conciernen a la mano derecha o al brazo derecho. La escala del Hemisferio Derecho está compuesta exactamente del mismo modo que la del Hemisferio Izquierdo, excepto que los ítems conciernen a la mano izquierda y al brazo izquierdo. Las escalas del Hemisferio Izquierdo y Derecho son extremadamente susceptibles a lesiones en las regiones sensoriomotrices del hemisferio izquierdo y derecho, respectivamente.

Los ítems se califican cuantitativamente a base de dimensiones adecuadas para lo cual se

supone —de acuerdo a la teoría— que deben medir como por ejemplo la precisión, frecuencia, rapidez, velocidad, y la calidad de la actuación del sujeto. La puntuación no elaborada para cada función se convierte a una escala de puntos de valor de 0, 1 ó 2, de acuerdo a límites basados en la distribución de valores obtenida por 75 pacientes examinados durante la estandarización de la batería. Estos límites fueron sometidos luego a una validación cruzada con otros 210 sujetos. Las dos pruebas incluyeron a sujetos normales y neurológicos. El valor de cero (0) abarca el desempeño alcanzado por sujetos normales; el valor de uno (1) cubre la clase de actuación que es igualmente probable para sujetos normales o casos neurológicos; y el valor de dos (2) representa la clase de actuación típica de casos neurológicos. Este sistema de puntuación permite que se comparen los resultados de los ítems de la batería, tanto dentro de las escalas como entre escalas. La puntuación de cada una de las 14 escalas originales, al igual que la de las escalas de factores y las de localización que se van a presentar seguidamente, consiste del número total de puntos de valor acumulados por un sujeto a través de los ítems de una cierta escala. Estos valores totales, que resumen la actuación de un sujeto, pueden a su vez convertirse en normas T a base de los valores promedios y desviaciones estándar obtenidos por grupos de control.

ESCALAS DE FACTORES

Aunque las 11 escalas clínicas son homogéneas en las áreas generales que abarcan, cada una de ellas está, a su vez, compuesta de varias “sub-escalas” que representan componentes de las áreas generales. Las más sobresalientes de estas “sub-escalas” de contenido específicas han sido identificadas formalmente por medio de un análisis factorial de cada una de las 11 escalas de contenido originales (McKay y Golden, 1981). Estos análisis dieron por resultado 30 escalas de factores cada una de las cuales tuvo que mostrar una cierta independencia y pureza en la composición de sus ítems para ser seleccionada como una escala aparte. Además de esto, cada una de estas 30 escalas tuvo que ser capaz de separar a sujetos norma-

les de sujetos con lesiones cerebrales, a un nivel estadístico significativo.

La siguiente lista de escalas de factores extraídas de las 11 escalas básicas podrá darle al lector una mejor idea de las clases de habilidades que se examinan con la BNLN:

Escalas de Factores Motrices: M1. Movimiento a base de cinestesia; M2. Velocidad al dibujar; M3. Velocidad de movimientos menudos; M4. Movimiento espacial; M5. Habilidades motrices bucales.

Escala de Factor del Ritmo: Rh1. Percepción del ritmo y tonos.

Escalas de Factores Táctiles: T1. Sensación táctil simple; T2. Estereognosis.

Escalas de Factores Visuales: V1. Agudeza visual y habilidad de nombrar objetos; V2. Organización visual-espacial.

Escalas de Factores del Lenguaje Receptivo: Rc1. Discriminación de fonemas; Rc2. Conceptos de relaciones; Rc3. Reconocimiento de conceptos; Rc4. Relaciones verbales-espaciales; Rc5. Comprensión de palabras; Rc6. Relaciones gramáticas lógicas.

Escalas de Factores del Lenguaje Expresivo: E1. Lectura fonética simple; E2. Repetición de palabras; E3. Lectura de palabras polisílabas.

Escalas de Factores de la Escritura: W1. Deletreo; W2. Habilidad motriz para escribir.

Escalas de Factores de la Lectura: Rg1. Lectura de material complejo; Rg2. Lectura de material simple.

Escalas de Factores de la Aritmética: A1. Cálculos aritméticos; A2. Lectura de números.

Escalas de Factores de la Memoria: Me1. Memoria verbal; Me2. Memoria visual y compleja.

Escalas de Factores de los Procesos Intelectuales: I1. Inteligencia general verbal; I2. Aritmética verbal compleja; I3. Aritmética verbal simple.

La utilidad de las 30 escalas de factores proviene del hecho que ellas presentan la oportunidad de analizar déficits a un nivel de especificación intermedio entre el nivel de los ítems y el de las 11 escalas clínicas. Además de esto, las escalas de factores permiten la investigación empírica de los perfiles o configuraciones de déficits asociados con diferentes tipos

de daño cerebral, al nivel de las habilidades delineadas en estas escalas.

ESCALAS DE LOCALIZACION

Otra manera de estudiar y analizar las configuraciones del rendimiento de la BNLN es por medio de ocho escalas de localización que han sido derivadas empíricamente y sometidas a validación cruzada con buenos resultados (McKay y Golden, 1979; Golden y col., 1981 a). Estas escalas fueron compuestas de aquellos ítems, entre todos los de la batería, que diferenciaron de forma máxima entre pacientes con lesiones específicas —y bien documentadas— y sujetos normales. El primero de los trabajos utilizó a 53 pacientes con lesiones localizadas y la muestra para la validación cruzada constó de 87 pacientes semejantes. Las ocho escalas de localización son: Frontal Izquierda, Sensoriomotor Izquierda, Temporal Izquierda, Parietal-Occipital Izquierda, Frontal Derecha, Sensoriomotor Derecha, Temporal Derecha y Parietal-Occipital Derecha.

La escala Frontal Izquierda incluye ítems que examinan la fluidez y articulación del lenguaje expresivo, el período de latencia de respuestas orales, las habilidades de abstracción, y la memoria verbal de plazo intermedio. La escala Sensoriomotor Izquierda evalúa las habilidades motrices de la extremidades del lado derecho, incluyendo posiciones de la mano, coordinación de movimientos manuales y la calidad de dibujos, como también la integración de habilidades motrices y rítmicas, habilidades visuales y verbales al nombrar objetos, y la percepción espacial por medio del tacto; algunas de las tareas en esta escala requieren flexibilidad mental y la habilidad de construir y ordenar cosas visualmente. Los ítems de la escala Temporal Izquierda incluyen el uso de gramática, la memoria verbal, y la discriminación fonética, al igual que habilidades motrices, rítmicas, y de análisis visual. La escala Parietal-Occipital Izquierda tiene ítems que combinan habilidades verbales y visuales, como la lectura de palabras y párrafos, la representación visual de letras en palabras, la discriminación visual, y la capacidad de nombrar lo que se ve; otros ítems en esta escala examinan la percepción visual-espacial, la memoria ver-

bal inmediata, la formación de conceptos y la posición de las manos.

La escala Frontal Derecha contiene ítems que ponen énfasis en la velocidad y coordinación de movimientos, el ritmo, la percepción visual-espacial y la posición de las manos. La escala Sensoriomotor Derecha incluye habilidades motrices y la colocación de las extremidades izquierdas, como también la construcción visual de material presentado verbalmente, algunos ítems rítmicos, y la percepción espacial de la extremidades izquierdas. La escala Temporal Derecha tiene ítems que concierne principalmente a las tareas verbales ayudadas por la imaginación visual, el análisis visual, y el sentido de ritmo, como por ejemplo la reconstrucción de oraciones hechas de palabras mezcladas y la memorización de oraciones cuyo contenido es fácil de imaginar visualmente; algunos ítems motrices, táctiles, visuales-espaciales, y de formación de conceptos también le pertenecen a esta escala. Finalmente, la escala Parietal-Occipital contiene ítems concernientes a habilidades motrices, táctiles, espaciales y cinestésicas de las extremidades del lado izquierdo y a habilidades involucradas en la percepción visual-espacial, en la identificación de partes del cuerpo en grabados y en la discriminación visual; esta escala también examina algunas habilidades rítmicas y operaciones aritméticas.

Las escalas de localización han demostrado ser muy útiles con lesiones que tienen un foco limitado y que suceden en uno solo de los hemisferios cerebrales. Las configuraciones obtenidas con pacientes de cada grupo de lesiones localizadas a través de varias investigaciones son muy semejantes. El trabajo de validación cruzada (Golden y col., 1981 a) de estas escalas dio como resultado un 74 por ciento de casos localizados correctamente por medio de la escala de localización más elevada, usando como criterio la documentación externa de lesiones en áreas limitadas. Estas escalas lograron localizar el cuadrante de la lesión correctamente en 84% de los casos. A pesar de estos resultados, se recomienda que estas escalas se usen con cautela pues hay muchos factores —como por ejemplo el compromiso de zonas debajo de la corteza o de más de una zona del encéfalo o la agudeza de una lesión— que no

permiten una interpretación simple de ninguna de estas medidas.

ESTUDIOS DE LA CONFIABILIDAD DE LA BATERIA

Se han hecho varios estudios de la fiabilidad de la BNLN. Golden, Hammeke y Purisch (1978) reportaron una serie de cinco sujetos que fueron examinados y calificados simultáneamente por dos investigadores para determinar la constancia de las puntuaciones obtenidas por diversos examinadores. Este trabajo incluyó 1,425 comparaciones entre ítems calificados por cada uno, de las cuales estuvieron de acuerdo en más de 95% de los casos. Cuando ocurrieron diferencias entre los dos, las diferencias nunca fueron de más de un punto. Bach y sus colegas (1981) han vuelto a investigar la constancia entre calificadores bajo condiciones diseñadas para ampliar la variación entre ellos, y han llegado a la conclusión de que aún bajo estas circunstancias la BNLN es suficientemente confiable con respecto a esta dimensión.

Golden, Fross y Graber (1981) examinaron la confiabilidad de la batería usando el método de división en dos mitades más adecuado para un test de este tipo, que es el de separación de ítems pares e impares. La muestra que usaron en este trabajo consistió de 74 sujetos como grupo de control, 83 pacientes psiquiátricos, y 181 pacientes con diversos problemas neurológicos. Las correlaciones de las dos mitades fluctuaron entre .89 (Memoria) y .95 (Lectura) y fueron todas muy significativas. Se debe recalcar, sin embargo, que con una muestra más homogénea las correlaciones hubieran sido más bajas.

Golden, Berg y Graber (en prensa) estudiaron la confiabilidad de las 14 escalas básicas originales de la BNLN por el método de retest. La muestra para esta investigación consistió exclusivamente de pacientes con lesiones crónicas y estables y con calificaciones alrededor de la mitad del área de dispersión, debido a que el test es de escasa dificultad y también porque muchos problemas neurológicos son de naturaleza aguda y muchas veces evolucionan rápidamente. Veintisiete de estos pacientes fueron examinados con un intervalo pro-

medio de 167 días entre el primer examen y el segundo. Los coeficientes de confiabilidad más bajos ocurrieron en las escalas de Funciones Táctiles. (.78) y del Hemisferio Derecho (.77), mientras que para las otras escalas la dispersión de coeficientes abarcó desde .84 (Memoria) hasta .96 (Aritmética). El coeficiente promedio de confiabilidad de retest fue .88 y la diferencia promedio entre la media aritmética de las calificaciones en los dos tests fue de un solo punto. Este trabajo incluyó solamente las 11 escalas clínicas originales y las otras tres escalas básicas (la Patognomónica y las de los dos hemisferios).

Plaisted y Golden (1981) duplicaron la investigación de Golden, Berg y Graber (en prensa) y obtuvieron coeficientes de confiabilidad de retest muy semejantes, usando las 14 escalas con un grupo mixto de 30 pacientes psiquiátricos. Los pacientes tomaron la batería con un intervalo promedio de 8.1 meses entre la primera y la segunda vez. Plaisted y Golden también calcularon la confiabilidad de retest de las ocho escalas de localización y de las 30 escalas de factores. Los valores límites de los coeficientes para las escalas de localización fueron de .78 a .95, con un coeficiente promedio de .89. Los de las 30 escalas de factores tuvieron una dispersión de .01 a .96, con un promedio de .75.

ESTUDIOS DE LA VALIDEZ DE LA BATERIA

Aparte del estudio de las correlaciones entre las escalas y los ítems (Golden, Fross y Graber, 1981) y los estudios mencionados a propósito del desarrollo de las escalas de localización y las escalas de factores (Golden y col., 1981 a; McKay y Golden, 1979; McKay y Golden, 1981) han habido varias otras investigaciones de la validez de la BNLN. La primera investigación fue conducida por Golden, Hammeke y Purisch (1978) y evaluó la eficacia de cada ítem para el diagnóstico, usando a 50 sujetos de control y 50 pacientes neurológicos. De los 285 ítems que fueron seleccionados originalmente para formar la batería, 253 diferenciaron entre los dos grupos al nivel de probabilidad de .05, 16 diferenciaron al nivel de .20 y 16 no diferenciaron entre los grupos a un

nivel suficiente. Estos últimos ítems fueron descartados, reduciéndose la batería a su presente tamaño de 269 ítems.

Hammeke, Golden y Purisch (1978) volvieron a analizar los datos de los mismos sujetos del trabajo anterior y añadieron más sujetos. Utilizando los puntos de separación óptimos para cada escala ellos obtuvieron clasificaciones correctas que abarcaron desde 74 por ciento (Lenguaje Expresivo) hasta 96% (Memoria) de los casos para el grupo de control y de 66% (Ritmo) a 86% (Lenguaje Expresivo) de los casos para los pacientes. Además se hizo un análisis discriminatorio para comprobar la eficacia de todas las escalas clínicas básicas; este análisis resultó en clasificaciones acertadas de 100 por ciento para el grupo de control y de 86% para los pacientes. Moses y Golden (1979) han duplicado esta investigación con otros 50 probandos de control y otros 50 pacientes neurológicos. Este último trabajo tuvo resultados muy semejantes con las escalas clínicas y produjo clasificaciones correctas en 98 y 88 por ciento de los casos para el grupo de control de pacientes, respectivamente.

En una investigación diseñada para evaluar la eficacia de la BNLN con pacientes con lesiones de escasa gravedad, Malloy y Webster (1981) usaron 36 pacientes seleccionados porque no exhibían síntomas obvios de problemas neurológicos, como hemiparesia. Ellos encontraron que el índice total de clasificaciones correctas fue 80 por ciento y juzgaron que este resultado fue excelente considerando que la muestra constó estrictamente de casos que suelen ser dilemas para el diagnóstico.

Otro tipo de investigaciones que están procediendo con rapidez son las comparaciones entre la BNLN y otros tests psicológicos conocidos, especialmente aquellos que se usan en la evaluación neuropsicológica. Dos de estos trabajos compararon la eficacia diagnóstica de la Batería Neuropsicológica Halstead-Reitan y la BNLN. En una de las investigaciones Golden y sus colegas (1981 b) utilizaron una muestra de 48 sujetos con daño cerebral y 60 sujetos de control y obtuvieron porcentajes de clasificaciones correctas de 86% con la batería Halstead-Reitan y de 88% con la BNLN; los resultados de los índices de las dos baterías estuvieron completamente de acuerdo en 96 de los 108 casos (89%). En el otro trabajo Goldstein y

Shelly (en prensa) usaron una muestra de 137 pacientes neuropsiquiátricos que habían sido sometidos a ambas baterías. Las correlaciones entre los índices derivados de la BNLN y de la Halstead-Reitan fluctuaron entre .60 y .96.

Otras investigaciones (McKay y col., 1981; Prifitera y Ryan, 1981) han demostrado un grado de correlación alto entre los cocientes de inteligencia de la escala para adultos de Wechsler (WAIS) y la escala de Procesos Intelectuales de la BNLN. Sobre la base de estos estudios se han desarrollado, con bastante éxito, fórmulas que permiten calcular aproximadamente los cocientes de inteligencia del WAIS usando los resultados de la BNLN.

Finalmente, han habido muchos trabajos de investigación que ratifican la validez de la BNLN en cuanto a comparaciones con criterios de medidas físicas. Los más sobresalientes de estos trabajos son una serie de estudios (por ejemplo, Golden y col., 1980) que demuestran que los déficits obtenidos con la BNLN están altamente correlacionados con la dilatación de los ventrículos del encéfalo y la pérdida de densidad del cerebro que ocurren en esquizofrénicos. Varios otros estudios han sido publicados que parecen confirmar la capacidad de la BNLN para definir y clarificar déficits asociados con varios problemas que afectan el sistema nervioso central como el alcoholismo, la corea de Huntington, la esclerosis múltiple, y el envejecimiento. Muchas más investigaciones de este tipo están actualmente en preparación.

AVANCES ADICIONALES

Además de las escalas clínicas originales y las nuevas escalas de factores y de localización que han sido descritas, la BNLN permite el análisis detallado de la configuración específica de fallas y éxitos del sujeto. En realidad el análisis de los ítems a través de las diferentes escalas no es simplemente deseable, sino que es necesario, para extraer el máximo de información de un protocolo de la BNLN. Golden y sus colegas (1982) han completado un libro

titulado *Item Interpretation of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery* que trata de este tema en detalle. Aparte de esto, aunque los ítems se califican cuantitativamente en una sola dimensión, se recomienda que el examinador observe y note los aspectos cualitativos del desempeño del probando. Estas observaciones cualitativas añaden información valiosa a la interpretación de las configuraciones de déficits y necesitan ser investigadas más.

Para ayudar a juzgar la importancia de las desviaciones en los valores de puntuación totales de las escalas clínicas, se ha añadido un refinamiento que permite tomar en cuenta la edad y la educación del probando. Estas dos variables son significativas porque tienen una correlación alta con el desempeño de los sujetos. Una fórmula derivada empíricamente (Golden y col., 1981 c) permite que se calcule el nivel crítico para cada sujeto, de acuerdo a su edad y educación, en vez de usar el mismo nivel crítico promedio para todos los que son sometidos al test.

La BNLN ha existido por un período relativamente breve y sin embargo ha engendrado muchos trabajos de investigación, y también polémicas, en el campo de la evaluación neuropsicológica en los Estados Unidos. También durante este período se ha convertido en uno de los instrumentos estandarizados y comprensivos usados con más frecuencia para evaluar el funcionamiento del cerebro. Por ahora la batería existe solo en su versión original en inglés, que es para individuos mayores de 12 años. Sin embargo, una versión paralela y una versión para niños de 8 a 12 años han sido desarrolladas y estarán listas pronto. Varias personas también están tratando de adaptar la batería al castellano y a otros idiomas.

Aunque los límites de espacio solo permiten una breve exposición de la BNLN en el presente trabajo, esperamos poder continuar esta presentación con otras, en una serie que abarque diversos aspectos de este instrumento. En especial, esperamos presentar el resumen de nuevos trabajos de investigación como también explicaciones más detalladas de estrategias para la interpretación de los resultados de la batería.

REFERENCIAS

- Bach, P.J., Harowski, K., Kirby, K., Peterson, P., y Schulein, M. The interrater reliability of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Clinical Neuropsychology*, 1981, 3: 19-21.
- Benton, A.L. Psychological tests for brain damage. En: Freedman, H.L., Kaplan, H., y Sadock, B.J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2). Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
- Christensen, A.L. *Luria's neuropsychological evaluation*. New York: Spectrum, 1975. (a)
- Christensen, A.L. *Luria's neuropsychological evaluation: Manual*. New York: Spectrum, 1975. (b)
- Christensen, A.L. *Luria's neuropsychological evaluation: Text*. New York: Spectrum, 1975. (c)
- Golden, C.J. *Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology* (2ª ed.). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1981.
- Golden, C.J., Hammeke, T.A., y Purisch, A.D. Diagnostic validity of a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46: 1258-1265.
- Golden, C.J., Hammeke T.A., y Purisch, A.D. *The Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Manual* (Revised). Los Angeles, Calif.: Western Psychological Services, 1980.
- Golden, C.J., Fross, K.H., y Graber, B. Split-half reliability and item-scale consistency of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 304-305.
- Golden, C.J., Berg, R., y Graber, B. Test-retest reliability of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, en prensa.
- Golden, C.J., y col. Differentiation of chronic schizophrenics with and without ventricular enlargement by the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *International Journal of Neuroscience*, 1980, 11: 131-138.
- Golden, C.J., y col. Cross-validation of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery for the presence, lateralization, and localization of brain damage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 491-507. (a)
- Golden, C.J., y col. Relationship of the Halstead-Reitan Neuropsychological Battery to the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 410-417. (b)
- Golden, C.J., y col. Objective clinical rules for interpreting the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Derivation, effectiveness, and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 616-618. (c)
- Golden, C.J., y col. *Item interpretation of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press, 1982.
- Goldstein, G., y Shelly, C. Psychometric relations between the Luria-Nebraska and Halstead-Reitan neuropsychological test batteries. *Clinical Neuropsychology*, en prensa.
- Hammeke T.A., Golden, C.J. y Purisch, A.D. A standardized, short, and comprehensive neuropsychological test battery based on the Luria Neuropsychological Evaluation. *International Journal of Neuroscience*, 1978, 8: 135-141.
- Lezak, M.D. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford, 1976.
- Luria, A.R. *Higher cortical functions in man*. New York: Basic Books, 1966.
- Luria, A.R. *The working brain*. New York: Basic Books, 1973.
- Malloy, P.F. y Webster, J.S. Detecting mild brain impairment using the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 768-770.
- McKay, S., y Golden, C.J. Empirical derivation of experimental scales for localizing brain lesions using the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Clinical Neuropsychology*, 1979, 1: 19-23.
- MacKay, S.E. y Golden, C.J. The assessment of specific neuropsychological skills using scales derived from factor analysis of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *International Journal of Neuroscience*, 1981, 4: 189-204.
- McKay, S.E., y col. Correlation of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery with the WAIS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 940-946.
- Moses, J.A. y Golden, C.J. Cross validation of the discriminative effectiveness of the standardized Luria neuropsychological battery. *Internacional Journal of Neuroscience*, 1979, 9: 149-155.
- Plaisted, J.R. y Golden, C.J. *Test-retest reliability of the clinical, factor, and localization scales of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery*. Trabajo presentado en la reunión de la National Academy of Neuropsychologists, Orlando, Florida, octubre, 1981.
- Prifitera, A. y Ryan, J.J. Validity of the Luria-Nebraska Intellectual Processes Scale as a measure of adult intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 755-756.
- Reitan, R.M. Investigation of the validity of Halstead's measures of biological intelligence. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1955, 73, 28-32.
- Reitan, R.M. y Davison, L.A. *Clinical neuropsychology: Current status and application*. Washington: Winston, 1974.
- Smith, A. Neuropsychological testing in neurological disorders. *Advances in Neurology*, 1975, 7: 49-86.

Sigmund Freud: Su imagen del hombre*

HORST KÄCHELE**

RESUMEN

El presente trabajo intenta describir la evolución que sufre el modelo del hombre en la obra de S. Freud. Se analiza la poderosa influencia de la fisiología y del pensamiento organicista de la época representado por Helmholtz, Virchow, Charcot y otros en el origen y desarrollo inicial del psicoanálisis. Se destaca el lugar central que ocupa la "Interpretación de los Sueños" en la elaboración de un primer modelo sobre el hombre. Se revisan conceptos como "aparato psíquico", "complejo de Edipo", "pulsión", "fantasía", etc., desde una perspectiva biográfica intentando demostrar cierta linealidad en la evolución antropológica de la obra de S. Freud.

ABSTRACT

SIGMUND FREUD: HIS IMAGE OF MAN

The present paper describes the evolution of the model of man in the work of Sigmund Freud. The powerful influence of physiology and the organicist viewpoint of the times as represented by Helmholtz, Virchow, Charcot and others in the origin and initial development of Psychoanalysis is analyzed. The central importance of "The Interpretation of Dreams" in the elaboration of a first model of man is enhanced. Concepts such as "psychic apparatus", "Oedipus complex", "drive", "phantasies", etc., are reviewed from a biographic perspective demonstrating a certain linearity in the anthropological evolution of the work of Freud.

El Psicoanálisis sigue siendo hoy en día una de las escasas ciencias en las que el nombre del creador mantiene su vigencia e importancia a pesar del transcurso de los años. Quizás sea comparable al marxismo que, por intermedio del nombre, también honra la obra de un gran hombre del siglo pasado. El concepto de "Freudismo" quedó, sin embargo, limitado a ciertos círculos esotéricos franceses. Otro inte-

resante aspecto que tienen en común es la gran intensidad de las discusiones sobre sus ventajas y desventajas, que en ambos casos no revela tendencias a disminuir. Las teorías de Freud fuerzan a la adopción de una posición, conducen a un enrolamiento partidista difícilmente distinguible de un enrolamiento político, o bien, lo que es peor, conducen a un tipo de sustitución religiosa.

Sin embargo, debemos considerar que la mayor parte del conocimiento antropológico aportado por Freud corresponde hoy en día a un bien común, casi a un lugar común. Freud, comparado internacionalmente, es el autor más frecuentemente citado en la literatura

*Traducido del alemán por Andrés Heerlein. Casilla 137-D, Unidad de Psicofisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Unidad de Psicoterapia (dir. Prof. Dr. H. Thomä). Universidad de Ulm, Alemania Federal.

psicológica. Nuestro siglo 20 nació y creció junto con el psicoanálisis ya que la primera publicación, con la que Freud mismo inscribe la fecha de nacimiento del psicoanálisis, fue su trascendental obra sobre la interpretación de los sueños, que apareciera en Viena en noviembre de 1899.

Mis experiencias personales con el nombre de Freud y su obra también se encuentran ligadas en un comienzo a "La Interpretación de los Sueños". En ciertos círculos del colegio la lectura de Freud era considerada como una gracia muy particular, especialmente si se tiene en cuenta que en 1961 y 1962 ni los programas de estudio de religión ni los de alemán contemplaban el nombre de Freud. Hoy en día, habiendo pasado 20 años, esta situación quizás sea diferente. En aquella época aprovechábamos las conversaciones de los recreos para descubrir el surrealismo, el simbolismo freudiano y el maravilloso mundo de la lógica simbólica, adecuado naturalmente a nuestro modesto nivel escolar.

En la presentación de esta conferencia me ha preocupado principalmente la detección de aspectos importantes de la antropología freudiana con los cuales involuntariamente pudiera conducirnos a un alejamiento de la obra de Freud. Porque, como Uds., saben, el psicoanálisis simultáneamente es reconocido y criticado. Ha compartido en muchos aspectos el destino de ideas e impulsos revolucionarios, cayendo frecuentemente en el colador de los procedimientos científicos y sufriendo además un desgaste propio a su incorporación al lenguaje cotidiano. Como método terapéutico, sin embargo, la psicoterapia psicoanalítica ha encontrado en los últimos años una excelente acogida en el sistema social de salud de Alemania Federal, sirviendo cada vez menos como medio para escandalizar a la burguesía. Caben entonces las preguntas: ¿por qué tener que separarse de Freud?, ¿por qué tener que examinar críticamente su imagen del hombre?

Gustav Bally, con motivo de las conferencias de Frankfurt para el centenario del natalicio de Freud, decidió ignorar esta pregunta formulando simultáneamente la sugerencia que el comprender a Freud sólo puede significar ir más allá de él. El esqueleto antropológico freudiano debería estimularnos en la acep-

tación consciente de nuestro propio esquema, consciente y no inconsciente ni preconsciente. Así, llegamos lentamente al centro de la metapsicología freudiana, es decir, al descubrimiento de aquellas ilustraciones verbales con las que Freud trabajó y las que, en su mayor parte, hubo de crear primero.

Tras algunas especulaciones filosóficas intelectualmente hermosas Freud decide, a los 16 años, iniciar la carrera de jurista, ya que en aquella época era la única en la que un judío podía llegar a tener éxito. Sin embargo, un año más tarde le escribe a un amigo de su infancia —aparentemente tras escuchar un fragmento de "La naturaleza" de Goethe— lo siguiente: "He decidido ser un investigador en ciencias naturales. Tomaré el conocimiento de las milenarias actas de la naturaleza, intentaré espiar su eterno proceso y compartiré mis descubrimientos con todo aquel que desee aprender". La elección del estudio de medicina difícilmente pudo deberse a motivos caritativos. Como lo demuestra Ronald Clark en su biografía sobre Freud, éste estaba en la búsqueda de un campo en que pudiera rendir con gran distinción. Esta seguridad de éxito lo acompañó desde un principio, sintiendo que "el manto de liderazgo estaba hecho a su medida" (Clark 1981, pág. 43). En las ciencias naturales las ruidosas divergencias en torno a la enseñanza de Darwin lo atraía fuertemente. Comenzó su estudio de medicina con estudios intensivos en zoología e histología del sistema nervioso para recibir luego, en el laboratorio fisiológico de Brücke, una decisiva formación en filosofía natural según la escuela de Helmholtz. La posición central en el pensamiento antropológico de Freud, la idea del homonatura, probablemente comenzó a dibujarse en forma definitiva en esos años, junto a su maestro Brücke, el Helmholtz de la fisiología. Tras casi 6 años de trabajo en el laboratorio, decidió, más bien por razones prácticas y económicas, cambiar la fisiología por la clínica, dedicándose a la neurología. Con 29 años obtuvo la habilitación docente en neuropatología. En los siguientes 10 años, Freud se fue labrando lenta pero pertinazmente un prestigio como experto en el campo de la neurología infantil; sus monografías sobre parálisis espinal recibieron reconocimiento generalizado. Menos suerte tuvo con una revisión crítica

sobre "El Estado de la Investigación de las Afasias", en la que utilizó descuidadamente las teorías de localización de sus profesores Meynert y Wernicke. Al estudiar retrospectivamente la obra de Freud se vislumbra aquí un período en el que se inicia la emancipación frente a la perspectiva mecanicista de la escuela de Helmholtz y el nacimiento del futuro esquema explicativo funcional. Cuatro años después Freud resume en un primer postulado público un proyecto psicológico que deja entrever el intento de abarcar en un modelo somático el conocimiento sobre los dinamisismos psíquicos recientemente adquiridos en el estudio de la histeria.

El propósito de este proyecto es poder brindar una psicología biológica, quiere decir, representar estados psíquicos en estados cuantitativos determinados por estructuras orgánicas demostrables (1895, 1952, pág. 380). Cinco años más tarde con la "Interpretación de los Sueños" Freud abandona la idea de un aparato psíquico sólidamente anclado en un sustrato orgánico, manteniendo sin embargo, en su modelo, las características esenciales del pensamiento organicista que, gracias a Virchow, dominara la medicina de aquella época. Para este pensamiento la psiquis es un órgano, pudiendo así tener libre acceso a la comprensión de las enfermedades psíquicas.

La relativa minuciosidad con la que intento esbozar este desarrollo debe dejar en claro, desde un comienzo, que Freud creyó poder lograr personalmente un paso desde la fisiología a la psicología sin un cambio en su estructura de pensamiento. El se veía a sí mismo como un científico natural, permaneciendo por largo tiempo en los estandartes de los psicoanalistas la obligación de defender al psicoanálisis como ciencia natural de lo psíquico.

El "aparato psíquico" esbozado por Freud en el 7º capítulo del libro sobre la Interpretación de los Sueños describe a las correntosas y multifacéticas fuerzas impulsivas en términos físicos, en conceptualizaciones de energía psíquica disponible y cuantificable y en distribuciones económicas intercambiables.

Sin embargo, una impresión sobre Freud como un pensador materialista es absolutamente equivocada. El aparato psíquico para él es el constructo que se extiende entre el sustrato corporal de la vida psíquica, e.d., el cere-

bro, y la conciencia, permitiendo así el reino de lo inconsciente.

Cuando Freud afirma en su "Esquema del psicoanálisis" haber llegado a través del estudio del desarrollo individual del ser humano al conocimiento del aparato psíquico no estamos obligados a seguirle en este punto. Aquí Freud sucumbe ante una teoría del conocimiento ingenua, como si a través de ésta pudiera lograr la justificación de tan audaz constructo. La fundamentación de semejante constructo se encuentra más bien en la necesidad de aclarar algo que escapa al dominio de una psicología orientada hacia lo consciente.

Sobre esto, Freud (1938), poco antes de su muerte:

"Muchos, situados tanto dentro de la ciencia como fuera de ella, se conforman con adoptar el supuesto de que la conciencia es, sólo ella, lo psíquico, y entonces en la psicología no resta por hacer más que distinguir en el interior de la fenomenología psíquica entre percepciones, sentimientos, procesos cognitivos y actos de voluntad. Ahora bien, hay general acuerdo en que estos procesos conscientes no forman unas series sin lagunas, cerradas en sí mismas, de suerte que no habría otro expediente que adoptar el supuesto de unos procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico, a las que parece preciso atribuir una perfección mayor que a las series píquicas, pues algunos de ellos tienen procesos conscientes paralelos y otros no. Esto sugiere de una manera natural poner el acento, en psicología, sobre estos procesos somáticos, reconocer lo psíquico genuino en ellos y buscar una apreciación diversa para los procesos conscientes. Esto es lo que debe hacer el psicoanálisis... Declara que esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia... Mientras que la psicología de la conciencia nunca salió de aquellas series lagunosas, que evidentemente dependen de otra cosa, la concepción según la cual lo psíquico es en sí inconsciente permite configurar la psicología como una ciencia natural entre las otras". (G.W. XVII, pág. 79, Edición Alemana, tomado de O.C. en español, Vol. XXIII, pág. 155-56).

Uno llega casi a sentir junto con Freud la

gran satisfacción experimentada al concluir su obra, satisfacción debida, por un lado, al hecho de haber ideado algo completamente nuevo y por el otro, al hecho de saberlo perteneciente al campo de las ciencias naturales.

A estas estimulantes pero áridas reflexiones sobre el aparato psíquico y su naturaleza se les debe reconocer la gran ayuda que han brindado a ampliar el conocimiento sobre el ser humano, poniendo, de acuerdo con Hans Kunz, al psicoanálisis en el primer lugar de la lista de las disciplinas interesadas en enriquecer el conocimiento antropológico en el último siglo (pág. 95, 1975). Sin embargo, durante su desarrollo hubo de incluir en forma importante aquella experiencia clínica a la que dedicaré unas pocas palabras ahora. Ambas cosas tienen en común una fusión diferente, un cambio en la perspectiva del observador. Ante la necesidad de asegurar ciertos ingresos económicos Freud tuvo que abrir una consulta de neuropsiquiatría, donde hubo de enfrentarse a aquel tipo de pacientes sobre los cuales ya 10 años antes había discutido con Joseph Breuer durante el tratamiento que éste realizaba con Ana O (hoy identificada como Berta Papenheim).

Freud había estudiado con Charcot en París y con Bernheim en Nancy las limitadas posibilidades que brinda la hipnosis en el tratamiento de los trastornos funcionales del Sistema Nervioso Central, comprendiendo simultáneamente que la solución del problema de la histeria podía ser la llave maestra para una futura secuencia de descubrimientos.

Desde un punto de vista metódico, la profunda observación clínica de la situación médico-paciente efectuada por Freud debe ser considerada como una innovación decididamente fundamental. Con ello se amplió precisamente aquel campo del conocimiento psicológico que no podría haber surgido ni en el laboratorio de Wundt ni en el escritorio de los filósofos psicólogos à la Brentano, es decir, el campo de la vida cotidiana. Antes de Freud no parece haber existido algo así como una "Psicopatología de la vida cotidiana" por lo que intentaremos brevemente exponer esta "vida cotidiana" que sirvió a Freud en el desarrollo de su nueva psicología. "El presidente de la Cámara austro-húngara abrió un día la sesión con las siguientes palabras: "Señores

diputados: hecho el recuento de los presentes y habiendo suficiente número se levanta la sesión". Podríamos explicar este lapsus linguae como consecuencia de la fatiga, etc. El problema es cuán satisfactoria es esa explicación". Freud introdujo así un cierto determinismo sin sentido, pudiendo así enfrentar estos ejemplos con la siguiente pregunta: ¿Qué conflicto puede estar determinando este lapsus linguae? Esta novedosa idea de tratar inmediatamente los síntomas clínicos y los actos fallidos de la vida cotidiana como deficiencias de la capacidad de verbalización o acción dio como resultado la abolición de la principal barrera entre normalidad y enfermedad. De esta forma, no resulta casual que con la aparición de la "Interpretación de los Sueños" el método psicoanalítico encuentre mejor acogida en un círculo más amplio. Esto se debe a que en el trato cotidiano con los sueños aparece el problema central de la tensión normalidad-anormalidad que a todos, de alguna forma, nos atañe, y que ha sido elaborado en forma muy específica en las diferentes culturas. En el ejemplo de la producción onírica Freud desarrolló tanto su modelo para el complejo proceso del soñar por sí sola una labor merecedora de un premio Nobel como también las ideas fundamentales para todos los subsiguientes actos sintomáticos. De igual forma, una discrepancia crítica con el psicoanálisis puede encontrar el mejor apoyo en la elaboración de los problemas relacionados con la psicología del soñar y la interpretación de los sueños. Habiendo transcurrido 80 años desde la aparición de la "Interpretación de los Sueños" sabemos bastante más sobre la fisiología del dormir y el soñar; lamentablemente no ha ocurrido igual cosa con la psicología del fenómeno onírico, que ha experimentado escasos avances desde la edición de dicha obra. La "Interpretación de los Sueños" permitió a Freud dar mayor extensión a conceptos psicológicos sobre la neurosis enunciados previamente en el "Estudio sobre la Histeria" (1895) dirigiéndolos hacia una psicología general del inconsciente. Por medio de la "Interpretación de los Sueños" el clínico Freud se transforma en el psicólogo y luego, con cierta aversión, en el teórico cultural y filósofo.

En la psicología del sueño freudiana se deben distinguir las siguientes premisas:

1. Los sueños son formaciones psíquicas que poseen sentido.
2. La función del sueño tiene una tarea adaptativa, correctiva y necesaria para el control y manejo de la realidad.
3. Los sueños revelan que estamos llenos de deseos que no siempre son reconocidos por nuestra autoimagen consciente.

Las afirmaciones más específicas, tan importantes en su obra, relacionadas con el concepto de que cada sueño es un intento de satisfacción de un deseo infantil han dado lugar en la actualidad a diferentes valoraciones. Esta hipótesis del deseo infantil que se satisface a través del sueño permite modificarse sin mayores problemas en una hipótesis general de satisfacción de deseos, sin que por ello se vea amenazada la teoría de los sueños.

Ahora bien, desde un punto de vista histórico debemos agradecer a los estudios efectuados por Freud sobre los relatos de sus pacientes histéricos y al análisis de sus propios sueños el descubrimiento de la primera infancia con su naturaleza poco inocente. El 6 de abril de 1897 le escribe a Wilhelm Fliess, su único confidente en aquella época y con quien sostuvo un fecundo intercambio de cartas, lo siguiente:

“La pieza que me faltaba para resolver el rompecabezas de la histeria la encontré ahora al descubrir una fuente de la cual emana un nuevo elemento de la producción inconsciente. Me refiero a las fantasías histéricas, que, como ahora advierto, arrancan invariablemente de cosas que los niños oyeron en la primerísima infancia y que sólo más tarde llegaron a comprender”.

Poco tiempo después encontramos la primera mención del complejo de Edipo en algunas notas adjuntadas a otra carta a Fliess: “Los impulsos hostiles contra los padres (el deseo de que mueran) constituyen también elementos integrantes de las neurosis... Parecería que este deseo de muerte se dirige en los hijos, contra el padre, y en las hijas contra la madre”.

(Manuscrito N adjunto a carta del 31.05.82).

El mismo año le escribe a Fliess: “También en mí comprobé el amor por la madre y los celos contra el padre, al punto que lo considero ahora como un fenómeno general de la

temprana infancia... Si es así, se comprende el apasionante hechizo del Edipo Rey... Cada uno de los espectadores fue una vez en germen y en su fantasía un Edipo semejante...” (Carta del 15.10.1897).

Con este descubrimiento se iniciaba un nuevo esquema en la visión psicoanalítica del hombre, superando la sola aceptación de procesos inconscientes y desplazando el centro de gravedad hacia las experiencias satisfactorias y frustrantes que se acuñaron durante la primera infancia.

En 1905, a través de la publicación de “Tres ensayos sobre la teoría sexual”, Freud da el primer paso en un difícil camino que tiene como consecuencia la ampliación de su concepto de sexualidad. En lugar de referirse solamente a la sexualidad genital Freud decidió incluir en el concepto de sexualidad prácticamente a todas las pulsiones del niño que no estuvieran al servicio de las pulsiones de autoconservación. La observación clínica de que la inhibición de la sexualidad genital permitía el resurgimiento de otros deseos pulsionales y que éstos podían, ocupando el lugar del prohibido, desarrollarse sin limitaciones, fue determinante en esa decisión. Su pensamiento evolucionista y biológico influido por Darwin condujo simultáneamente a que cada una de las fases del desarrollo debían brindar su contribución específica al que posteriormente constituya el cuadro completo de la sexualidad. El denominador común para una acción especulativa tan grande fue la introducción del concepto de libido, al que le suscribió un desarrollo sistemático con distintas fases y con distintas regiones corporales relacionadas con estas fases. En estos ensayos Freud se manifestó decididamente en favor del reconocimiento de un desarrollo sexual de la infancia y de la pubertad, encontrando así una buena acogida entre los investigadores en sexología. No ocurrió lo mismo con otros contemporáneos, cuya crítica sobre una excesiva sexualización se mantiene hasta el día de hoy. Una observación más acuciosa permite ver que Freud ocupó innecesariamente el concepto sexual en lugar de ocupar un concepto más generalizado sobre placer y satisfacción; la succión del lactante debería poder denominarse sin problemas, como “llena de placer” y muchas experiencias infantiles de satisfacción deben encontrarse

en las primarias y estrechas relaciones entre los padres y el niño. Tampoco tenemos dudas que en los neuróticos se encuentran suficientes ejemplos de sexualizaciones regresivas.

Retrospectivamente podemos afirmar junto a Erik Erikson (1957, pág. 22): "Alguna vez tenía que llegar un hombre que sostuviera que los estudios sobre la conducta humana y sus motivaciones se verían quizás más favorecidos exagerando el uso de términos sexuales que inhibiéndolo, pudiendo posteriormente modificar con cierta cautela la hipótesis planteada".

Si la concepción de una o más pulsiones sexuales suscritas a un desarrollo biográfico, transformacional y sublimatorio entendida en conjunto como regresiva y cambiante, constituía una operación técnica con gran significación clínica y determinante en el accionar clínico de cada psicoanalista, entonces el desarrollo ulterior del concepto de pulsión en la filosofía de Freud conducía a una temática filosófico-especulativa.

La confrontación original entre pulsiones de autoconservación como hambre y sed y las pulsiones sexuales, podía dar lugar a afirmaciones antropológicas relevantes en relación al significado del concepto de pulsión para el desarrollo del ser humano. Así, pues, las pulsiones de autoconservación revelan, comparadas con las plásticas mutuamente reemplazables y postergables pulsiones sexuales, una naturaleza imperativa, biológicamente condicionada, cuya no satisfacción conduce ineludiblemente a la muerte. Con las pulsiones sexuales ocurre sin embargo, algo muy distinto. Su característica de no disponer o de disponer sólo en principio de una conducta biológicamente determinada y preprogramada hace del hombre un animal no comprometido (ligado); en lugar de hablar de instinto se habla de pulsión, que es la representación psíquica de los estímulos provenientes del cuerpo que llegan a la mente y que representan una medida de los requerimientos de trabajo al que se encuentra sometido lo psíquico en virtud de su relación con lo somático (Freud 1915 pág. 214). De esta forma la pulsión no constituye un concepto somático; no se remite únicamente a procesos hormonales sino que se constituye en el representante de los procesos corporales en el aparato psíquico, representando así un fenómeno

exquisitamente subjetivo y determinado sólo individualmente. En este punto de la formación de la teoría freudiana se demuestra en forma altamente específica el ensamblamiento de lo biológico y lo psicológico. Aquí se encumbra en el plano teórico lo que en la labor clínica también es central, es decir, la objetivización sistemática de la subjetividad. El concepto psicoanalítico de pulsión es fácil de mal entender cuando se le priva de sus fundamentos clínicos.

En todo caso en la obra de Freud no quedó muy claro el que definieran los requerimientos de trabajo impuestos por la pulsión a lo psíquico más bien en términos económicos-reductivos en lugar de definirlos como formas expresivas concretamente motivacionales. Sin duda los deseos tienen un lado cuantitativo, pudiendo ser más o menos intensos, pero se encuentran determinados principalmente por sus contenidos, por su semántica. Podrían aproximarse aún más a nuestra capacidad de comprensión reemplazando la palabra "pulsión" o "deseo" por la palabra "fantasía". Fantasía en contraposición a la realidad. En una época en que el desear aún ayudaba, todos fantaseábamos, todos practicamos satisfacción de deseos en forma alucinatoria. Freud desarrolló la dinámica del desarrollo píquico a partir de la tensión existente entre la satisfacción y la frustración del deseo. Mientras se están satisfaciendo deseos no ocurre nada más allá de una cíclica y reiterativa secuencia de incremento de tensión y reducción de tensión. Deseos no satisfechos o imposibles de satisfacer conducen así ya sea a la aplicación del principio de realidad, que implica algo concreto, es decir, que quien desea debe preocuparse seriamente en modificar las condiciones que se oponen a la satisfacción de su deseo, o bien, conducen a una regresión al fantasear. "Estas fantasías" —citando a Freud en la Introducción al Psicoanálisis, en el año 1917— poseen una realidad psíquica, en contraposición a la material, y lentamente estamos comprendiendo que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la determinante" (O.C. XI, pág. 383).

En la visión freudiana del hombre, la regresión a la fantasía se valora, sin lugar a dudas, negativamente, constituyendo una evasión a la tendencia de transformar el mundo exte-

rior en función de las vivencias que satisfacen los deseos. Nos encontramos en un punto que permite comprender concretamente la convicción freudiana, que también es mi convicción personal. Las fantasías son para él equivalentes a un parque natural paradisíaco que pone término a las grandes necesidades de la vida. Vuelvo a citar: "Como sabemos el yo del ser humano, a través de la influencia de la necesidad externa, se va educando lentamente en la adecuada apreciación de la realidad y la obediencia al principio de realidad, debiendo renunciar temporal o completamente a distintos objetos y metas de su aspiración de placer, y no sólo de placer sexual. Pero la renuncia al placer siempre le ha sido difícil al hombre; nunca lo logra sin un cierto costo... En las fantasías el hombre sigue disfrutando de la independencia a la presión externa, a la que en realidad ha renunciado ya mucho tiempo antes" (p. 386).

Esta convicción tenía utilidad clínico-terapéutica. El neurótico sufre con sus recuerdos y está fijado (pegado) a sus fantasiosas satisfacciones, aunque estas sean, en la mayoría de los casos, inconscientes. En la búsqueda de una representación antropológica del hombre existe una imagen incorrecta. Nos encontramos ahora frente a la construcción del homo-natura que ya he mencionado y que muy pocos psicoanalistas deben compartir en la actualidad. La visión freudiana del hombre se encuentra sin embargo, profundamente embebida en escépticas valorizaciones de los sistemas de fantasías. Comenzó a funcionar adecuadamente cuando Freud fue alejándose progresivamente de la clínica para dedicarse al cuestionamiento teórico cultural. Siempre se supo que la cultura es un producto de la necesidad. Se originó recién después del pecado original, como consecuencia de la expulsión del paraíso. L. Marcuse, en su biografía sobre Freud señala que Freud se mueve, aquí, dentro de una tradición que ha realzado el rol creativo de la carencia. Pero Freud define la necesidad como la presión de satisfacción de pulsiones que no pueden satisfacerse. La cultura es una gran organización de satisfacciones sustitutivas. Lo que en cada paciente neurótico o psicótico era identificado clínicamente como cultura privada, fue extrapolado al análisis de toda la humanidad: "El principal

motor del desarrollo cultural del hombre, excluyendo algunos impulsos internos poco conocidos, ha sido su real necesidad del mundo exterior, que por un lado lo ha privado de una cómoda satisfacción de sus naturales demandas, y por otro, lo ha expuesto a grandes peligros de supervivencia. Esta no satisfacción lo condujo a un enfrentamiento con la realidad, obligándolo, en algunos casos, a adaptarse a ésta, o en otros, a dominarla. Simultáneamente se vio obligado a trabajar y a interactuar con sus semejantes, teniendo que renunciar así a numerosas pulsiones incompatibles con la vida en comunidad. Con el avance de la cultura fueron naciendo también las demandas de represión. La cultura está casi totalmente construida sobre una base de completa prescindencia de pulsiones, y cada individuo deberá repetir en su desarrollo personal el milenar proceso de la humanidad hacia una resignación comprendida" (G.W. XIII, pág. 429).

Sin entrar a continuación en un análisis detallado de estos postulados teórico-culturales básicos en la obra de Freud —lo que sin duda sería muy interesante si se tiene en cuenta la diferenciación freudiana entre desvíos normales y anormales, siendo la religión, la metafísica y la utopía política los desvíos declarados por él como perjudiciales, y el arte y la ciencia los desvíos considerados útiles y valiosos (esto requeriría de un discurso aparte) cabe en este lugar, hacer una síntesis crítica sobre la incapacidad de explicar satisfactoriamente la diferenciación de estos constructos humanos solamente a través de la sublimación. Porque, ¿cuáles son los impulsos, conflictos, desilusiones, etc., que en el artista o en el científico ponen en marcha y fomentan el proceso creativo? Al final, el único determinante es el talento, que lo capacita para la sublimación, e.d., la conversión de la energía pulsional en trabajo artístico. (Kuiper, 1966). Para Hans Kunz (1975) no existen razones para desconocer la validez de esto en todas las culturas y actividades culturales, desde la más rudimentaria construcción de instrumentos hasta las mayores creaciones humanas.

Jürgen Habermas introduce en este punto la idea de un Freud interesado en una organización corporal de tipo específico del hombre, bajo la categoría de excesos de impulsos y su

correspondiente canalización —el hombre como un animal inhibido en sus pulsiones y simultáneamente con capacidad de fantasear. Es por ello que para Habermas el problema antropológico básico en la obra de S. Freud es el de cómo el hombre desarrolló instituciones que posibilitan la justificación de este doble aspecto de exceso de impulso y fantasía. Por ello Freud se habría concentrado posteriormente en el origen de las bases motivacionales de la conducta comunicativa (1968, pág. 342). Así, regresamos lentamente del campo de los grandes problemas de la humanidad al problema diario de la práctica clínica. Como he intentado demostrar, el desarrollo científico de Freud se caracteriza por un intento de formulación de un modelo psicológico dentro del marco de las ciencias naturales. En este esfuerzo logró crear primero un modelo topográfico de la psiquis, un organon aristotélico. Al consciente se le agrega un inconsciente complementario. Posteriormente, en una revisión más amplia de este modelo de consciente e inconsciente se incluye una estructura de tres instancias. El aparato psíquico se encuentra determinado por las instancias del “yo” y del “ello”. La relación del “yo” con el “ello” es comparable a la del jinete que debe dominar la mayor fuerza del caballo pero con la diferencia que el jinete lo logra con sus propias fuerzas mientras el “yo” lo hace con fuerzas prestadas. Porque ahora el “yo” carga con las huellas de su biografía, con las derrotas de la obstinada dominación que en forma de “super yo” influyen sobre el “yo”. Este modelo tan complicado y lleno de detalles surgió, sin embargo, de una situación en la que dos personas conversaban entre sí, de una manera tal, que uno de los dos estaba posibilitado de hablar mientras que el otro le ayudaba a hacerlo, aunque sea guardando un oportuno silencio.

Con la creación de esta situación terapéutica Freud logró, por un lado, dar origen a las bases para completar aquellas observaciones que le sirvieran a él y a muchos psicoanalistas

tras él en la elaboración de una detallada biografía e historia del desarrollo psíquico individual. Por otro lado le permitió poner en duda el esquema técnico materialista de las ciencias médicas, que había puesto como condición imperativa de éxito la reducción de las personas a una corporalidad entendida sólo físicamente. En el proceso terapéutico el ser humano no sólo es tratado como un producto de sus relaciones y circunstancias sino que se le exhorta a verse como el generador y el administrador de su propia vida. En el lenguaje teórico esto se expresa por: “¿Donde existía ello debe existir yo!”. En el lenguaje terapéutico esto está sugerido por la antigua fórmula: “Conócete a tí mismo”. Los constructos de “yo” y “ello” surgieron de una interpretación de experiencias del analista con la resistencia del paciente a aceptar representaciones y sentimientos desagradables, dolorosos o vergonzosos. Una grave enfermedad humana, el amor propio, en la que el “yo” no sería dueño de su propia casa (1917, pág. 11), es a lo menos susceptible de ser reducida a través de la conversación terapéutica. El grado de dominación del “yo” consciente sobre su mundo inconsciente es siempre potencialmente mayor que lo que normalmente se debe aceptar.

Freud mismo fue un escéptico en lo que a una transformación fundamental en la constitución psíquica por medio de su método terapéutico se refiere. Así concluye en 1895 los estudios sobre la histeria: “Se habrá ganado mucho cuando se logre transformar el sufrimiento histérico en una desgracia común, contra la que el paciente, con una vida psíquica renovada, podrá defenderse mejor. Como buen Epicureo señalaba: “Los hombres ambicionan la felicidad, quieren ser felices y permanecer así”. Sobre la pregunta de un ser todopoderoso preocupándose de la felicidad de cada cual, Freud contestaba en forma firme y segura: “El propósito de que el hombre sea feliz no está contemplado en los planes de la creación”. Me permito agregar, sin embargo, que la felicidad puede ir trabajándose.

REFERENCIAS

- Bally, G. (1957): *Mensch und Welt in der Auffassung Sigmund Freuds*. In Th. Adorno und W. Dirks (Hrg.): *Freud in der Gegenwart*. Frankfurt (Europ. Verlagsanstalt).
- Bräutigam, W. (1974): *Anthropologie der Neurose* (unter Benützung von Franz Kafkas Brief an den Vater). In: Gadamer-Vogler (Hrg.): *Neue Anthropologie*, Band 6: *Philosophische Anthropologie*, S. 114-137. Stuttgart (Thieme).
- Clark, R.W. (1979): *Freud, the Man and his Cause*. London. Deutsche Ausgabe: Sigmund Freud. Frankfurt (Fischer), 1981.
- Erikson, E.H. (1957): *Sigmund Freuds psychoanalytische Krise*. In: T.W. Adorno und W. Dirks (Hrg.): *Freud in der Gegenwart*. Frankfurt (Europ. Verlagsanstalt).
- Freud, S. (1887-1902): *Aus den Anfängen der Psychoanalyse-Briefe an Wilhelm Fliess*. Frankfurt (Fischer), 1950.
- Freud, S. (1915): *Triebe und Triebchicksale*. Ges. Werke Band X. Frankfurt.
- Freud, S. (1916-1917): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Ges. Werke Band XI. Frankfurt.
- Freud, S. (1917): *Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse*. Ges. Werke Band XII. Frankfurt.
- Freud, S. (1928): *Kurzer Abriss der Psychoanalyse*. GW Band XIII, Frankfurt.
- Habermas, J. (1968): *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Hartmann, H. (1927): *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Leipzig (Georg Thieme).
- Kuiper, P.C. (1966): *Die Psychoanalytische Biographie der schöpferischen Persönlichkeit*. *Psyche* 20, S. 104.
- Kunz, H. (1975): *Die Erweiterung des Menschenbildes in der Psychoanalyse Sigmund Freuds*. In Gadamer-Vogler (Hrg.): *Neue Anthropologie*, Band 6: *Philosophische Anthropologie*. Stuttgart (Thieme), S. 44-113.
- Marcuse, H. (1965): *Triebstruktur und Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Marcuse, L. (1956): *Sigmund Freud. Sein Bild vom Menschen*. Hamburg (Rowohlt).

Diálogo sobre el significado de la Psicoterapia

RUBEN FELDMAN GONZALEZ¹

RESUMEN

DIALOGO SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA PSICOTERAPIA

La verdadera psicoterapia nos orienta hacia una transformación psicológica total, comenzando a nivel perceptual, y a nivel de la observación.

Eso afecta nuestro estilo de vida, y la transformación de nuestro estilo de vida es urgentemente necesaria si deseamos sobrevivir como especie en este planeta, y que esa supervivencia tenga una calidad o una dignidad humana mínima.

INTERLOCUTOR: ¿Cómo es posible saber si una psicoterapia es efectiva, útil y no dañina para el individuo?

Una psicoterapia efectiva será la más útil y económica, pero... ¿cómo saberlo?

Es relativamente fácil medir los efectos de una droga sobre el organismo, pero no sé si es suficiente dejarme llevar por el mero testimonio de un paciente satisfecho. Eso es bastante subjetivo y la reputación de un terapeuta se basa a veces en una mera serie de opiniones, sean opiniones de sus pacientes o de sus colegas asociados.

Creo que ni siquiera el buen entrenamiento y el adecuado diploma del psicoterapeuta constituyen suficiente garantía. Ni las opiniones, ni la reputación, ni siquiera una agrada-

ABSTRACT

DIALOGUE ON THE MEANING OF PSYCHOTHERAPY.

True psychotherapy leads us toward a complete psychological transformation, starting at a perceptual level and at an observational level.

This affects our style of life, and the transformation of our style of life is an urgent need if we are to survive as a species in this planet, and that the quality of this survival have quality and a minimum of human dignity.

ble personalidad me dicen nada sobre la habilidad, el conocimiento, la inteligencia, la moral y la integridad de un psicoterapeuta.

Los psicoterapeutas son regulados por otros colegas psicoterapeutas en su actividad, pero se me ocurre que si eso cambiara y fueran regulados por una agencia pública de consumidores (potenciales pacientes) no profesionales, y aún cuando estos últimos no fueran corruptos, éstos tampoco estarían en condiciones de garantizar la eficacia de una psicoterapia.

Me gustó la definición que alguien hizo sobre psicoterapia: "Es una técnica indefinible aplicada a casos no específicos con resultados no anticipables. Para esa técnica se requieren un riguroso entrenamiento y gran honestidad e integridad moral".

RFG: Este es un problema que trasciende su falta de confianza en los psicoterapeutas.

Creo que el problema radica en ver *qué* es lo

¹Director, Child Psychiatry, 1100 W. Lacey. Hanford, California 93230, Estados Unidos.

que hace el psicoterapeuta y si el psicoterapeuta sabe lo que está haciendo.

Un adolescente, que me veía obligado por el juez, me dijo que debería existir un "Ministerio de Tortura" que pagara a los psicoterapeutas que tuvieran éxito y que también torturara (a través de sus agentes) a los que no tuvieran éxito. El veía nuestras entrevistas obligatorias como una verdadera tortura, pero estaba claro que aún tenía esperanzas en la "magia" (en sus ojos) de la psicoterapia.

En mis posteriores encuentros con él analizamos quién debería pagar por mis servicios. ¿El paciente mismo, (como postulaba Sigmund Freud) para que éste se sintiera realmente comprometido con la psicoterapia?, ¿el Ministerio de Salud Pública, ya que psicoterapia implica un paso hacia la salud? Lamentablemente, entre 1970 y 1982 el costo de la salud creció en Estados Unidos desde el 6 al 10% del presupuesto nacional. Esto no es tan tolerable como el aumento (mucho mayor) de los gastos en armamentos (así llamados "gastos de defensa"). ¿Debería pagar el Ministerio de Educación, ya que la psicoterapia implica aprender algo completamente nuevo?

¿El Ministerio de Parques y Recreaciones, ya que para muchos la psicoterapia constituye una forma de entretenimiento? ¿Alguna Iglesia, ya que la psicoterapia (se supone) favorece el desarrollo personal, signifique eso lo que signifique?

Bueno, lo que acabo de decir nos lleva naturalmente a considerar el más profundo drama del ser humano: su tendencia a percibir todo (y en consecuencia, actuar) fragmentariamente.

Los terceros pagadores (compañías de seguro, etc.) son parte de nuestra acción fragmentaria y ellos están interesados en "*resultados rápidos*" en psicoterapia, con el mero objeto de *pagar menos* por los servicios.

De allí que se haga cada día más énfasis en los "*resultados fragmentarios*" de la psicoterapia: 1) resolver problemas específicos (vocacionales, laborales, conyugales, familiares, etc.), 2) remover síntomas (dolor físico, pena, ansiedad, fobias, depresión, miedos, obsesiones, etc.) y 3) cambiar comportamientos generadores de conflicto y esencialmente autodestructivos (sobre-alimentación, dietas suicidas, inercia,

apatía, necesidad de control y poder en las relaciones, explosiones de ira, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, delincuencia, homosexualidad y otras perversiones y compulsiones sexuales, etc.).

De allí surge el énfasis en *métodos* psicoterapéuticos mensurables y replicables (métodos mal llamados "científicos").

En parte para mostrar porqué estos métodos, aún cuando sean mensurables y replicables, no son "científicos" y porqué son más irrelevantes que peligrosos, escribí el libro "El Nuevo Paradigma en Psicología" (1982).

Me extendiendo allí en los principios de la Psicología Holokinética y la Kariopsicoterapia, que se basan en la comprensión del *Conflicto Horizontal* (esencia de todo conflicto humano), y en la comprensión de la *Percepción Unitaria*, no como opuesta, pero sí como completamente diferente a la Percepción Fragmentaria que contamina todas las actividades humanas.

El Nuevo Paradigma en Psicología surge como consecuencia de una serie de "insights" en ciencia, sobre todo referidos al acto mismo de la observación y al tipo de relaciones existentes entre el observador y lo observado.

Lo que describimos como Percepción Unitaria es el verdadero contacto entre el observador y lo observado, y sin ese verdadero contacto no hay psicoterapia.

Una psicoterapia basada en un contacto real no es una actividad fragmentaria sino que está orientada a transformar el mismo estilo de vida, a través de una "Psicotransformación perceptual global".

La Percepción Unitaria no puede ser mensurable, pero sí es replicable vivencialmente. Ese es el objetivo fundamental de la Kariopsicoterapia.

INTERLOCUTOR: ¿Se ha hecho investigación en los resultados de la Kariopsicoterapia?

RFG: ¿Cómo medirá Ud.? ¿Qué es lo que medirá? ¿Es lo relevante en Psicoterapia mensurable?

Estas preguntas son fundamentales. La situación en psicoterapia es la del paciente (o lo que Ud. quiera llamarle) que busca ayuda. La situación en investigación es la del paciente que ayuda al terapeuta. Estas son dos situaciones diferentes. ¿Cómo y qué medirá Ud. en

ambas situaciones de tan diferentes significados?

La introducción de los conceptos de Conflicto Horizontal y Percepción Unitaria modifican totalmente el significado de la psicoterapia: de una *técnica* con objetivos parciales o fragmentarios, se pasa a una *relación* donde se intenta comprender la naturaleza y el significado de la observación (y por ende, la relación y la acción mismas).

Pero aún antes de la aparición de estos conceptos relacionados con el concepto de Holokinesis del Dr. David Bohm (Profesor de Física en la Universidad de Londres), existían problemas insolubles en una evaluación denominada “científica” de la psicoterapia.

En el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desordenes Mentales (3ª edición) de la Asociación Psiquiátrica Americana todavía se admite el carácter meramente descriptivo-convencional-epifenoménico de tal obra.

Al medir una descripción de un epifenómeno podemos estar midiendo algo no necesariamente relevante en términos de cambio real en un ser humano, aún cuando los resultados de un estudio sean estadísticamente “significativos”.

Por ejemplo, si se demostrara que la “ansiedad” desaparece en el 100% de las psicoterapias (lo cual sería estadísticamente significativo) eso aún no me demuestra nada sobre la psicoterapia en sí.

El acto mismo de denominar “ansiedad” a un movimiento interior, un movimiento que es muy complejo, ya que es memoria, idea, emoción y reacción visceral y muscular, es un acto de Percepción Fragmentaria, es el Conflicto Horizontal en acción.

En otras palabras, es la separación entre el observador y lo observado a través de la palabra. La palabra es la acción del pasado como consecuencia del condicionamiento del lenguaje.

La Percepción Unitaria es la única forma de percibir que puede seguir la enorme velocidad y complejidad del movimiento total (interno y externo) del presente inmediato.

Todo lo dicho nos hace dudar de las pretendidas correlaciones entre determinadas modalidades terapéuticas (sean psicodinámicas, conductuales o cognitivas, existenciales, gestálticas o bioenergéticas) y su efecto mayor o

menor en ciertos diagnósticos específicos. Está claro que todas las modalidades psicoterapéuticas ejercen un efecto benéfico inespecífico. Se ha vuelto ya convencional la necesidad de asociar alguna de estas psicoterapias con medicación psicotrópica en ciertos diagnósticos, como la esquizofrenia, el déficit de atención infantil con o sin hiperactividad, la depresión con signos “endogenomórficos” (de acuerdo a la descripción de Donal Klein), la enuresis, la encopresis, el sonambulismo, el alcoholismo, ciertas drogadicciones como la heroína y la morfina, el autismo infantil y diversas psicosis, entre otras, la psicosis maniaco depresiva, la psicosis breve reactiva, etc.

Pero además: ¿Hasta qué punto las características personales del terapeuta y el paciente interjuegan en un momento dado por encima de las variables del diagnóstico del paciente, la asociación de tratamientos, el entrenamiento y la experiencia del terapeuta de manera tal que los estudios de investigación sean esencialmente no replicables “científicamente”? Lo único replicable es una serie de fragmentos, pero no la totalidad del movimiento perceptible en el acto de la relación misma.

Nosotros decimos que es precisamente esta totalidad no mensurable lo único relevante en psicoterapia.

El criterio de selección de pacientes y terapeutas puede ser estadísticamente impecable y confiable, pero aún no tendría en cuenta las variables de personalidades y el interjuego de las mismas en diferentes momentos.

Todo esto si admitimos o damos por sentado que no hay corrupción en el método estadístico, en el método psicoterapéutico que se está midiendo y en el propósito de ambos. Estas serían, sin duda, tres variables de enorme importancia (tres variables no mensurables, por cierto) que afectarían la naturaleza misma de la investigación y de lo que se investiga.

INTERLOCUTOR: Si hubiera una persona realmente interesada en investigar sobre la Psicoterapia, y descondicionadamente se pusiera en contacto con esta nueva Psicología Holokinética, ¿cómo puede esa persona concretamente llegar a hacer la verdadera Psicoterapia?

RFG: Si hubiera realmente una persona (o un psicoterapeuta) sería, es decir, que la verdad tuviera prioridad por sobre el deseo de provecho financiero, prestigio personal y cualquier forma de placer; si hubiera, repito, una persona así, tendrá que reconocer en primer lugar la necesidad de obtener la confianza del paciente, a través precisamente de su integridad y su responsabilidad con respecto a aquella verdad a la cual me estoy refiriendo. Si este terapeuta (o persona) comprendiera la naturaleza del Conflicto Horizontal y su enorme relevancia, entonces intentaría transmitirlo a su interlocutor o paciente.

Se trata entonces en primer lugar de transmitir una nueva información, que se basa fundamentalmente en puntualizar todos los innumerables aspectos de la Percepción Fragmentaria, en la cual está sumido el ser humano en todo el planeta. Quizá no sea posible transmitir la Percepción Unitaria, es decir, la única manera de establecer contacto con la realidad, pero sí es posible acercarse a ella a través de la constante puntualización de todo aquello que la impide.

Será necesario puntualizar a cada instante las maneras en que nos impedimos ponernos en contacto, en el ahora inmediato, con el movimiento total de la realidad.

Estamos, por obra y gracia de la Percepción Fragmentaria, meramente en contacto con nuestro pasado, y no, insisto, con el movimiento de la realidad en este momento (a cada momento).

Esto ocurre con el establecimiento de correspondencias entre los hechos (a medida que van ocurriendo), y el pasado, en primer lugar, en forma de lenguaje o palabra.

Es con este lenguaje (aún no hablado, pero silenciosamente en nuestro interior) como formulamos nuestros deseos, nuestros planes, nuestros recuerdos, nuestros problemas, nuestros síntomas, nuestras ideologías, sean estas racionales o irracionales.

Es la formulación verbal de todo lo que acabamos de decir, lo que impide precisamente el contacto entre unos y otros, el contacto del observador con lo observado.

Si Ud. es un psicoterapeuta serio, Ud. indudablemente necesita en primer lugar saber lo que es el Conflicto Horizontal y la Percepción Unitaria en su propia experiencia, y luego,

recién, por su propio amor a la verdad, intentará transmitirlo.

La Percepción Unitaria es una percepción con un mínimo de distorsión, una percepción que esencialmente no corrige ni deja de corregir lo que ve ni lo que oye. Se trata de un asiduo, paciente y disciplinado contacto con los hechos tal cual son. Nos referimos a los hechos llamados "internos" o "externos", pero no podemos dejar de puntualizar que estas palabras son nada más que formas específicas de distorsión de la percepción. Estas palabras (interno, externo, oriental, occidental, argentino, inglés, etc.) son formas de distorsionar lo que se percibe a través de una forma de percibir que es esencialmente fragmentaria.

Le ruego que continúe prestándome atención en este importante problema: el ambiente llega a Ud. a través de un estímulo, ese estímulo es en última instancia percibido por la actividad centrípeta de su sistema nervioso central. La respuesta a ese estímulo y a esa actividad centrípeta es un movimiento en sentido opuesto o actividad centrífuga del sistema nervioso central.

Esta respuesta es habitualmente el resultado de nuestro pasado, es decir, el resultado de nuestra pasada interacción, como organismo, con el ambiente como lo conocemos.

Esta respuesta es la actividad del proceso M.E.T.A. o proceso mnemónico-eidético-tímico-autonómico.

La Percepción Unitaria es un acto de percepción tan claro, que incluye también la respuesta que viene del pasado y en ese acto unitivo de percepción la respuesta que viene del pasado, no interfiere con el movimiento total de los hechos tal cual son en el momento presente.

La Percepción Fragmentaria es un tipo de percepción en la cual el proceso M.E.T.A. adquiere prioridad. En este proceso de Percepción Fragmentaria ocurre esencialmente una absorción en sí mismo. La absorción en sí mismo no es nada más que el contacto con el propio pasado en forma de respuesta. Es desde ese pasado que emerge el observador como entidad psicológica (el yo). El observador es, psicológicamente, un producto del pasado y es este último el que ve, piensa y asimila la realidad a través de la comparación, el análisis, la síntesis, la definición, la categorización, la cali-

ficación, todo lo cual constituye, por definición, el Conflicto Horizontal.

INTERLOCUTOR: Pero entonces lo que está implicado es que toda nuestra actividad es el resultado de la Percepción Fragmentaria, ¿no es así?

RFG: Así es, porque es lo único que la cultura admite y transmite. Esto es así porque el proceso M.E.T.A., la respuesta centrífuga nerviosa que viene del pasado, en esencia la Percepción Fragmentaria, tiene funcionalidad para el organismo en cuanto que le otorga la capacidad de operar, controlar y predecir el ambiente en el cual ese organismo está.

Lamentablemente esta actividad funcional no necesita más que de unos pocos minutos por día, el resto del tiempo, o sea, cuando se vuelve no funcional, es la esencia de todo conflicto y por eso lo denominamos Conflicto Horizontal.

La esencia emocional del pasado, la característica fundamental de la memoria del individuo y de la especie es el temor al ambiente y lo que el ambiente encierra. Ese temor ha sido funcional para la supervivencia de la especie por millones de años. Ese temor es aquello que en el presente surge para impedir la Percepción Unitaria, precisamente porque se la teme.

En última instancia se trata de un temor a establecer contacto sobre todo con aquellos que son semejantes a nosotros. Cuando hablamos del temor a establecer contacto, por supuesto nos referimos al único contacto real que es el contacto en Percepción Unitaria.

El hecho es que, aún en la esencia de la Percepción Fragmentaria, que es el concepto de identidad, que es la noción de la permanencia del observador, se intuye que una percepción unitaria y directa de los hechos como son, terminará por hacer desaparecer psicológicamente a ese observador. Esto produce enorme temor.

INTERLOCUTOR: Quiere decir que si yo sé algo de Ud. no puedo relacionarme con Ud.

RFG: Mientras Ud. crea algo de mí, y me vea como argentino o como psiquiatra, o como barbudo, o como con cualquier calificativo, definición, comparación o categorización (que

por definición constituye el Conflicto Horizontal), Ud. no podrá relacionarse conmigo sino de una manera fragmentaria. Posiblemente de una manera funcional. Sin embargo, el contacto verdadero entre Ud. y yo puede ocurrir solamente en Percepción Unitaria, cuando desaparecen momentáneamente la actividad del pasado, la actividad de su memoria, su reacción emocional, su reacción autónoma y visceral con respecto al que habla. Entonces existe, como una contingencia, la posibilidad de contacto en Percepción Unitaria, es decir, la forma de percepción sin interferencia de su pasado.

INTERLOCUTOR: Entonces Ud. afirma que toda técnica es irrelevante porque inexorablemente el conocimiento de una técnica implica la continuidad del movimiento del pasado en forma de memoria.

RFG: Así es. No se trata de la mera aplicación de una técnica, se trata de participar en un nuevo movimiento mental, de una nueva manera de percibir (unitariamente y no fragmentariamente).

Si Ud. y yo deseamos un contacto real, si el psicoterapeuta y el llamado paciente desean un contacto real, es necesario que entiendan el temor a lo desconocido, que es el temor a participar en ese nuevo estado de conciencia, que más que un estado, es un movimiento.

Aquí existe una verdadera paradoja, porque el paciente llega al psicoterapeuta con el deseo de abandonar el terreno del conflicto y el temor, sin embargo, insisto, paradójicamente teme abandonar ese terreno.

El paciente que viene con su sufrimiento, teme abandonar aquello que gesta el sufrimiento, que es la actividad del observador, con todo su pasado. En otras palabras, se teme el sacrificio del sufrimiento.

Desde este punto de vista, la psicoterapia implica un reaprendizaje, no solamente un reaprendizaje sensorial, sino una verdadera (como le llamamos) Psicotransformación Global, partiendo de una modificación íntima del acto de la percepción. En este acto de relación orientado hacia el intento de transformar la naturaleza de la percepción, es necesario ir viendo una a una, a medida que surgen, las innumerables resistencias a la Percepción

Unitaria. Estas resistencias surgen del proceso M.E.T.A. y de la tendencia a percibir fragmentariamente (comparando, condenando, juzgando, cayendo en la búsqueda de una causa para un determinado efecto, en última instancia, cayendo en la paradoja misma). Todos nos resistimos a la Percepción Unitaria ya sea activamente (atacando u opinando), pasivamente, ignorándola totalmente, y, en última instancia, de mil maneras inconscientes, como lo definió muy bien Freud con su concepto de “defensas”.

La verdadera relación humana en Percepción Unitaria, no es una mera transacción basada en la memoria, la idea, la emoción, la reacción visceral, genital o muscular.

El paciente, y antes que el paciente el mismo psicoterapeuta, por el mismo amor a la verdad, que debe ser su prioridad máxima, deberán comprender que cuando el ambiente, a través de un estímulo, estimula el Sistema Nervioso Central a través de cualquiera de los sentidos, y ese estímulo determina un acto de memoria que llamamos imagen, idea o emoción, el acto de ver mismo ha finalizado, el contacto directo con la realidad (en Percepción Unitaria) ha dejado de existir.

INTERLOCUTOR: Pero yo siento que sin técnica me sentiría perdido y, en última instancia, necesitaré de la técnica si quiero mejorar a un drogadicto, a un homosexual, a una persona en un profundo estado de depresión, etc.

RF: Acabamos de mencionar las distintas formas de resistencia a “ver”. Las distintas formas de resistencia al hecho de comprender vivencialmente lo que es la Percepción Unitaria. No hablamos de “mejorar”, porque la Percepción Unitaria implica el movimiento recurrente de lo bueno. Consideramos que no existe nada mejor que lo bueno. Esto, en sí, invalida el concepto de “mejorar” que se basa, esencialmente, en una comparación, en un movimiento temporal, en un objetivo, que es la esencia del Conflicto Horizontal, que es la esencia de la Percepción Fragmentaria.

Tenemos que comprender que la solución de un problema no está fuera del problema mismo. En la Percepción Unitaria de un problema, está su misma solución.

Pongamos por ejemplo que un paciente vie-

ne a Ud. en estado de depresión por haber sido abandonado por su esposa. Ese paciente le dice a Ud. que es abatido por la pena de manera recurrente, y de manera frecuente. Ud. (porque lo vive) puntualiza que el solo hecho que el paciente nombre el movimiento recurrente conflictivo con la palabra “pena” es la esencia del Conflicto Horizontal y lo que determina la continuidad del conflicto, la continuidad del dolor, la continuidad de la pena.

Si Ud. sabe lo que es la Percepción Unitaria (si lo sabe), Ud. estará en condiciones, no sólo de puntualizar la esencia del Conflicto Horizontal, el acto de nombrar, etc., sino también de orientar a su paciente al hecho de que se ponga en contacto totalmente (en Percepción Unitaria) con su pena, con aquello que él denomina su pena.

Ambos, sobre todo su paciente, descubrirán que el contacto total con aquello que se denomina pena, muestra la pena como es, algo cambiante, algo en movimiento, algo que no merece el mero nombre de “pena”.

La recurrencia del dolor, que no es más que la recurrencia del proceso M.E.T.A. (memoria, idea, emoción y reacción autonómica visceral, muscular, etc.), es aquel problema que su paciente le ha traído.

Ud., porque es responsable, porque es habilitado, porque está lleno de una sana integridad, no permite que su paciente se distraiga, nombrando su emoción con el nombre de pena. Es necesario que el paciente aprenda a ponerse en contacto con aquello que él denomina pena, sin participar como observador en ese contacto.

Es necesario que ese paciente vaya viendo el movimiento de la pena, sin estar presente como observador. Es necesario que ese paciente vaya viendo el movimiento de la pena, sin llamarle pena. Esto hará que el objetivo de la observación no sea nada en particular (la pena), sino la totalidad del movimiento del presente. Esto, en última instancia, tarde o temprano, si se realiza de una manera asidua, paciente y disciplinada (aunque semi-deliberada), es el final de todo conflicto en la vida del ser humano, y como mero acto de inteligencia, puede transformarse en un estilo de vida regenerativo para ese individuo y para toda la humanidad.

Hemos tratado de transcribir la esencia de

una entrevista de este tipo en la página 169 de nuestro libro "El Nuevo Paradigma en Psicología", con el título "Una entrevista individual".

Toda interpretación, clarificación o confrontación es a la vez útil e inútil, verdadera y falsa. La percepción de estas paradojas es el puente entre la Percepción Fragmentaria y la Percepción Unitaria.

Una interpretación es a la vez verdadera e insuficiente porque inexorablemente particulariza y fragmenta una totalidad indivisible. Esta totalidad indivisible no es sólo la mente-cuerpo individual, puede ser también una configuración neurótica (por ejemplo), a un nivel más bajo de generalización.

La verdadera psicoterapia nos orienta hacia una transformación psicológica total, comenzando a nivel perceptual, comenzando a nivel de la observación. Eso afecta nuestro estilo de vida, y la transformación de nuestro estilo de vida es urgentemente necesaria si deseamos sobrevivir como especie en este planeta, y que esa supervivencia tenga una calidad o una dignidad humana mínima.

No se trata solamente de organizar las cosas para el paciente en un orden que éste era incapaz de ver por sí mismo, sino también que el paciente resuene en la comunicación en Percepción Unitaria.

Cuando existe Percepción Unitaria, lo que dice el terapeuta (o uno de dos interlocutores en una conversación cualquiera), resuena, esta nueva modalidad de percepción (la Percepción Unitaria) hace que esa "resonancia interlocutoria" refocalize, reordene y reintegre la vida psicológica de los participantes de esa conversación con un nuevo significado total. Fuera de ese significado perceptual total todo fragmento (o contenido mnemónico, ideológico, imaginario, emocional o autonómico) es esencialmente insignificante, es meramente fuente de conflicto.

Además, en esa Percepción Unitaria, se vé de una manera holográfica (o mejor dicho "holokinética") cómo cualquier fragmento de material clínico revela la configuración total del paciente.

Cada parte encierra la información del todo, pero sólo la Percepción Unitaria nos revela esa información.

Ya hemos aclarado, sin embargo, que la

Percepción Unitaria no es percepción extra-sensorial, o bien algo misterioso o inaccesible.

El orden implicado o envuelto en un sólo sueño revela a un terapeuta en Percepción Unitaria toda la historia de las dificultades y conflictos de un paciente.

Como dijimos en "El Nuevo Paradigma en Psicología": "Será la inteligencia, que es parte de la Percepción Unitaria, la que sabrá discriminar entre la técnica de no hacer nada y la ausencia de técnica que es acción inteligente".

"Sin el establecimiento de una relación colaborativa en la que el poder esté ausente, hay una imposibilidad de establecer la Percepción Unitaria de la que surgen la vulnerabilidad y la confianza como elementos imprescindibles de una verdadera y total relación".

Tanto en la vida individual como en la social, el poder y la impotencia son polaridades del proceso M.E.T.A., y por ende fuentes de miedo, conflicto, agresión y guerra. El poder y el miedo van juntos y juntos distorsionan toda relación humana, sea entre individuos o naciones, incluyendo la relación psicoterápica.

INTERLOCUTOR: Ese estilo de vida, del cual Ud. habla, en Percepción Unitaria, sería una vida en total madurez, ¿no es así?

RFG: La palabra "madurez" ha sido denominada de distintas maneras por distintos psicólogos: "Constancia", de Margaret Mahler, "Integridad", de Erick Erikson, "Genitalidad", de Sigmund Freud, "Autorealización" de Abraham Maslow.

Esto implica que hemos asumido que al final del tiempo y después de ciertas etapas epigenéticas, alcanzamos un estado denominado "madurez psicológica".

Piaget e Inhelder han investigado este problema y han concluido que "la madurez no se enseña ni aparece a una edad determinada".

Es bueno dejar de hablar meramente de la mítica madurez, y comenzar a hablar del verdadero contacto con la realidad y con los seres humanos, que es la Percepción Unitaria.

INTERLOCUTOR: Me cuesta conceptualizar la secuencia de los eventos en un acto psicoterápico como el que Ud. postula.

RFG: En primer lugar, Ud. no está interesado en ningún tipo de entretenimiento ni en nin-

gún tipo de tortura. Ud. concentrará su esfuerzo en el intento de transmitir qué es el Conflicto Horizontal (la Percepción Fragmentaria), y qué es la Percepción Unitaria.

El primer evento en la sesión, es el paciente exponiendo su problema. El paciente, en general, expone (o esconde) su problema de una manera fragmentaria y confusa. Entonces, su deber como psicoterapeuta es concentrarse (focalizarse) en la esencia del problema, en el problema real.

El problema real, por lo general, no es presentado, precisamente por las resistencias múltiples (a ver realmente), a las que hemos aludido anteriormente.

Una vez que se expuso el problema real, Ud. intenta que el paciente establezca contacto con los contenidos del movimiento del presente, a través de los nombres que éstos contenidos han recibido. Se trata de un contacto del paciente y el psicoterapeuta con el movimiento del presente, a través de la imagen verbal.

Esto, en última instancia, necesita transformarse en contacto *sin* imagen verbal, con todos los contenidos del presente en movimiento. Esto último es la Percepción Unitaria.

Aquí el paciente deja de ponerse en contacto con la realidad, como aquella cosa en la que él puede pensar. Deja de ponerse en contacto con la realidad como algo que puede imaginarse, como la causa o la consecuencia de una idea.

En Percepción Unitaria, el paciente deja de hacer correspondencias entre los objetos observados y las palabras que los nombran, así como entre los objetos observados y las imágenes que se tiene de esos objetos. Cuando esto ocurre, sobreviene una enorme calma, un gran silencio sin esfuerzo.

Desde este silencio Ud. puede revisar el problema focalizado. Ud. puede aún revisar el problema tal cual ha sido presentado por el paciente. Sea lo que sea lo que Ud. haga desde este silencio de la Percepción Unitaria, Ud. (y el llamado paciente) terminarán por descubrir que aún cuando el problema (focalizado o presentado) sea evocado, esto ocurre en ausencia total de conflicto. Si esto no ocurre así, es porque no existe Percepción Unitaria. Entonces es necesario permitirle al paciente volver a exponer su problema, y volver a focalizar sobre su problema real. En general, el problema real está íntimamente vinculado con lo que denominamos el núcleo de la identidad, el núcleo del yo. A partir de aquí, Ud. vuelve a intentar el contacto con la imagen verbal y luego (por supuesto), sin ella. Ud. no olvida la razón por la cual se ha sentado frente a esa persona.

Además, Ud. no le teme al silencio. En el prolongado silencio de comunión que ocurre solamente en la Percepción Unitaria está la esencia de la psicoterapia, en otras palabras, la esencia de la salud mental, la base de la salud total (de la mente-cuerpo). Este silencio no es el silencio del proceso M.E.T.A. mientras este "produce" recuerdos, planes, ideas, emociones, imágenes, etc., el silencio de la Percepción Unitaria es el silencio del verdadero CONTACTO con la realidad que se trasunta o se evidencia en una deliciosa, relajada, no deliberada y absoluta inmovilidad corporal.

En última instancia, surge aquel estilo de vida sencillo y austero al que nos hemos referido, que constituye la raíz y la esencia de una sociedad y una familia donde pueden florecer el amor, la confianza y la responsabilidad.

REFERENCIA

Feldman, G. Rubén. *El Nuevo Paradigma en Psicología*.
Editorial Paidós, Defensa 599, Buenos Aires, Argentina, 1982

Confusiones Auditivas y funciones verbales en disléxicos*

LUIS BRAVO VALDIVIESO Y ARTURO PINTO GUEVARA

RESUMEN

CONFUSIONES AUDITIVAS Y FUNCIONES VERBALES EN DISLEXICOS

Se estudió la relación entre confusiones visuales y confusiones auditivas cometidas por niños disléxicos de dos grupos de edades (8-9 y 10-12 años) con la comprensión lectora silenciosa, la habilidad de abstraer semejanzas verbales y con la habilidad para ordenar sintácticamente una oración.

El resultado indicó que las confusiones auditivas en la lectura de palabras presentan relaciones significativas con los procesos verbales mencionados (26% de varianza común), en cambio las confusiones visuales de letras no correlacionaron significativamente con estos procesos.

Se infiere indirectamente una comprobación de las hipótesis propuestas por Vellutino acerca de las relaciones entre la habilidad de decodificación auditiva con el procesamiento semántico y sintáctico de la lectura.

ABSTRACT

AUDITORY CONFUSIONS AND VERBAL FUNCTIONS IN DYSLIXIC CHILDREN

Correlations among visual and auditory errors in two groups of dyslexic children (8-9 and 10-12 years old) and silent reading comprehension, verbal abstraction skills and syntactic skills were studied.

Auditory confusions correlated significantly with verbal variables (26% common variance among them), while visual confusions did not correlate with verbal processes ($p < 0.05$).

Our results support Vellutino's hypotheses that phonological processing is intrinsically related to semantic and syntactic processing in reading comprehension.

INTRODUCCION

En un estudio anterior (Bravo V.L., y Pinto, A., 1982 a) se presentaron las diferencias encontradas entre disléxicos de dos grupos de edades diferentes —(8, 9 y 10, 12 años)— que

cometían distintos tipos de confusiones sensoriales en la decodificación lectora. Estas confusiones sensoriales que cometían al leer se dividieron en confusiones auditivas (C.A.), confusiones visuales (C.V.), confusiones mixtas (C.M.) y alteraciones disléxicas sin errores sensoriales (S.E.S.).

Las diferencias encontradas indicaron que sería posible subdividir a los disléxicos de 8-9 años de acuerdo al tipo de errores que come-

*Esta Investigación ha sido efectuada con apoyo de la Dirección de Investigación de la Universidad Católica (DIUC).

ten, ya que los subgrupos mostraron diferente rendimiento en decodificación y en comprensión lectora silenciosa.

En una segunda publicación (Bravo V.L., y Pinto, A. 1982 b) se analizó la relación entre las C.V. y C.A. con dos pruebas de lectura, en un grupo ampliado derivado de la muestra anterior. El resultado indicó correlaciones negativas significativas entre las C.A. y la lectura, en cambio no mostró correlaciones de ésta y las C.V.

Estos resultados confirman la importancia que tiene la decodificación fonémica para el proceso lector en niños disléxicos, tanto en nivel de lectura oral como en comprensión lectora silenciosa, lo cual es afirmado por otros investigadores Bradley y Bryant, (1981), Shankweiler y Liberman (1976), Hulme, (1981). También señala la baja incidencia que presentan los problemas perceptivo visuales para estos niveles de lectura, lo cual ha sido planteado por Vellutino en diversas investigaciones (Vellutino, 1979; Vellutino y Scanlon, 1982).

El estudio de las confusiones auditivas y de las confusiones visuales de letras que cometen persistentemente los niños disléxicos constituiría, por lo tanto, una adecuada vía para investigar la relación entre el proceso lector y la decodificación visual y auditiva.

El objetivo del presente estudio es profundizar la relación entre las confusiones auditivas y visuales cometidas por los disléxicos, con el rendimiento en pruebas verbales de abstracción y con el ordenamiento sintáctico de frases y oraciones.

Según Vellutino (1979) en los disléxicos ocurrirían tres tipos de alteraciones específicas del lenguaje que impedirían un adecuado aprendizaje de la decodificación lectora. Estas alteraciones se producen en tres procesos fundamentales: En el procesamiento fonológico, consistiendo en una dificultad específica para reconocer y segmentar adecuadamente los fonemas; en el procesamiento semántico, en cuanto a dificultad para reconocer el significado de las palabras; y en el reconocimiento de la sintaxis de frases y oraciones. De acuerdo con su teoría verbal de las dislexias la base del proceso de decodificación residiría en el procesamiento fonológico, el cual permitiría que se desarrollaran adecuadamente los otros dos

procesamientos mencionados. Esta dificultad que afecta el aprendizaje de la lectura "parece ser la incapacidad para analizar implícitamente la estructura interna de las palabras... lo cual a su vez conduce a dificultades en el manejo de los símbolos alfabéticos y los sonidos". (Vellutino, 1980). Si un niño tiene dificultad para efectuar un adecuado procesamiento fonológico, también tiene dificultad para asociar el signo ortográfico con el fonema correspondiente y para atribuir a la palabra su significado.

El proceso lector que puede considerarse equivalente a un modelo de doble entrada: por una parte requiere la decodificación de los estímulos visuales y su asociación con los fonemas retenidos en la memoria y por otra activa la base "metalingüística" personal, mediante la asociación visual-verbal de letras y palabras, lo que permite lograr la comprensión del significado del texto, a partir del procesamiento fonológico de las palabras. En consecuencia, la decodificación fonética constituiría el nexo entre la expresión gráfica y el significado verbal. Según Vellutino (1982 b) los disléxicos no toman conciencia que "las palabras tienen muchos sonidos diferentes que pueden ser usados como claves para ayudarlo a pronunciarlas y a deletrearlas. Se cree que esta alteración también explicaría los problemas observados en el aprendizaje de la asociación de sonidos con letras..." (p. 84).

En consecuencia, las confusiones auditivas de letras con sonidos semejantes, cometidas persistentemente, serían un obstáculo serio para lograr una adecuada comprensión del texto y de la sintaxis de las oraciones; tendrían relación con la habilidad de abstracción del significado (componente semántico) y con la habilidad para ordenar sintácticamente frases y oraciones (componente sintáctico). Las confusiones visuales en cambio, tendrían menor relevancia para este proceso.

En el estudio que se describe se muestran las relaciones entre una prueba destinada a evaluar confusiones visuales y auditivas en la lectura, con un test verbal abstractivo, el Test de Abstracción Verbal de tres Semejanzas (3-S), y con dos pruebas de lectura silenciosa: Comprensión Lectora Silenciosa y Ordenamiento Sintáctico de Oraciones, en un grupo de niños disléxicos.

METODO

El grupo estudiado: Estaba compuesto de 30 disléxicos de 8 a 9 años y 30 disléxicos de 10 a 12 años que recibían tratamiento en escuelas especiales. Todos ellos tenían un nivel intelectual superior a normal lento de la escala WISC (CI superior a 85) y ausencia de alteraciones sensoriales visuales y auditivas evaluadas por sus maestros. Formaban parte del mismo grupo cuyo análisis de errores sensoriales se presentó con anterioridad (Bravo y Pinto, 1982), del cual se eliminó el subgrupo de disléxicos que no cometían, al leer, errores sensoriales. Esta limitación del grupo se hizo con el objeto de conocer mejor la relación entre las variables mencionadas (C.V., C.A. y procesos verbales).

Los tests: La prueba destinada a evaluar confusiones visuales y auditivas en lectura consiste en 30 palabras que el niño debe leer en voz alta y que fueron seleccionadas estadísticamente entre aquellas palabras que producían con mayor frecuencia confusiones visuales (m-n, e-a, etc.) y confusiones auditivas (f-v, ll-ch) en grupos disléxicos con un nivel mínimo de dos años de escolaridad y que persisten en este tipo de errores. En la lista de palabras para evaluar C.V. (15 palabras) sólo se evalúa este tipo de errores. Lo mismo sucede en la lista para evaluar C.A.. En lectores normales de 8-9 años el promedio de errores en las 30 palabras es cercano a 0. (Bravo y Pinto, 1982).

El test de abstracción verbal de tres semejanzas (3-S) consiste en una prueba de administración individual oral, en la cual se pide al niño que indique la semejanza entre tres elementos. Se evalúa de manera análoga al subtest de semejanza del WISC. La prueba de Comprensión Lectora Silenciosa (C.L.) forma parte de la Batería Interamericana de Lectura (1962) y sólo se administró la parte correspondiente a C.L. en el nivel 3 de la prueba.

La prueba de ordenamiento sintáctico de oraciones (O.S.O.) consistió en 15 oraciones de complejidad creciente presentadas de manera desordenada. Las oraciones están compuestas de palabras que forman parte del vocabulario corriente de los escolares y no incluyen verbos compuestos, ni modo subjuntivo, ni oraciones yuxtapuestas o subordinadas.

Su evaluación se hace otorgando un punto a cada oración ordenada correctamente, aunque el niño cometa errores en la lectura de las palabras que la forman.

El niño debe indicar al examinador el orden correcto de cada oración.

Estas pruebas verbales han sido empleadas por los autores en otras oportunidades de manera experimental, encontrándose en elaboración la publicación correspondiente, y su estandarización en escolares entre 8 y 12 años.

Procedimiento: Se administró cada una de las pruebas mencionadas de manera individual durante el año escolar, en un período no superior a 2 meses.

Hipótesis: la hipótesis principal es que las C.A. tendrían relación significativa con los procesos verbales semánticos y sintácticos, no así las C.V.

El análisis de los datos se efectuó mediante una matriz de correlaciones de Pearson para cada grupo de edad separadamente y algunas correlaciones múltiples que se detallan más adelante.

RESULTADOS:

Los promedios obtenidos en las diferentes variables aparecen en Tabla 1.

Tabla I
PROMEDIO Y DESVIACIONES DE
LAS VARIABLES SEGUN EDAD

| | | C.A. | C.V. | C.L. | O.S.O. | 3-S |
|------------|-----------|------|------|------|--------|-------|
| 8-9 años | \bar{X} | 3.43 | 3.33 | 9.63 | 2.86 | 15.36 |
| | Ds | 2.09 | 2.23 | 3.6 | 1.30 | 4.89 |
| 10-12 años | \bar{X} | 3.36 | 3.5 | 9.20 | 3.46 | 16.46 |
| | Ds | 2.15 | 2.23 | 2.53 | 1.22 | 4.22 |

Estos promedios indican ausencia de diferencias significativas en los dos grupos de edades ($p > 0.05$) en las pruebas administradas. El promedio para grupos normales en C.V. es 0.32 y en C.A. es 0.54 (Bravo V.L. y Pinto, A., 1982-a). En C.L. el promedio en lectores normales de 8 años de edad ha sido 19.57 (Bravo V.L., 1981).

La matriz de correlaciones aparece en Tabla II.

Tabla II
COEFICIENTES DE CORRELACIONES
ENTRE VARIABLES

| EDAD | | C.A. | C.V. | C.L. | O.S.O. | 3-S |
|-----------------|--------|------|-------------|---------|--------|---------|
| 8-9 (N=30) | C.A. | — | -0.18-0.44* | -0.48** | -0.40* | |
| | C.V. | | — | -0.16 | -0.26 | -0.01 |
| | C.L. | | | — | +0.40* | +0.36* |
| | O.S.O. | | | | — | +0.56** |
| | 3-S | | | | | — |
| 10-12 (N=30) | C.A. | — | -0.01-0.39* | -0.37* | -0.28 | |
| | C.V. | | — | -0.03 | -0.30 | -0.11 |
| | C.L. | | | — | +0.38* | -0.05 |
| | O.S.O. | | | | — | +0.56** |
| | 3-S | | | | | — |

*Significativa al 0.05 para 28 gl. = 0.361

**Significativa al 0.01 para 28 gl. = 0.463

Estos resultados indicaron relaciones significativas de las confusiones auditivas con diversas variables evaluadas. En cambio las confusiones visuales no presentaron correlaciones significativas en ningún nivel de edad.

Tabla II
COEFICIENTES DE CORRELACIONES
ENTRE VARIABLES

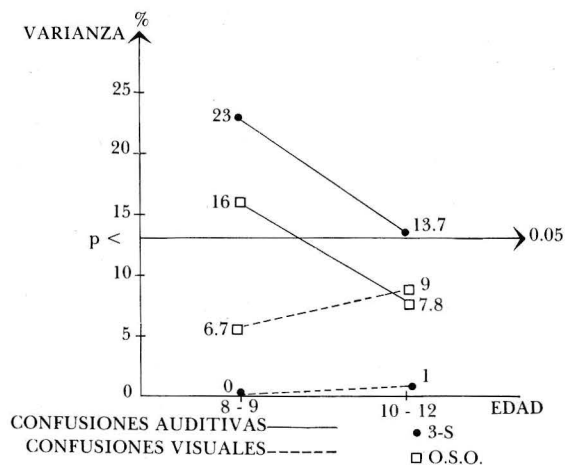
| EDAD | | C.A. | C.V. | C.L. | O.S.O. | 3-S |
|-----------------|--------|------|-------|--------|---------|---------|
| 8-9 (N=30) | C.A. | — | -0.18 | -0.44' | -0.48'' | -0.40 |
| | C.V. | | — | -0.16 | -0.26 | -0.01 |
| | C.L. | | | — | +0.40' | +0.36' |
| | O.S.O. | | | | — | +0.56'' |
| | 3-S | | | | | — |
| 10-12 (N=30) | C.A. | — | -0.01 | -0.39' | -0.37' | -0.28 |
| | C.V. | | — | -0.03 | -0.30 | -0.11 |
| | C.L. | | | — | +0.38' | -0.05 |
| | O.S.O. | | | | — | +0.56'' |
| | 3-S | | | | | — |

*Significativa al 0.05 para 28 gl. = 0.361

**Significativa al 0.01 para 28 gl. = 0.463

Para el grupo 8 - 9 años, las C.A. presentaron una moderada relación inversa (correlación negativa) con la comprensión lectora silenciosa (C.L.) (19.36%) de varianza común), con la abstracción de semejanzas verbales (16% de varianza común) y con el ordenamiento sintáctico de oraciones (23% de varianza común).

PORCENTAJE DE VARIANZA COMUN DE CONFUSIONES VISUALES Y AUDITIVAS CON HABILIDADES SEMANTICAS (3-S) y SINTACTICAS (O.S.O).



El resultado indicó también una moderada relación entre la abstracción verbal y el ordenamiento sintáctico. En cambio, las C.V. no presentaron correlación significativa con ninguna de las variables mencionadas.

Para el grupo 10 - 12 años, aparece un cuadro semejante al de los niños menores, aun cuando las C.A. no presentan correlación significativa con la prueba de abstracción verbal (3-S) y su relación con las variables verbales aparece menor que en la edad anterior (15% de varianza común con la C.L. y 13.7% de varianza común en la ordenación de oraciones). El ordenamiento sintáctico de frases aparece en este grupo mucho más dependiente de la abstracción verbal que en el grupo de 8 - 9 años (31.62% varianza común).

El cálculo de correlación múltiple entre la prueba de C.A., con las pruebas de C.L. y de O.S.O. indicó una $R = 0.51$ ($p < 0.05$) para el grupo de 8 - 9 años y 0.382 para el grupo de 10 - 12 años. (Para 28 gl. $p < 0.05$ $R = 0.439$). De acuerdo con estos coeficientes habría un 26% de varianza común (R^2) para el grupo de 8 - 9 en estas tres variables y un 14.6% para el segundo, lo cual confirma la relación entre la comprensión lectora silenciosa y el ordenamiento de oraciones con los errores específicos de confusiones auditivas, especialmente en el grupo menor.

El mismo cálculo, tomando como variable dependiente las C.V. no indicó correlaciones significativas para ninguna de las edades (0.26 para 8 - 9 años y 0.30 para 10 - 12 años) $p > 0.05$).

DISCUSIONES DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos en este estudio tienden a confirmar que en el grupo estudiado las confusiones auditivas de fonemas en la decodificación lectora efectuada en voz alta tienen correlaciones significativas y negativas con la variable semántica (abstracción de semejanzas verbales) y con la variable sintáctica (ordenamiento de oraciones).

Además, señala la baja incidencia que tendrían las confusiones visuales en el proceso lector de los disléxicos mayores de 8 años.

Otro dato interesante es la ausencia de correlación significativa entre ambos tipos de confusiones —visuales y auditivas— lo cual confirma que podrían constituir dos tipos de alteraciones disléxicas independientes. Una de ellas afecta la decodificación y reconocimiento fonémico y tiene relación con variables verbales abstractivas y sintácticas. La otra afecta la decodificación y reconocimiento gráfico y no presenta relación directa con las variables verbales ni con la comprensión lectora silenciosa. Esta ausencia de correlación a los 8 - 9 años en niños disléxicos no significa que la decodificación visual no cumpla un papel importante en una etapa inicial del aprendizaje de la lectura en niños normales, pero pierde su peso en las etapas más avanzadas del aprendizaje y en la comprensión lectora silenciosa. Por otra parte, también conviene distinguir entre las variables psicológicas que intervienen directamente en el proceso de aprendizaje normal y aquellas variables que inciden u originan el retardo lector (Bravo, L., 1982). El hecho que la percepción visual sea importante para el aprendizaje de la lectura, no implica necesariamente que las confusiones perceptivo visuales estén originando las dislexias.

Los resultados indican que las confusiones auditivas cometidas por los disléxicos presentan una relación importante con el proceso lector silencioso, lo cual confirmaría de manera indirecta la relación entre el procesamiento fonológico y el procesamiento semántico y sintácti-

co propuesto por Vellutino (1979). Esta relación aparece como moderada para el grupo de 8 - 9 años (26% de varianza común) y baja para el grupo 10 - 12 años (14.6%), lo cual indicaría que la incidencia de los errores auditivos disminuye a medida que progresa la edad.

Es interesante señalar que las confusiones auditivas de la lectura *en voz alta* se relacionan con la comprensión lectora *silenciosa*, lo cual apoya la hipótesis de Vellutino que el procesamiento fonológico sería una vía para lograr una comprensión semántica. Por otra parte, la correlación negativa significativa entre la prueba de abstracción verbal y las confusiones auditivas indica una habilidad de abstracción verbal más deficiente entre los niños que cometen confusiones auditivas, confirmando la relación encontrada por Kavale (1981) entre percepción auditiva e inteligencia.

Tanto la decodificación auditiva como las confusiones verbales de abstracción de significado y de sintáxis serían más específicamente dependientes del hemisferio cerebral izquierdo, lo cual podría servir como explicación a la relación encontrada: En los niños disléxicos habría un funcionamiento disminuido de algunas áreas de este hemisferio cerebral que afectaría el reconocimiento auditivo de las palabras y la comprensión verbal.

Las confusiones visuales no aparecen interfiriendo ni la comprensión lectora ni el ordenamiento sintáctico de oraciones, lo cual unido al resultado obtenido anteriormente que indicó ausencia de correlación significativa de las C.V. con el nivel Lector oral, indicaría que su peso es menor en el proceso disléxico en niños de 8 - 12 años.

Un elemento no controlado directamente en este grupo ha sido el C.I. el cual podría estar interviniendo como variable de error en la relación entre las confusiones sensoriales y los procesos verbales y sería deseable controlarlo en un nuevo estudio.

RESUMEN

Se estudió la relación entre confusiones visuales y confusiones auditivas cometidas por niños disléxicos de dos grupos de edades (8 - 9 y 10 - 12 años) con la comprensión lectora silenciosa, la habilidad de abstraer semejanzas ver-

bales y con la habilidad para ordenar sintácticamente una oración.

El resultado indicó que las confusiones auditivas en la lectura de palabras presentan relaciones significativa con los procesos verbales mencionados (26% de varianza común), en cambio las confusiones visuales de letras no

correlacionaron significativamente con estos procesos.

Se infiere indirectamente una comprobación de las hipótesis propuesta por Vellutino acerca de las relaciones entre la habilidad de decodificación auditiva con el procesamiento semántico y sintáctico de la lectura.

REFERENCIAS

- Bradley, L. y Bryant, P., Visual memory and phonological skills in reading and spelling backwardness. *Psychological Research*, 1981, 43: 193-199.
- Bravo Valdivieso, L. y Pinto, A., Las confusiones visuales y auditivas en las dislexias. (En publicación), *Revista de Psicología General y Aplicada*, (1982-a).
- Bravo Valdivieso, L. y Pinto, A., Dislexia y confusiones perceptivas, visuales y auditivas. *Lectura y Vida*, (En publicación) (1982-b).
- Bravo Valdivieso, L., Psychological correlatives of reading retardation for different aged children. *Thalamus*, 1982, Vol. 2, (2), 15-29.
- Hulme, Ch., The effects of manual tracing on memory of normal and retarded readers... *Psychol Research*, 1981, 43: 179-191.
- Kavale, K., The relationship between auditory perceptual skills and reading ability: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 1981, 14: 539-546.
- Shankweiler, D. y Liberman, J., Exploring the relation between reading and speech. En Knight, R.M. y Baker, D.J. (Ed.). *The neuropsychology of learning disorders*, Univ. Park Press, 1976.
- Vellutino, F., *Dyslexia, Theory and research*, M.I.T. Press, Cambridge Mass, 1979.
- Vellutino, F. y Scanlon, D., Verbal processing in poor and normal readers. En Brainerd, C.J. y Pressley, M. (Eds.) *Verbal processes in children*, N.Y. Springer Verlag, (1982).
- Vellutino, F., Teorías e investigaciones en el estudio de la dislexia en la niñez. En Strickland, D. y otros: *Teorías y técnicas para la comprensión del lenguaje escrito*, UNICEF y Universidad Católica (1982-a).
- Vellutino, F., Deficiencias verbales y alteraciones en la lectura. En Bravo, L. (Coordinador) *El niño con dificultades para aprender*, UNICEF, Universidad Católica, Galdoc, (1980).
- Prueba de Lectura, Serie Interamericana*, Guidance Testings Ass., Texas, 1962.

El viejo Sabio y la Sabiduría Organísmica

M. VIRGINIA ESPINOSA¹

RESUMEN

EL VIEJO SABIO Y LA SABIDURIA ORGANISMICA

En el presente trabajo se ilustra, a través de un caso clínico y de una sesión de imagería, la utilización de la técnica "El Viejo Sabio", y se proponen algunas modificaciones a la técnica standard de J.O. Stevens.

Se hace un breve análisis teórico acerca de los conceptos que subyacen a la utilización de esta técnica y se plantean algunas recomendaciones y conclusiones relativas al proceso psicoterapéutico.

ABSTRACT

THE OLD SAGE AND ORGANISMIC WISDOM

The present paper shows, through a case report and an imagery session the use of "The Wise Old Man" technique, which presents a few modifications of the J.O. Stevens standard technique.

A brief theoretical analysis discussing some of the concepts underlying the use of this technique follows and certain recommendations and conclusions related to the therapeutic process are proposed.

"... acepta la vida como es... si la vida se vive una sola vez... no te exijas tanto, no te traumas tanto con tantas preguntas, tantas interrogantes... entrégate, acepta, no trates de modificar lo inmodificable... ama, vive la alegría natural que hay en tu persona..."

Estas palabras tan "sabias" no las dice, como podríamos suponer, un terapeuta a su paciente, un maestro a su discípulo, un guía espiritual, o una persona ayudando a otra a comprender y aceptar su realidad... ¿Quién entonces? ¿Quién da estos consejos cargados de sabiduría, y a quién? ¿Cómo recurrir a esta verdadera fuente de sapiencia, sentido común y verdad? ¿Dónde se encuentra este ser lleno de amor y bondad?

Aunque parezca paradójico, este mensaje

se lo da una paciente a sí misma en una sesión de psicoterapia. El terapeuta en esta sesión es sólo un guía, un conductor del proceso de diálogo interno que lleva a cabo la paciente. Surge entonces otra serie de interrogantes: ¿Si es tan sabia la paciente, qué busca en la psicoterapia? ¿No se supone que es el terapeuta el experto y el que "sabe"?

A través de este artículo intentaremos responder estas interrogantes y mostraremos, mediante la presentación de un caso clínico y de una sesión de imagería, dónde, cómo y mediante qué caminos es posible contactarse con esta sabiduría en el ser humano, qué conceptos subyacen a las corrientes humanistas en psicología que destacan la existencia de un proceso de autorregulación orgánsmica y de sabiduría interior en la persona, y a través de esta revisión, extraer algunas recomendaciones y conclusiones relativas al proceso psicoterapéutico.

¹Escuela de Psicología, Depto. de Psicología Clínica
Universidad Católica de Chile. Avda. Vicuña Mackenna
4860.

CASO

Descripción de la paciente:

P., profesional de 45 años, separada desde hace aproximadamente 10 años, 2 hijos de 18 y 20 años, busca ayuda profesional para aclarar su actual relación de pareja, la que mantiene desde hace alrededor de 3 años. Su motivo de consulta tiene que ver con su deseo de “resolver la situación”, en el sentido de terminar la relación si ésta no condujere, “en un plazo prudente” (menos de un año), a un compromiso más serio de parte de su pareja (matrimonio o convivencia), por un lado, y su temor a la soledad y a tomar una decisión equivocada, por otro. Es importante señalar que en la relación misma con su pareja, P. no tiene problemas: tienen gustos comunes, se quieren y respetan mutuamente, tienen relaciones sexuales satisfactorias y los hijos de P. respetan su relación y no interfieren en ella. A la base de su motivo de consulta, y en sesiones previas a la que aquí se presenta, se había “trabajado” la mala autoimagen de P., en el sentido de considerarse poca cosa, ignorante, que nunca sabe ni hace lo suficiente, sus miedos frente a la evaluación externa, su autoexigencia en todo sentido (como madre, pareja, profesional, etc.), su incapacidad para gozar con lo que tiene y su constante necesidad de ser reconocida, apoyada y guiada.

Se decide utilizar la técnica del Viejo Sabio como una manera de contactar a la paciente con sus recursos internos y su propia sabiduría, versus el querer y exigir que otros (pareja, hijos, terapeuta, etc.), la reaseguren continuamente, le den “piso” y le aclaren y fijen sus metas de vida, en desmedro de su propia autoestima.

La técnica del Viejo Sabio:

Previamente se ha inducido en la paciente un estado leve de relajación.

T: “... ahora quiero que te imagines que vas a ir a visitar a un viejo sabio. Este viejo te conoce mucho. El puede contestarte las preguntas que quieras hacerle. Es una persona muy sabia... puede responderte cualquier interrogante, duda, pregunta que quieras hacerle...

Ahora imagínate que estás al comienzo del camino que te conduce donde vive el viejo. Mira el paisaje... cuéntame cómo es el camino que te conduce donde el viejo sabio... date unos momentos... imagínate el camino... y me vas contando cómo es...”

Estas son las instrucciones que recibe P. en una sesión de imaginación. El material que entrega la paciente en forma textual (cinta grabada), es el siguiente:

P: “Es curioso... porque tengo que tomar la decisión de un camino. Por un momento se me presenta la oportunidad de ir caminando como por tierra, un camino de tierra con florci-tas como portulacas... pero por otro lado, como que lo siento más firme el camino que está frente a mí, que es un camino asfaltado... siento que es como difícil llegar donde el viejito... es un camino muy largo, queda muy lejos... son tantos los kilómetros para recorrer... ¿a pie, no?”

T: “Como quieras...”

P: Aunque, sabes, mejor dejo ese camino... es demasiado largo, con mucha curva... mejor tomo el camino de la izquierda y me voy caminando por el campo... me queda más cerca... no es un terreno liso, es con montoncitos de tierra... es como un campo traviesa... es agradable caminar por él... Pero, ¿sabes?... me cuesta empezar a caminar... me cuesta... me da un poco de susto, un poco de angustia... siento que tengo como obligación de llegar donde el viejito... siento físicamente la sensación de presión... siento una sensación como que se me aprieta la nariz... como si me pusieran una tenaza en la nariz... ¿sabes? cuando estoy nerviosa, o algo así, siento que se me aprieta esa parte de la nariz, aquí... (hace un gesto con la mano tocándose la parte alta de la nariz)... siempre siento esa sensación antes de iniciar algo, antes de largarme a algo, como una especie de ansiedad reprimida y que al mismo tiempo me retiene como para lanzarme a algo... estoy totalmente a mitad de camino, con mucho susto a seguir caminando... siento la tierra como húmeda, olor a tierra mojada... tal vez el viejito esté por ahí... sí, ahí lo veo! ... es muy viejo, tiene una barba blanca, está vestido con una túnica blanca, tiene unos pelos largos blancos (hace un gesto con la mano indicando

la cabeza)... tiene un bastón en la mano... es curioso, no es que yo haya ido caminando, llegué no sé cómo al medio de algo... o sea, no he tenido ese caminar tranquilo, relajado... no... porque siento apretada la nariz y la cabeza... pero, ahí está el viejito... está como sentado en unos troncos... tiene un bastón en la mano... me veo delante de él... siento que me mira con una mirada como húmeda, muy, muy profunda... profunda... con sabiduría y con un dejo de tristeza... como si llevara la sabiduría del mundo dentro de él...".

T: "¿Hay algo que tú quieras preguntarle, decirle?"

P: "Lo que me brota espontáneamente, es ... ¿cómo es el vivir? ... y me responde: la vida es dura y bella... yo le pregunto: ¿cómo se puede hacer para vivir bien?... y me responde: se necesita mucha sabiduría... ¿y yo la puedo tener?... y me responde: es cosa tuya, en ti está la respuesta... y yo siento Virginia que se me aprieta la nariz... como que me asusto... y de nuevo le pregunto: ¿cómo es el vivir?... y él me responde: aceptando... y le pregunto: ¿claudicando?... me dice: nó, aceptando, que es distinto a claudicar... aceptar que las cosas son así y no como uno quisiera que fuesen... le pregunto: ¿qué hacemos con la realidad?... me responde: tomarla, no forzarla a cambiarla... déjate llevar, entrégate... acepta la vida como es... si la vida se vive una sola vez... no te exijas tanto, no te traumatices tanto con tantas preguntas, tantas interrogantes... entrégate, acepta, no trates de modificar lo inmodificable... ama, vive la alegría natural que hay en tu persona... y sobre todo acepta... eso es lo más importante... y ya no te diré más... y me mira con ternura... me siento bien, tranquila, en paz... me dan ganas de darle un beso... no sé si dárselo o nó... lo siento como una demostración demasiado terrenal... me acerco y le doy un beso en la mejilla... el viejo me mira con cariño... su mirada es tan profunda! ...".

T: "Antes de irte, el viejo te va a entregar un regalo, te va a dar algo, material o inmaterial... tú le vas a dar las gracias y vas a emprender el camino de regreso..."

P: "Me da un libro grueso, de tapas oscuras... tomo el libro con reverencia... lo aprieto contra mi pecho... le doy las gracias al viejo y me voy apretando el libro contra mi pecho... sien-

to una sensación de paz, de tranquilidad... me voy caminando... voy dejando atrás al viejo... camino con paso seguro hasta encontrar el camino de regreso".

T: "Ahora te voy a pedir que mires el libro que te regaló el viejo... ¿cómo es? ... ¿cuál es su contenido?"

P: "Es hermosísimo... es de tapas de cuero oscuras... lo relaciono con la Biblia, o con las Tablas de la Ley... Ahora abro el libro... está lleno de letras hebreas, inaccesibles para mí, pero no importa, es el encuentro conmigo misma, con mi identidad, con mis raíces... hace tiempo que ando revolviéndola con que me gustaría pertenecer a un grupo de lectura de la Biblia del Antiguo Testamento ... siento que mi vida podría ser tan rica si le diera libre curso a todo lo que yo quiero, anhele ... me llego a emocionar cuando digo esto... siento pena... no sé por qué... pero, no, no es pena... es emoción, me siento conmovida... es sentir que todas esas cosas están al alcance de mi mano, completamente a mi alcance... me doy cuenta que yo misma me pongo trabas... y recuerdo ahora lo que me dijo el viejo... que la vida se vive una sola vez... ser yo misma..."

T: "Hay otras cosas en el libro?"

P: "Sí, música, corcheas... mi amor por la música... mi amor por los libros..."

T: "¿Qué te quiere decir el viejo con este regalo?"

P: "... que busque mi identidad... que me ponga en contacto conmigo misma, con lo que amo... que deje salir mi propia identidad, que la deje fluir, que sea yo, aceptándome, no negándome... que sea yo misma... me siento emocionada... no sé... es tan lindo lo que me dice el viejo... siento que el viejo es mi propia sabiduría... ¿sabés? me han dicho muchas veces que soy una mujer sabia... a lo mejor sí lo soy, pero lo que pasa es que mi sabiduría nunca la aplico en mí... es mi sabiduría, mi intuición, mi sentido común... es mi cosa ermitaña, mi melancolía también... me gusta el viejo... es profundo, muy profundo... no tiene cosas negativas... me gustaría interiorizarlo, aunque yo sé que ese viejo soy yo... yo creo que tengo la

posibilidad de aconsejarme conmigo misma, pero sin exigirme... me doy cuenta que mi propia sabiduría es la del viejo, y es fantástica... pero se ve entorpecida por mi inseguridad, y en vez de sabiduría se transforma a veces en atolondramiento, en angustia... pero el viejo me transmite solidez, tranquilidad, algo fuerte, muy fuerte... me siento bien, estaría así mucho rato, sintiéndome..."

T: "Permanece así el tiempo que consideres necesario... mientras estás así, me gustaría decirte que puedes recurrir a tu viejo sabio cuando quieras o lo necesites... él está siempre ahí... tal como tú lo dijiste, es una parte tuya, una parte sabia, muy sabia, llena de amor y bondad, que está siempre a tu disposición... para llegar a ella, eso sí, es necesario que hagas silencio interior, que aquietes tu mente, sientas tu cuerpo, y dejes fluir esta sabiduría desde lo más profundo de tu ser..."

CONCEPTOS QUE SUBYACEN A LA TÉCNICA

Esta técnica de imaginería llamada "El Viejo Sabio" (J.O. Stevens, 1977), comparte la idea central presentada también por otros autores, tales como R. Assagioli (1965), con su técnica del "Diálogo Interior", R. Gerard (1964), con la técnica de "Visualización de la Luz", E. Gendlin (1969), con la técnica de "Focalización", M. Crampton (1968), con "Quién soy yo?", M. Puriton, J. Healy y B. Whitney (1974) con "Las Capas del yo", etc. Lo común de estas técnicas es el buscar en el interior de la persona, en su sabiduría organísmica, las respuestas que busca y que necesita en un momento determinado, y no sólo buscar respuestas, sino contactar-se con este "self interior", fuente de sabiduría y paz, como una manera de favorecer el florecimiento de este núcleo interior.

Pero, a su vez, ¿son estas técnicas aisladas, o comparten ciertos postulados comunes, más generales?

Los autores mencionados se podrían agrupar dentro de lo que se ha dado en llamar la "Corriente Humanista" o "Tercera Fuerza" en psicología, dentro de la cual se enfatiza el

valor de la persona y su experiencia en sí misma, y su capacidad intrínseca de guiar su vida en base a sus propios valores y no a los impuestos desde fuera.

Dentro de la corriente humanista, la Terapia Gestáltica enfatiza el concepto de autorregulación organísmica y de sabiduría del organismo como tal. Para Perls (1974), el organismo sano tiene la capacidad de autorregularse (versus la regulación externa), es capaz de cuidarse a sí mismo y saber lo que necesita, es capaz de "darse cuenta" per se, esto es, por y de sí mismo, de lo que necesita en cada momento, en el aquí y ahora. Un pleno darse cuenta de esta autorregulación organísmica le permite a la persona el dejar que su organismo se haga cargo de su existencia, sin interferir, sin interrumpir la experiencia. La interrupción de este proceso del darse cuenta llevaría a la persona a la enfermedad, a la neurosis. Gran parte de las técnicas de la Terapia Gestáltica están encaminadas a restablecer el flujo de la experiencia, a contactarse con ésta, a permitirse ser, actualizarse tal como cada persona es, y no como les gustaría a otros que fuera. Dentro de estas técnicas, las de contacto interno, con el self interior, ocupan un lugar muy importante, ya que conducen a la persona a un profundo autoconocimiento.

C. Rogers (1961), por su parte, al enfatizar el proceso de autoactualización como el motor central de la terapia, no hace más que plantear lo recién expuesto, con palabras muy similares, pero presentando, eso sí, diferencias muy radicales en la técnica. Este autor plantea que lo que la persona necesita para ser ella misma, para estar y sentirse bien, para dejar de ser neurótica, es dejar fluir su sabiduría interna, su sabiduría organísmica, y dejarse guiar por esta fuerza interior. A este proceso C. Rogers lo llama el proceso de autoactualización, donde el rol del terapeuta sería el de un facilitador que promueve y "facilita" en el cliente el dejar aflorar esta sabiduría organísmica.

Muchos otros autores comparten los postulados recién planteados, como por ej., A. Maslow (1968), W. Schutz (1969), M. Crampton (1968), R. Gerard (1964), y enfatizan la existencia en el ser humano de una fuente propia de sabiduría con la cual es posible contactar y dejar aflorar.

ALGUNAS RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Como vimos al comienzo de este artículo, una técnica de imaginería que cumple con los objetivos planteados más arriba y que es muy fácil de aplicar, pero en la cual es importante que se tome en cuenta su potencialidad y profundidad, es la del "Viejo Sabio". Esta técnica la presenta, como ya dijimos, J.O. Stevens (op. cit) en detalle, y muchos otros autores en términos más generales. Lo que recomendamos aquí, es utilizar esta técnica como una imaginería espontánea, en los términos planteados en la Memoria de Tesis "Imaginería y Psicoterapia" (Espinosa, Ringler, Winkler, 1976), esto es, alentar al paciente para que genere contenidos espontáneos, predominantemente simbólicos, sin predeterminedar su forma o secuencia, entregando solamente la imagen de partida para inducir el proceso. De este modo, los cambios que se proponen en relación a la técnica standard presentada por J.O. Stevens, son en el sentido de dar la imagen de partida solamente y plantear la situación en términos lo suficientemente amplios para permitir que la persona desarrolle idiosincráticamente la imaginería, ya que esto proporciona elementos adicionales utilizables posteriormente en la terapia.

Como se puede observar, mediante las instrucciones que se plantean en este artículo, se da amplia libertad de acción a la persona en el sentido de crear imágenes relativas al o a los caminos que conducen al Viejo Sabio, en cuanto a las características del o de los caminos, cómo la persona realiza el trayecto, sus sentimientos y emociones durante éste, etc., dando al paciente la posibilidad de desarrollar la imaginería de acuerdo a sus propios contenidos, los que simbólicamente proyectarán áreas de su sí-mismo.

Otro aspecto que nos gustaría destacar, es el carácter altamente simbólico del Viejo Sabio. Es así como hemos podido observar en múltiples oportunidades en que hemos utilizado esta técnica, el que se repiten ciertas características del Viejo, como su pelo y barba blancos, su sencilla vestimenta en forma de una túnica blanca, la presencia de un bastón o vara en su mano derecha, su figura más bien alta y delgada, etc., lo que nos hace recordar las

imágenes arquetípicas de C.G. Jung. Para este autor (1965), algunos de los contenidos de los sueños y fantasías son arquetípicos, en el sentido que representan no sólo la sabiduría de esa persona en particular, sino la sabiduría de la especie humana, lo que pareciera darse en gran medida en las "intervenciones" del Viejo Sabio.

Ahora bien, si analizamos el material entregado por la paciente, hay varios elementos que nos llaman la atención y que consideramos importante destacar:

- En primer lugar, y central, es que la paciente se contacta con su "parte sabia" y ésta le entrega mensajes de gran profundidad y sabiduría, relativos en su mayor parte a su conflictiva básica y a su motivo de consulta. Es así como los mensajes que "recibe" la paciente, se centran en la aceptación del momento vital que está viviendo, aceptación en el sentido de no forzar un cambio que podría ser prematuro o no conveniente por el momento, y la reaseguran en relación a su capacidad para gozar y disfrutar de la vida, sin autotorturarse ni exigirse tanto, aspecto que es central en la problemática de P. (mala autoimagen, temor a la evaluación externa y autoexigencia en todo orden de cosas: madre, dueña de casa, pareja, profesional, etc., perfecta).
- A medida que se fue desarrollando la imaginería, la paciente fue lentificando su verbalización, siendo ésta al final un verdadero "diálogo interno", de gran profundidad y dramatismo. Por momentos, tal como lo refiere la misma paciente, ésta se emociona con los contenidos que le van surgiendo, y los acoge e integra con respeto y recogimiento, logrando la paciente una comunicación con "algo" más allá de sí misma, siendo ese "algo" una fuente de amor, sabiduría y comprensión, lo que hace recordar los reportes de experiencias de tipo místico a que alude Maslow en sus escritos (A. Maslow, 1968).
- Al terminar la imaginería, al centrarse la paciente en el simbolismo que podría tener el regalo que le hace el Viejo Sabio, se observaba visiblemente en ella sentimientos de confianza en sí misma, tranquilidad, paz y bienestar, tanto por lo que expresa verbalmente, como por su semblante y expresión fa-

cial, lo que sería curativo y terapéutico en sí mismo.

- La instrucción final del Terapeuta en el sentido de que la paciente puede recurrir al Viejo Sabio (o a su propia sabiduría) cuando así lo quiera, tiene por objeto el que la persona se “apropie” de su sabiduría interior y recurra a ella como fuente importante de apoyo, guía y consejo. En este sentido, el rol del Terapeuta es el de un “facilitador” que guía a la persona en la búsqueda de esta sabiduría interna u orgánsmica, y deja los canales abiertos para que esta comunicación se siga produciendo en el futuro. Este aspecto es importantísimo y responde a los interrogantes que nos hicimos al comenzar este artículo, en el sentido de asignar al Terapeuta un rol central como “guía” y al Paciente un rol de “aprendiz” en relación a sus propios recursos internos.
- En cuanto a la imaginaria en su totalidad, hay elementos muy significativos que sería importante retomar más adelante en la terapia: las características de los caminos (imágenes polares), la elección del camino (el camino más “fácil”), lo corto del trayecto (hay una acción que no se da, como es el tener que caminar para llegar a una parte, o utilizar algún otro medio), etc., elementos que tienen un significado simbólico y que guardan relación con la problemática de la paciente (P. es una persona que busca soluciones “fáciles” a sus problemas, que se au-

totortura mucho, pero que en lo relativo a la acción misma es “floja” y “dejada” (dicho en sus términos), le cuesta enfrentar situaciones nuevas y las evita, etc.).

Otro contenido que sería importante revisar más adelante es el de la sensación de “apretamiento” en la nariz, también de gran contenido simbólico (sentimiento de urgencia, exigencia y miedo frente a situaciones nuevas), aspecto que no se trabajó en esta oportunidad para permitir el desarrollo de la imaginaria.

En cuanto a las preguntas que nos planteamos al comienzo de este artículo, creemos haberlas contestado mostrando cómo existe una sabiduría implícita en la paciente, sabiduría que está en ella, pero a la cual no tiene acceso al no contactarse consigo misma. De aquí que aparezca necesario el trabajo del Terapeuta no como alguien que “sabe”, sino como alguien que ayuda a otro a contactarse con su mundo interno (su sabiduría orgánsmica), haciendo que lo implícito se haga explícito.

Podrían hacerse muchas otras observaciones y recomendaciones relativas a la utilización terapéutica de la técnica aquí presentada. Sin embargo, al finalizar, queremos subrayar el propósito fundamental de este artículo, que es el mostrar, experiencialmente, esto es, a través del fiel reporte de una sesión de psicoterapia, este camino de trabajo psicológico, como una real opción en nuestro quehacer terapéutico.

REFERENCIAS

- Assagioli, R. *Psychosynthesis*, Viking Compass Book, 1965.
- Crampton, M. Approaches to the Self: the Who am I Technique, Reprint 23, *Psychosynthesis, Res. Found.*, 1968.
- Espinosa, V., Ringler, F. y Winkler, M.I.: Imaginaria y Psicoterapia, (Seminario de Título), Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.
- Gendlin, E. Focusing, *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 6, 1969.
- Gerard, R. Psychosynthesis: a Psychotherapy for the Whole Man, *Psychosynthesis, Res. Found.*, Issue N° 14, 1964.
- Jung, C.G. *El Hombre y sus Símbolos*, Aguilar, España, 1965.
- Maslow, A. *Toward a Psychology of Being*, D. Van Nostrand Company, New York, 1968.
- Perls, F. *Sueños y Existencia*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago, Chile, 1974.
- Puriton, M. Layers of Self: a Group Fantasy Technique, *Psychotherapy, Theory Research and Practice* 11, 1974.
- Rogers, C. *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin Co., U.S.A., 1961.
- Schutz, W. *Joy: Expanding Human Awareness*, Random House, New York, 1969.
- Stevens, J.O. *El Darse Cuenta*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago, Chile, 1977.

El proceso psicoterapéutico con pacientes pobres*

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

RESUMEN

EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO
CON PACIENTES POBRES

El presente artículo analiza el proceso terapéutico con pacientes de escasos ingresos describiendo sus diversas etapas, desde que el paciente decide consultar, hasta que deja de acudir al lugar de atención con acuerdo o no del terapeuta.

En el análisis de este proceso y de los problemas que surgen durante él, queda de manifiesto la gran importancia de las expectativas con que terapeuta y paciente se enfrentan.

En general, los resultados que se presentan hacen notar la inadecuación de los enfoques tradicionales para tratar a este tipo de pacientes, y sugieren que el enfoque más apropiado es el comunitario.

ABSTRACT

THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS IN POOR PATIENTS

The purpose of this paper is to review a problem which is related to the therapeutic process in the poor patient. It describes the various stages which develop from the moment of consultation until leaving therapy on his own accord or with the therapists agreement. The interest is in part due to the higher incidence of psychopathology present among the lower income level population and the proportionately fewer consultations seeking help.

The analysis of this process and of the problems that emerge from it, provides evidence for the importance of negative expectations which both the therapist and the patient bring to the therapeutic session.

In general, the findings that are reported here point to the inadequacies of the traditional approaches for treating low income patients, suggesting that the most appropriate would be a community approach.

INTRODUCCION

En los países en vías de desarrollo, tales como el nuestro, la existencia de una gran proporción de la población ubicada en las posiciones inferiores de la estructura socioeconómica,

plantea una gran cantidad de desafíos y requerimientos en relación a la práctica profesional de los psicólogos.

En el área de la psicología clínica un problema básico y esencial lo constituye el que las personas de clase baja experimentan una

*Este artículo está basado en un capítulo de la memoria de los mismos autores "Psicoterapia en pacientes de NSE bajo: evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis". Dicha memoria fue patrocinada por Alex Kalawski, copatrocinada por el Dr. Alfredo

Pemjean y asesorada metodológicamente por Erika Himmel, habiendo obtenido la distinción del Colegio de Psicólogos "Mejor Memoria año 1981".

¹Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

proporción muy superior de alteraciones psicopatológicas en relación a personas de las restantes clases sociales (cfr. Moya *et al*, 1969; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). A partir de esto, sería esperable que la gran mayoría de los potenciales demandantes de servicios de salud mental, provinieran de la clase baja, sin embargo, la experiencia indica que sólo una pequeña proporción llega a consultar, siendo mucho menor aún la de los que terminan alguna forma de tratamiento. La explicación de esta diferencia puede abordarse desde dos perspectivas: por una parte, en un nivel estructural, analizando la dotación y distribución de los recursos físicos y humanos destinados a satisfacer las necesidades de salud mental de la población; y por otra, desde una perspectiva psicosocial, analizando las variables del paciente y terapeuta que afectan el proceso que se inicia cuando aquél decide consultar, hasta el momento en que deja de acudir al lugar de atención, sea porque lo ha acordado con el terapeuta o por deserción.

El presente artículo abordará desde esta última perspectiva el proceso terapéutico con pacientes pobres, pues creemos que con ello hacemos un aporte a un área sobre la que existe muy poca información.

1. ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA DECISION DE CONSULTAR

El proceso desde el reconocimiento de que se posee un problema hasta la decisión de que es necesario buscar ayuda especializada para solucionarlo, es un largo y complejo camino en el que inciden variados factores macrosociales, subculturales, cognitivos, afectivos, etc. Aunque una descripción exhaustiva de tal proceso no es posible aquí, se destacarán algunos de los aspectos relevantes que se pueden encontrar en los escasos estudios existentes acerca de este tema.

En este proceso decisional, que puede asumir la forma de autorreferencia o de referencia externa (otros deciden llevar el paciente a tratamiento) se pueden distinguir ciertas etapas:

Lo primero que incide en la decisión de buscar ayuda, es concebir o etiquetar una determinada conducta o rasgo como un proble-

ma o “enfermedad” psicológica. Tal etiquetamiento está en función del concepto de enfermedad mental que se posea. Como señala Mechanic (1968), las concepciones acerca de la enfermedad mental difieren entre los diversos estratos socioculturales, de tal modo, que lo que en ciertos grupos es considerado desviado o anómalo, es admitido e incluso reforzado en otros. Esto será seguramente relevante en el momento en que un paciente de estrato social bajo decide consultar a un profesional que generalmente es de otra condición social. En tal caso, es posible que lo que el paciente considere su “motivo de consulta” parezca irrelevante al profesional, y en cambio, éste sí atienda a otros aspectos que para el paciente pueden no ser problemáticos.

Una vez que la persona llega a la conclusión de que posee un problema psicológico, o si otros lo deciden por ella, se enfrenta a la decisión de buscar o no una fuente de ayuda externa para el problema (se la concibe como externa en oposición a la posibilidad que tiene la persona de autoayudarse, o bien el grupo de intentar tal ayuda con sus recursos propios y habituales, como consejo, apoyo, consuelo, etc.).

Finalmente, si se ha tomado la decisión de consultar una fuente de ayuda externa, la persona o el grupo deberá seleccionar una de ellas. En la elección de la fuente específica que se consultará incidirán —como postula Mechanic (1975)— predisposiciones socioculturales, la evaluación del locus de causalidad del problema, el contexto social inmediato y el carácter, accesibilidad y costos de los servicios de ayuda disponibles.

La falta de investigaciones acerca del proceso de buscar ayuda, se ve agravada para el interés de esta sección por el hecho que aunque los autores mencionan los factores sociales y culturales como partes fundamentales de sus modelos explicativos, no se han reportado investigaciones que identifiquen explícitamente tales variables sociales, ni cómo ellas podrían producir diferencias según clase social en la consulta por problemas de Salud Mental. De hecho, se puede constatar que aunque la prevalencia de psicopatología es superior en los niveles sociales inferiores, la consulta efectiva es proporcionalmente menor en relación a otras clases. Ha sido la experiencia de los auto-

res en el Area Sur del ex Servicio Nacional de Salud (S.N.S.), el que variables como falta de información acerca de dónde recurrir, falta de conocimiento del beneficio que se puede obtener y expectativas negativas muy reforzadas socialmente ante la Salud Mental, inciden negativamente en la consulta, lo cual es especialmente marcado en los hombres, que prácticamente no llegan a tratamiento sino en casos de gravedad o incapacidad marcada (alcoholismo y psicosis). Las variables que se han mencionado, particularmente las creencias y expectativas frente al tratamiento, tienen gran importancia —como también revela la literatura— tanto antes de decidir consultar, como una vez que se ha comenzado el tratamiento, razón por la cual se analizarán a continuación.

2. LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO

En general, se sabe que las expectativas de los pacientes —sin importar su clase social— afectan una serie de aspectos del proceso terapéutico; entre éstos Lorion (1978) incluye: la duración del tratamiento (Garfield y Wolpin, 1963), el abandono del paciente (Overall y Aronson, 1963); los resultados de la terapia (Lennard y Bernstein, 1960); la satisfacción del paciente (Baum y Feltzer, 1964) y el compromiso de éste con la terapia (Kamin y Coughlan, 1963); Levitt, 1966; White *et al.*, 1964).

En los pacientes de todas las clases sociales se observa una mala información y expectativas erradas en relación al proceso y objetivos de la psicoterapia, pero ello es más agudo en las personas de clase baja, lo que puede deberse a un menor acceso a fuentes de información y a que ésta, además, viene expresada en un lenguaje que les resulta poco comprensible. También influirían el conjunto de creencias subculturales acerca de la enfermedad mental y su tratamiento.

Al revisar el conjunto de estudios efectuados en esta área, se detectan dos órdenes de problemas: por una parte, la existencia de actitudes negativas y por otra, de expectativas erradas. Las actitudes negativas se manifiestan

principalmente en un sentimiento de vergüenza ante la necesidad de tratamiento (Reddish *et al.*, 1955), y en cuestionar, no valorar o rechazar la psicoterapia como solución para problemas personales (Brill y Storow, 1960; Gould, 1967; Reissman *et al.*, 1964).

Generalmente, las expectativas que poseen los pacientes pobres en relación a la psicoterapia, corresponden al modelo de relación que se tiene con un médico general: esperan que el tratamiento sea breve, que experimenten a corto plazo un considerable alivio de sus síntomas y adoptan una actitud pasiva una vez que han expresado sus quejas. En relación al terapeuta, desean que sea directivo, que capte rápidamente el problema que poseen, se los aclare y les ofrezca una solución pronta, especialmente en la forma de medicamentos, dada la tendencia a concebir sus problemas como físicos más que psicológicos. Por lo mismo, demandan un alivio sintomático más que una ayuda generalizada (Hollingshead y Reddish, 1958; Lorion, 1974).

El estudio más específicamente diseñado para evaluar las expectativas de los pacientes de nivel socioeconómico bajo fue efectuado por Overall y Aronson (1963), quienes hicieron contestar a una serie de pacientes de estrato social inferior, un cuestionario antes y después de la primera entrevista. Encontraron que tales pacientes esperaban una entrevista de tipo médico-psiquiátrica, con un terapeuta que asumiera un rol activo y apoyador, tendiendo a no volver cuando tales expectativas no se cumplieran.

El cuadro que se ha resumido, y que refleja el conjunto de evidencias obtenidas en los años 50 y 60, ha tendido a variar en los últimos 15 años, hasta el punto que varias de las investigaciones más recientes ya no replican las diferencias en expectativas según clase social (Fisher y Cohen, 1972; Lorion, 1974, 1978). No obstante, este cambio, que puede atribuirse a factores como el mayor grado de información que los medios de comunicación social han entregado y el influjo del movimiento de salud mental comunitaria, se ha visto que no es suficiente, ya que de hecho los pacientes todavía llegan buscando una ayuda de la que tienen poco conocimiento y deseo, por lo que sigue siendo necesario clarificar expectativas al comienzo del tratamiento.

3. EXPECTATIVAS DE LOS TERAPEUTAS

Las expectativas de los terapeutas son usualmente esquemas disposicionales previos a la interacción con un paciente determinado, que se adquieren tanto en el entrenamiento profesional como en la experiencia terapéutica. Aparentemente la expectativa más amplia y generalizada que poseen los terapeutas, se refiere al modelo del candidato ideal para la psicoterapia. Este modelo, que generalmente está implícito en el entrenamiento que reciben los futuros terapeutas, es confrontado luego con las características de grupos específicos de sujetos, dando lugar a expectativas y prejuicios dirigidas a pacientes que comparten una raza, sexo, posición social, etc. Por estas razones, para llegar a analizar las expectativas que los terapeutas poseen frente a los pacientes de estrato social inferior, se comenzará por describir el modelo del paciente ideal.

3.1 Modelo del paciente ideal

Este modelo, que sólo ocasionalmente aparece mencionado en la literatura (Lerner y Fiske, 1973) tiene múltiples consecuencias, entre las que se puede destacar: la aceptación de un paciente para psicoterapia, la elección del tratamiento apropiado para él, su curso y duración, la estimación del pronóstico, así como la facilidad con que el terapeuta establece el rapport con su paciente (Luborsky *et al*, 1971; Lorion, 1973; Heitler, 1976; Albondra *et al*, 1964; Brill y Storrow, 1960).

A continuación se mencionan algunas de las características que se incluyen en el modelo de la paciente ideal.

- Baja preocupación por quejas somáticas;
- Mayor compromiso por ayuda que por alivio de síntomas;
- Buena fluidez verbal y articulación verbal;
- Alta motivación por el cambio;
- Inclinación a lo psicológico, que permita atender y aprovechar el proceso terapéutico;
- Buen nivel de introspección y capacidad de insight;
- Un grado apropiado de ansiedad que sea suficiente para motivar el cambio, pero no

excesivo como para producir respuestas rígidas o desorganizadas;

- Gran fuerza del yo;
 - Poca defensividad y suspicacia;
 - Baja tendencia a externalizar culpas;
 - Poca tendencia al acting-out;
 - Un buen nivel de C.I., educación y destrezas intelectuales;
 - Un deseo de cambiar activamente el medio, en vez de una actitud pasiva y fatalista frente a la realidad, y
 - Preferiblemente un diagnóstico de desorden psiconeurótico en vez de uno de psicosis o trastorno de personalidad.
- (Lerner *et al*, 1973; Luborsky *et al*, 1971; Albondra *et al*, 1964; Brill y Storrow, 1960; Jones, 1974; Riessman y Scribner, 1965; Lorion, 1973).

Como puede apreciarse este exigente y elitario conjunto de requisitos, es distante casi de cualquier tipo de paciente, pero especialmente de los pobres, de manera que aquí es posible identificar una de las fuentes de las discriminaciones, prejuicios y sesgos que sufre este tipo de pacientes al llegar a tratarse en establecimientos de salud mental.

3.2 Expectativas de los terapeutas ante pacientes de N.S.E. bajo

La discrepancia aludida en el punto anterior, se refleja en las expectativas negativas que múltiples estudios han reportado en los terapeutas frente a los pacientes de bajos recursos. Las expectativas negativas frente a tales pacientes, se traducen en una creencia más o menos estable de que son hostiles, suspicaces y que el mutuo entendimiento es prácticamente imposible (Hollingshead y Redlish, 1958; Schaffer y Myers, 1954). Por lo anterior, muchos terapeutas simplemente consideran una pérdida de tiempo tratar a tales pacientes, o temen hacerlo por creer que no será útil para ellos (Siassi y Messer, 1976; Brill y Storrow, 1960; Karon y Vandenbos, 1977).

Como se verá más adelante, el proceso terapéutico con pacientes de escasos recursos genera diversos problemas, tales como deserción temprana, roces y disgustos entre terapeuta y paciente, dificultades para lograr el entendimiento mutuo, etc., todo lo cual se ha intenta-

do explicar de una manera tal vez exagerada, como lo sugieren Siassi y Messer (1976), recurriendo a variables del paciente, no reconociendo suficientemente la posibilidad que el terapeuta tenga un rol importante en tales dificultades debido a sus expectativas negativas.

En efecto, el terapeuta que comienza con la creencia previa de que el servicio que él está dando no es necesario o deseado, puede caer en una profecía autocumplida, pues es muy probable que su actitud se transparente en conductas y claves comunicacionales tales como, falta de empatía y tolerancia, mayor cantidad de silencios, menor atención, etc., lo cual puede ser captado por el paciente, quien sintiéndose rechazado o poco comprendido, abandonará el tratamiento, quedando en el terapeuta la creencia de haber confirmado sus expectativas.

La actitud negativa puede ser tan crítica, que convierta la primera entrevista más bien en el término que en el comienzo del tratamiento. Esto había sido ironizado por Adams y Mc-Donal (1968) quienes satirizaron la recepción de los pacientes de escasos recursos comparándola con la relación entre un verdugo y su víctima, planteando que el real propósito del entrevistador es acumular evidencia de que el paciente no es ni tratable ni está motivado.

4. RECEPCION DE LOS PACIENTES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO

En esta sección se revisará la primera etapa que enfrenta el paciente al llegar a un establecimiento de Salud Mental para requerir tratamiento. Se aludirá en particular al proceso de diagnóstico y admisión al tratamiento, aunque hay que tener presente que incluso antes del primer encuentro con su entrevistador, el paciente de estrato social inferior enfrenta un clima desfavorable que es posible caracterizar como: un trato impersonal, discriminatorio, autoritario y en ocasiones hostil de parte del personal del establecimiento; una larga e incierta espera del paciente antes de ser entrevistado; la obligación de efectuar largos y complejos trámites administrativos, que el pacien-

te generalmente desconoce y para los cuales recibe poca orientación del personal, etc.

4.1 Diagnóstico

Además de su sentido tradicional, el juicio clínico (diagnóstico) puede indicar la deseabilidad del entrevistado para ser tratado por parte del o de los especialistas que lo diagnostican (Stern, 1977 b). Si ello es así, debería esperarse que los profesionales de Salud Mental que entrevistan a sujetos de distintas clases sociales, reaccionaran diferencialmente con ellos, clasificando con mayor probabilidad en categorías diagnósticas más graves o más patológicas a los individuos de posiciones sociales inferiores. Esta hipótesis de sesgo diagnóstico ha sido confirmada en diversos estudios en que se ha pedido a los especialistas que juzguen, ya sea tests psicométricos o respuestas a entrevistas de pacientes supuestamente provenientes de diversos estratos sociales.

Haase (1964) investigó especialmente el rol de los factores de clase social en los juicios del examinador. Hipotetizó que mientras más próximo fuera el status social del examinado al de su examinador (quien obviamente era de clase media o alta) mayor sería la probabilidad de que obtuviera una evaluación más favorable en el Rorschach. Como se puede notar, esto debería favorecer a los pacientes de posiciones sociales superiores, lo cual efectivamente se confirmó, puesto que los diagnósticos más severos eran asignados a los pacientes de nivel socioeconómico bajo. Si los efectos de la clase social sobre el juicio clínico se advierten en un test considerado usualmente técnico y más objetivo, con mayor razón podría esperarse que afecten las decisiones basadas sólo en una impresión clínica, que es lo más frecuente en la práctica. De hecho, los estudios de juicio clínico confirman dicho sesgo (Siegel *et al.*, 1968; Di Nardo, 1975).

Las explicaciones que se sugieren para el sesgo diagnóstico aluden esencialmente a dos factores: por una parte, prejuicios o expectativas que tenderían a influir en las decisiones diagnósticas desfavoreciendo a los pacientes de bajos recursos, y por otra, el que las categorías y contenidos de las clasificaciones diagnósticas representan los criterios y estándares

de clase media (Schneiderman, 1965; Jones, 1974; Lorion, 1973).

Aun cuando las investigaciones de la última década han mostrado una disminución en el sesgo aludido, subsiste la tendencia a otorgar diagnósticos de mayor patología a pacientes pobres (Di Nardo, 1975; Johnson, 1980).

4.2 Proceso de admisión a terapia con pacientes de nivel socioeconómico bajo

El siguiente paso una vez que un paciente llega a un establecimiento de Salud Mental y es entrevistado para formarse un juicio clínico de él, es decidir si se le aceptará o no para terapia; y en el caso de aceptarlo, elegir a qué tipo de tratamiento se le asignará. Históricamente, dice Heitler (1976), los pacientes de estratos sociales inferiores no han sido los candidatos preferidos para la psicoterapia. Existe en la actualidad un considerable cúmulo de evidencias que apoyan la existencia de una relación inversa entre clase social y aceptación para psicoterapia en centros tradicionales (Hollingshead y Redlich, 1958; Schaffer y Myers, 1954; Myers y Schaffer, 1967; Lorion, 1973; 1978; Brill y Storrow, 1960).

Para el disminuido porcentaje de pacientes de bajos recursos que tienen la "fortuna" de ser aceptados, las opciones de tratamiento a que son derivados tampoco son, en general, las más adecuadas. En primer lugar, se los remite desproporcionadamente en relación a otras clases sociales, a tratamientos farmacológicos, que pueden limitarse a la receta que se entrega en la primera y única sesión de tratamiento, o extenderse a una cantidad variable de sesiones de control (Hollingshead y Redlich, 1958; Bailey *et al.*, 1960; Siegel *et al.*, 1968; Lorion, 1973; 1978; Jones, 1974; Brill y Storrow, 1960).

Y, cuando a algunos de estos pacientes se les da la oportunidad de recibir psicoterapia, ésta tiende a diferir de la que se brinda al resto de los pacientes. En general, los estudios efectuados señalan que la psicoterapia a que son referidos se diferencia de la que reciben los demás pacientes en lo siguiente:

a) Es una versión simplificada o empobrecida de los enfoques terapéuticos dirigidos a pa-

cientes de mayores recursos (Hollingshead y Redlich, 1958);

b) Aunque la terapia con pacientes pobres es difícil, tiende a ser conducida desproporcionadamente por estudiantes, terapeutas menos informados, inexpertos o de menor status dentro del equipo profesional (Schaffer y Myers, 1954; Hollingshead y Redlich, 1958; Sanua, 1966; Sue *et al.*, 1974);

c) La terapia es de corta duración (Hollingshead y Redlich, 1958; Brill y Storrow, 1960);

La expectativa de que no es conveniente asignar los pacientes de bajos recursos a psicoterapia, puesto que es muy probable que terminen prematuramente o deserten, y las discriminatorias consecuencias que tales expectativas producen, operan al modo de una profecía que se cumple a sí misma, ya que cuando se llega a referir a un paciente a tratamiento, se hace en condiciones tales (con terapeuta inexperto, con una terapia empobrecida, de corta duración, etc.) que se facilita el abandono prematuro. Pero hay que señalar, que aunque estas condiciones se superaran (asignando a los pacientes con terapeutas más expertos, etc.) no sería necesariamente una buena solución, puesto que se les sometería a un tratamiento cuyos estándares y valores corresponden a otro tipo de paciente (de clase media o alta). El mero hecho de simplificar los enfoques tradicionales no implica adecuar la psicoterapia a la realidad de los grupos socioculturales más desventajados, puesto que las soluciones sanas de la clase media y alta pueden no ser saludables para los problemas de personas con bajos ingresos.

La solución de tal problema, sería entonces, de acuerdo con lo que sugiriera Schneiderman (1965), *que los terapeutas evaluarán las conductas adaptativas y la capacidad para resolver problemas*, en relación a las situaciones en que éstas ocurren en los pacientes de bajos recursos, puesto que sin este conocimiento, los profesionales pueden caer en prejuicios etnocéntricos acerca de las conductas de sus pacientes.

Los enfoques comunitarios en psicología y psiquiatría han apuntado precisamente a lo que plantea Schneiderman, intentando elaborar alternativas de Salud Mental basadas en la investigación de las características, rasgos y

soluciones propias de los grupos socioeconómicamente desventajados, utilizando, además, como agentes de Salud Mental a miembros de la misma comunidad.

Las investigaciones efectuadas en centros de Salud Mental comunitaria, han mostrado llamativas diferencias en la aceptabilidad y asignación a tratamiento de pacientes según nivel socioeconómico, en relación a los estudios consignados anteriormente, que se habían efectuado en clínicas y hospitales psiquiátricos tradicionales.

Una de las investigaciones más importantes fue llevada a cabo por M. Stern (1977 a, 1977 b) en más de cuarenta centros de Salud Mental Comunitaria de los Estados Unidos. Sus resultados indican claramente que la clase social no determinaba ni la aceptación para, tipo y duración del tratamiento que se impartía a los pacientes.

Otros estudios han demostrado lo mismo, agregándose que este tipo de enfoque no sólo evita los sesgos antes mencionados y satisface las necesidades de los pacientes de bajos recursos, sino que les resulta atrayente. (Edwards *et al*, 1979).

Al profundizar en las características del movimiento comunitario, que puede explicar los cambios aludidos, Stern, (1977 a, 1977 b) destaca 3 aspectos que contrasta con los enfoques más tradicionales (clínica psiquiátrica o psicoterapéutica).

a) **Composición del equipo:** los psiquiatras y psicólogos, que conforman la mayor parte del equipo de las clínicas psiquiátricas o psicoterapéuticas, se sienten gratificados fundamentalmente cuando desarrollan destrezas terapéuticas sofisticadas, que pueden aplicar más cabalmente en pacientes de clase media o alta, con quienes establecen más fácilmente una buena relación psicoterapéutica. Por lo mismo, tienden a rechazar o postergar a los pacientes de clase baja, a los que consideran más difíciles de tratar y que obstaculizan el lucimiento de sus habilidades. Por otro lado, en los centros de Salud Mental los equipos son en su mayoría semi o no profesionales, con una mayor orientación al servicio, basada en una motivación humanitaria, por lo que tienden a estar más interesados en el servicio personal a los

clientes que en el dominio técnico de sus habilidades.

b) **Diferencias en la psicoterapia individual:**

La meta de la psicoterapia tradicional es lograr un insight profundo y una reestructuración de la personalidad, mientras que las metas de una psicoterapia orientada más comunitariamente, son ayudar al individuo a interactuar mejor con su medio ambiente y resolver sus problemas inmediatos, lo que incluye cambios en la conducta, relaciones interpersonales y el medio ambiente en que éste se desenvuelve.

c) **Diferencias organizacionales:** la meta primordial de las clínicas tradicionales es la formación y perfeccionamiento de los profesionales, concibiéndose la atención de pacientes como un objetivo complementario y funcional a dicha meta. Por su parte, en los centros orientados comunitariamente no se permite que ninguna meta interfiera con el fin fundamental, que es el servicio.

Abandono

Considerando que los profesionales de Salud Mental y clientes de clase baja se enfrentan con expectativas mutuamente negativas, podría hipotetizarse que una vez que uno de estos pacientes comienza un tratamiento, será más probable que deserte y en un período menor que el que se esperaría para pacientes de clases superiores. De hecho, la literatura confirma esta suposición (Rosenthal y Frank, 1958; Schaffer y Myers, 1954; Myers y Roberts, 1959; Overal y Aronson, 1963). La deserción puede producirse muy tempranamente, entre la entrevista de recepción y la primera sesión de tratamiento o bien en algún momento de la terapia luego que ésta se ha iniciado, calculándose que la tasa promedio de deserción es superior al 60%.

En un estudio realizado en nuestro país acerca del rendimiento de un programa asistencial para pacientes que pueden considerarse en su mayoría de nivel socioeconómico bajo, Ifland *et al*, (1977), observaron un 71% de abandono antes de terminar el tratamiento, el cual duraba sólo 12 sesiones (tres meses).

Sin embargo, resultaría simplista explicarse el abandono recurriendo únicamente al nivel socioeconómico del paciente. Más bien habría que considerar una serie de variables tanto del paciente —muchas de las cuales están asociadas a su clase social— como expectativas, motivación, valores, rasgos, etc., como del terapeuta (su modelo de paciente ideal, sus expectativas e ideología, etc.) y del proceso mismo; junto a variables extraterapéuticas como el medio ambiente en que vive el paciente. De acuerdo a esto, sería una compleja interacción de ellas lo que permitiría explicar el abandono. Así, entonces, si el paciente llega con expectativas negativas y encuentra un terapeuta poco dispuesto a tratarlo, y que al hacerlo recurre a un enfoque terapéutico que el paciente no desea y/o que puede promover cambios que el medio del paciente desconozca o rechace, lo probable es que el paciente se incomode, disguste o experimente disonancia y resuelva esta situación abandonando el tratamiento. En definitiva, lo dicho no se dirige a invalidar la relación entre nivel socioeconómico y abandono —que creemos ha recibido importante confirmación— sino a sugerir que tal relación no es invariable, puesto que modificando alguna o varias de las condiciones planteadas puede aumentar la tasa de permanencia de estos pacientes en terapia. Por lo demás, no todos ellos desertan, lo que confirma que la clase por sí sola no es suficiente. Veamos entonces qué sucede con los pacientes que terminan el tratamiento, en cuanto a los resultados de la terapia.

5. Resultados

Sorprendentemente, aunque la clase social ha sido un importante factor asociado a la admisión para y duración del tratamiento, la literatura no revela que se asocie al resultado de la terapia (Lorion, 1978; Luborsky *et al*, 1971).

Aun cuando los estudios de resultados en terapia con pacientes de bajos recursos son escasos, éstos no muestran diferencias en el beneficio que obtienen en relación a pacientes de otras posiciones sociales (Katz *et al*, 1958; Rosenthal y Frank, 1958; Brill y Storrow, 1960; Coles *et al*, 1962; Pope, *et al*, 1975). Sólo tres estudios escapan a este patrón, en dos de

los cuales los resultados son mejores con pacientes de más alto nivel socioeconómico (McNair *et al*, 1963; Rosenbaum *et al*, 1956) y en uno son los pacientes de bajos recursos quienes obtienen mejores resultados (Gottschalk *et al*, 1967).

Cabe destacar la interesante observación que consignan Albondra *et al* (1964), a partir de su estudio. Ellos notaron que pasada la undécima sesión los pacientes de nivel socioeconómico bajo, respondían mejor que los de niveles más altos, lo que explicaron por una alta motivación al cambio que poseerían los pacientes de bajos recursos que son capaces de permanecer en el tratamiento pese a los obstáculos que encontrarían para ello.

En consecuencia, no se puede sostener que los enfoques tradicionales de tratamiento, que son los evaluados en los estudios revisados, sean inefectivos con pacientes pobres, al menos con la porción de ellos que permanecen hasta el final del tratamiento. Sin embargo, no puede dejar de considerarse el alto porcentaje de desertión de estos pacientes como un “resultado” del tratamiento que debe tomarse en cuenta con seriedad, de manera de diseñar estrategias específicas que sean capaces de aumentar la permanencia de ellos y mostrar buenos resultados.

6. CONCLUSIONES

En síntesis, se ha visto que una gran cantidad de pacientes de nivel socioeconómico bajo experimentan algún tipo de patología, no obstante lo cual son proporcionalmente pocos los que llegan a consultar. Esto puede deberse, en buena medida, a la desconfianza y expectativas negativas que poseen en relación a los servicios de Salud Mental, sin que pueda desconocerse, además, el peso de variables como costo de los servicios, escasa accesibilidad a ellos y falta de información acerca de su existencia y beneficios. Estos pacientes cuando llegan a consultar lo hacen con la predisposición negativa descrita, siendo recibidos con una actitud semejante por parte del equipo profesional y administrativo de los centros asistenciales. Esto último incide en que se les diagnostican patologías de mayor gravedad, tratando luego de evitar su ingreso a la psicoterapia,

refiriéndolos de preferencia a tratamientos farmacológicos, o bien a terapias breves y con personal menos experto. Así, si un paciente de bajos recursos es enviado a psicoterapia, es muy probable que, o no se presente o deserte durante el tratamiento; sin embargo, aquéllos que logran permanecer hasta el término de la terapia, obtienen una tasa de mejoría semejante a la de pacientes de otras clases sociales.

Aun cuando lo descrito en el párrafo anterior obtuvo múltiples confirmaciones en estudios realizados en centros de atención tradicional (hospital y clínica psiquiátrica) durante los años 50 y 60, tal situación ha tendido a evolucionar positivamente a partir de la segunda mitad de la década del 60. Los orígenes de este cambio, se pueden encontrar en dos hechos que, a su vez, están interrelacionados: por una parte, la consciencia que despertaron en muchos profesionales de la Salud Mental, los resultados de las investigaciones, que reflejaron sus sesgos y prejuicios frente a los pacientes de nivel socioeconómico bajo y, por otra, el influjo del movimiento de Salud Men-

tal Comunitaria que amplió enormemente las perspectivas y posibilidad para la prevención y rehabilitación de los trastornos psicológicos. Las investigaciones efectuadas en servicios orientados comunitariamente, han demostrado variadas ventajas en relación a los servicios tradicionales en la atención de pacientes de estratos sociales inferiores, mayor cobertura, accesibilidad y aceptación a tratamiento, menor tasa de deserción y rendimiento clínico positivo, todo lo cual se realiza a un bajo costo, tanto de recursos humanos como materiales.

Basados en el marco de referencia hasta aquí expuesto, los autores realizaron una investigación empírica en la que evaluaron un programa de salud mental, orientado comunitariamente, que se ha venido desarrollando en nuestro país desde fines de la década del 60. Este es el Programa Integral de Salud Mental, el cual fue evaluado en relación al rendimiento clínico de su aplicación a una de las patologías más prevalentes en nuestro país: la neurosis. Dicha evaluación, así como sus implicaciones y proyecciones serán reportadas en una futura publicación.

Bibliografía

- Adams, P. y McDonald, N. Clinical cooling out of poor people. *American J. of Orthopsychiatry*, 1968, 38: 457-63.
- Albondra, H.; Dean, R. y Starkweather, J. Social class and psychotherapy *Archives of General Psychiatry*, 1964, 10: 276-83.
- Bailey, M.; Warshaw, L. y Eichler, R. Patients screened and criteria used for selecting psychotherapy cases in a mental hygiene clinic. *J. of Nervous & Mental Disease* 1960, 130: 72-77.
- Baum, O. y Felzer, S. Activity in initial interviews with lower class patients. *Archives of General Psychiatry*, 1964, 10: 345-53.
- Brill, N. y Storrow, H. Social class and psychiatric treatment. *Archives of General Psychiatry*, 1960, 3: 340-44.
- Coles, N.; Branch, C. y Allison, R. Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy *American J. of Psychiatry*, 1962, 118, 1004-12.
- Di Nardo, P. Social Class and diagnostic suggestion variables in clinical judgement. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 1975, 43: 362-68.
- Dohrenwend, B. y Dohrenwend, B.S. Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 1974, 25: 223-52.
- Edwards, D.; Greene, L.; Abramovitz, S. y Davidson, C. National health insurance, psychotherapy and the poor. *American Psychologist*, 1979, 34: 411-19.
- Fisher, E. y Cohen, S. Demographic correlates of attitudes toward seeking professional psychological help. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 1972, 39: 20-24.
- Garfield, S. y Wolpin, M. Expectations regarding psychotherapy. *J. of Nervous & Mental Diseases*, 1963, 137: 353-62.
- Gottschalk, L.; Mayerson, P. y Gottlieb, A. Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic *J. of Nervous & Mental Diseases*, 1967, 144: 77-96.
- Gould, R. Dr. Strongeclass: or how I stopped worrying about to the theory and treating the blue collar worker. *American J. of Orthopsychiatry*, 1967, 37: 78-86.
- Haase, W. The role of socioeconomic class in examiner bias. En F. Riessman, J. Cohen y A. Pearl (eds.): *Mental Health of the Poor*. New York, Free Press, 1964.
- Heitler, J. Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower class patients. *Psychological Bulletin*, 1976, 83: 339-52.
- Hollingshead, A. y Redlich, F. *Social class and mental illness*. New York, Wiley, 1958.

- Ifland, S.; Michelson, V.; Rojo, A. y Marconi, J. Evaluación del rendimiento terapéutico de un programa integral de neurosis aplicado a una consulta externa. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1977, 23: 208-14.
- Johnson, S. The effects of race and social class in clinical judgement. *J. of Clinical Psychology*, 1980, 36, 605-09.
- Jones, E. Social Class and Psychotherapy: A critical review of research. *Psychiatry*, 1974, 37: 307-20.
- Kamin, L. y Caughlan, J. Subjective experiences of outpatients psychotherapy. *American J. of Psychotherapy*, 1963, 17: 660-68.
- Karon, B. y Vandenbos, G. Psychotherapy techniques and the economically poor patient. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1977, 14: 169-80.
- Katz, M.; Lorr, M. y Rubinstein, E. Remained patient attributes and the relation to subsequent improvement in psychotherapy. *J. of Consulting Psychology*, 1958, 22: 411-13.
- Lennard, H. y Bernstein, A. *The anatomy of Psychotherapy: systems of communication*. New York, Columbia Univ. Press, 1960.
- Lerner, B. y Fiske, D. Clients attributes and the eye of the beholder. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 1973, 40, 272-77.
- Levitt, E. Psychotherapy research and the expectations reality discrepancy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1966, 3: 163-66.
- Lorion, R. Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychological Bulletin*, 1973, 79: 263-70.
- Lorion, R. Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 1974, 81: 344-54.
- Lorion, R. Research on Psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. En S. Garfield y A. Bergin (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 1978.
- Luborsky, L.; Chandler, M.; Auerbach, A.; Cohen, J. y Bachrach, H. Factors influencing the outcomes of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 1971, 75: 145-86.
- McNair, D.; Lorr, M. y Callahan, D. Patients and therapist influence on quitting psychotherapy. *J. of Consulting Psychology*, 1963, 27: 10-17.
- Mechanic, D. Some factors in identifying and defining mental illness. En S. Spitzer y N. Denzin (eds.): *The Mental Patient*. New York, McGraw-Hill, 1968.
- Mechanic, D. Sociocultural and social-psychological factors affecting personal responses to psychological disorders. *J. of Health and Social Behavior*, 1975, 16: 393-404.
- Moya, L. et al. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago. Comparación de poblaciones de tres niveles socioeconómicos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1969, 15: 137.
- Myers, J. y Roberts, B. *Family and Class Dynamic in Mental Illness*. New York, Wiley, 1959.
- Myers, J. y Schaffer, L. Social stratification and psychiatric practice: a study of outpatient clinic. En S. Weinberg (ed.): *The Sociology of Mental Disorders*. Chicago, Aldine, 1967.
- Overall, B. y Aronson, H. Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class. *American J. of Orthopsychiatry*, 1963, 33: 421-30.
- Pope, K.; Geller, J.; y Wilkinson, L. Fee assessment and outpatient psychotherapy. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 1975, 43: 835-41.
- Reddish, F.; Hollingshead, A. y Bellis, E. Social class differences in attitudes toward psychiatry. *American J. of Orthopsychiatry*, 1955, 25: 60-70.
- Reissman, F.; Cohen, J. y Pearl, A. (eds.) *Mental Health of the Poor*. New York, Free Press, 1964.
- Reissman, F. y Scribner, S. The under-utilization of mental health services by workers and low-income groups: causes and cures. *American J. of Psychiatry*, 1965, 121: 798-801.
- Rosenbaum, M.; Friedlander, J. y Kaplan, S. Evaluation of results of psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 1956, 18, 113-32.
- Rosenthal, D. y Frank, J. The fate of psychiatric clinic outpatient assigned to psychotherapy. *J. of Nervous & Mental Diseases*, 1958, 127: 330-43.
- Sanua, V. Sociocultural aspects of psychotherapy and treatment: A review of the literature. En L. Abt y B. Riess (eds.): *Progress in Clinical Psychology*. New York, Grune & Stratton, 1966.
- Schaffer, L. y Myers, J. Psychotherapy and Social Stratification. *Psychiatry*, 1954, 17: 83-93.
- Schneiderman, L. Social Class, diagnosis and treatment. *American J. of Orthopsychiatry*, 1965, 35: 99-105.
- Siassi, I. Messer, S. Psychotherapy with patients from lower socioeconomic groups. *American J. of Psychotherapy*, 1976, 30, 29-40.
- Siegel, N.; Kahn, R.; Pollack, M. y Fink, M. Social class, diagnosis and treatment in three psychiatric hospitals. En S. Spitzer y N. Denzin (eds.): *The mental patient*. New York, McGraw-Hill, 1968.
- Stern, M. Social class in the mental health center. *Psychiatric Quarterly*, 1977 a, 49: 62-71.
- Stern, M. Social class and psychiatric treatment of adults in the mental health center. *J. of Health & Social Behavior*, 1977 b, 18: 317-25.
- Sue, S.; McKinney, H.; Alen, D. y Hall, J. Delivery of community mental health services to black and white clients. *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 1974, 42: 794-801.
- White, A.; Fichtenbaum, L. y Dollard, J. Evaluation of silence in initial interviews with psychiatric patients. *J. of Nervous & Mental Diseases*, 1964, 139: 550-57.

Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: Una revisión de estudios

H. EDUARDO PINO G.*

RESUMEN

FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE EN LA ETIOLOGIA DEL SINDROME HIPERKINETICO: UNA REVISION DE ESTUDIOS

Considerando la diversidad de factores etiológicos reportados en la literatura científica sobre el síndrome hiperkinético, como también la falta de consenso sobre la nomenclatura y el diagnóstico del problema, se revisaron varios estudios que señalan al medio ambiente, y no al individuo, como fuente etiológica de la hiperkinesia. Radiación y toxicidad del plomo en el ambiente, aditivos en productos comestibles, y restricciones de la vida urbana moderna fueron estimados como factores patogénicos. La cualidad multifactorial de la etiología del síndrome hiperkinético fue sustentada.

El síndrome hiperkinético ha sido definido como una constelación de síntomas que se caracteriza por hiperactividad, impulsividad, limitada capacidad de atención, dificultades de aprendizaje, e inestabilidad emocional (O'Malley y Eisenberg, 1973; Levy y Hobbes, 1981). Entre otros síntomas generalmente asociados con el síndrome, también se encuentran los siguientes: confusión mental que interfiere

ABSTRACT

ENVIRONMENTAL VARIABLES IN THE ETIOLOGY OF THE HIPERKINETIC SYNDROME: A REVIEW

Considering the diversity of etiological factors reported in the literature on the hyperkinetic syndrome, as well as the lack of consensus on the labeling and diagnosing of the problem, several studies were reviewed which point to the environment instead of the individual as being the etiological source of hyperkinesia. Radiation and lead toxicity in the environment, food additives, and restrictions of modern urban living were view as pathogenic factors. The multifactor quality of the etiology of the hyperkinetic syndrome was supported.

con la comprensión de instrucciones y con la habilidad de seguir órdenes, tendencias a distraerse y a perseverar, deficiencias en la memoria, preponderancia de un modo concreto de pensar, problemas de percepción, deficiencias de coordinación motora, y desórdenes de lenguaje y audición. El sujeto hiperkinético manifiesta, además, una variedad de dificultades emocionales, usualmente de carácter secundario al síndrome, pero en ninguna manera de menor significancia, entre ellas, la impaciencia, irritabilidad y poca tolerancia a la frustración, cambios bruscos de ánimo, y otros

*Clinical Psychology, Department of Mental Health Sciences, Hahnemann Medical College & Hospital Philadelphia, Pa. 19102, U.S.A.

problemas primordialmente de tipo egocéntrico.

Se han empleado varios términos en la literatura científica para describir a este cuadro psicológico. Algunos de ellos han sido "síndrome de daño (o lesión) cerebral" (Werner y Strauss, 1941) o de "daño cerebral mínimo" (Wolff y Hurwitz, 1973), "síndrome de disfunción cerebral mínima" (Clements, 1966), "síndrome de conducta hiperkinética" (Laufer y Denhoff, 1957), "síndrome de hiperactividad infantil" (Stewart y col., 1966), e "hiperkinesia del desarrollo" (Bakin y Bakwin, 1966). La Asociación Americana de Psiquiatría ha registrado esta constelación sintomática como "reacción hiperkinética de la infancia" (APA, 1968), y más recientemente como "desórdenes de deficiencia de atención con hiperkinesia" (APA, 1980). Por último, la Organización Mundial de la Salud ha sugerido el uso del término "síndrome hiperkinético" (Rutter y col., 1969).

Es el componente de hiperactividad del síndrome, o sea, la hiperkinesia, el que más frecuentemente se presenta como problema en clínicas infantiles, instituciones residenciales para niños y en la práctica particular (Chess, 1960). Esto es fácil de comprender pues, desde el punto de vista de la conducta, es la hiperactividad lo que causa mayor disturbio en la escuela y en el hogar. Se ha demostrado que los padres generalmente reaccionan en forma negativa a la hiperactividad en comparación a la conducta normal y a la pasividad (Stevens-Long, 1973). Se ha notado también que evaluaciones negativas sobre la inquietud e hiperactividad representan la queja mayor en los colegios, y que los profesores desfavorecen a los niños hiperactivos porque éstos les crean los peores problemas disciplinarios (Stone y col., 1969).

En el presente se estima que en los Estados Unidos, por ejemplo, la hiperkinesia afecta entre un 3% y 20% de todos los niños. La inexactitud del porcentaje refleja en parte la variabilidad con que se diagnostica el problema; algunos profesionales usan el diagnóstico incluso cuando no hay evidencia suficiente para darlo, mientras otros no lo reconocen aun cuando realmente está presente. Obviamente, la falta de consenso sobre el término mismo, impide la unanimidad diagnóstica. De todos

modos, se ha concluido que en dicho país hay, en promedio, un niño hiperkinético en cada sala de clases, como también uno en una de cada diez familias (Taylor, 1980). La tan alta tasa de incidencia no es favorecida por la diversidad de opiniones que existe entre los profesionales médicos, académicos y clínicos en el campo de la salud mental. No se concuerda sobre el diagnóstico exacto del síndrome hiperkinético, como tampoco sobre sus causas, ni, por consiguiente, en su tratamiento. Esto parece ser el resultado más que nada de la cualidad múltiple del síndrome.

Aunque los síntomas primarios del síndrome hiperkinético han sido considerados parte de un cúmulo unitario (Groover, 1972; Laufer y Denhoff, 1957; McMahon y col., 1970; O'Malley y Eisenberg, 1973; Stewart y col., 1966), no han demostrado tener una causa común. De hecho, hay muy poca evidencia de que estos síntomas principales están etiológicamente conectados ya que el síndrome mismo ha sido relacionado a factores etiológicos tan diversos como lesión cerebral (Ernhart y col., 1963; Towbin, 1971), transmisión genética (Cantwell, 1975; Safer, 1973), desequilibrios químicos (Rapoport y col., 1974), prácticas de crianza (Battle y Lacey, 1972), psicopatología en la familia (Morrison y Stewart, 1971), aprendizaje (Bandurra y col., 1963), atraso en la maduración (Abrams, 1968), alergias (Baldwin y col., 1968; Philpott y col., 1975), y aditamentos en productos comestibles (Feingold, 1973, 1975 a, 1975 b; Rapp, 1980; Taylor, 1980). Indiscutiblemente, esto sugiere una alta probabilidad de que hayan múltiples etiologías por cada aspecto del síndrome.

El enfoque del presente artículo es en la hiperkinesia, o hiperactividad (ambos términos se refieren a un exceso anormal de actividad), la cual constituye el síntoma primario más frecuentemente manifestado del síndrome. Hiperkinesia es definida aquí como un nivel consistentemente alto de actividad que el niño es incapaz de inhibir a voluntad, y que se manifiesta en una variedad de situaciones resultando generalmente en conducta inapropiada. Específicamente, el presente trabajo considera factores etiológicos de la hiperkinesia que provienen del medio ambiente, en distinción de factores psicogénicos y orgánicos ya

conocidos (Bettelheim, 1973; Henderson y col., 1973; Werry, 1968; Werry y Sprague, 1970).

Debido a la frecuente observación de hiperactividad en niños afectados con desórdenes neurológicos, la hiperkinesia fue originalmente definida como un síndrome de lesión cerebral. En ese respecto, fue concebida en forma no muy diferente a condiciones como la parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos como los desórdenes convulsivos, sensoriales o de percepción. Sin embargo, observaciones de psicólogos y pediatras, y resultados de investigaciones hechas desde mediados de la década de 1950, han hecho imposible sustentar la impresión de que todos los niños hiperkinéticos padecen de alguna lesión cerebral. Exámenes médicos en la mayoría de los casos no indican ningún daño físico en el cerebro de niños hiperkinéticos (Taylor, 1980). Ha sido precisamente en los últimos 25 años, que la hiperkinesia se ha estado manifestando con mayor frecuencia. Se ha llegado entonces, a afirmar que este problema no es invariablemente una señal de daño cerebral (Fuisz y Fuisz, 1971; Taylor, 1980), y que no hay evidencia suficiente para considerar lesiones cerebrales como factor mayor en la etiología de la hiperkinesia (Stewart y Olds, 1973; Werry, 1968). Complicando la situación aún más, se ha observado que muchos niños con evidencia indiscutible de daño cerebral no manifiestan conducta hiperkinética (Fuisz y Fuisz, 1971). Consecuentemente, se ha esclarecido que daño cerebral "per se" no causa hiperkinesia necesariamente. Tal es que, aunque muchos de los informes del síndrome se refieren a niños que sufren condiciones neurológicas crónicas o que tienen una historia definida de lesión cerebral, el síndrome se hace manifiesto muy a menudo en niños con tal historia. Chess (1960), por ejemplo, encontró que en un grupo de 82 niños hiperkinéticos vistos en su consultorio particular, sólo 14 (alrededor del 17%) tenían daño al cerebro. Más recientemente, Stewart y Olds (1973) han estimado que menos del 10% de los casos hiperkinéticos tienen historia de lesión cerebral.

El aumento prevaeciente de hiperkinesia en los Estados Unidos desde los años 1950, se ha hecho muy difícil de reconciliar con las explicaciones etiológicas que ponen la raíz del

problema hiperkinético dentro del niño en la forma de daño o disfunción cerebral. Tales explicaciones han sido desacreditadas por una evidencia creciente que descarta la presencia de lesión cerebral en un gran número de niños hiperkinéticos, como lo ha indicado Winchell (1975) en adición a las observaciones referidas en el párrafo anterior. Resultados de un alto número de evaluaciones de estos niños sugieren disturbios funcionales de suma tenuidad en el sistema nervioso central en vez de lesiones cerebrales definidas. Una pregunta apropiada al respecto es si, al menos en algunos casos aunque considerables en número, dichas alteraciones no son resultados de condiciones ambientales. Es concebible, además, que ciertos niños puedan directamente reaccionar a restricciones del ambiente a través del comportamiento sin necesariamente sufrir ningún grado de disfunción cerebral. Es así como investigaciones recientes han sugerido que muchos niños que padecen de hiperkinesia pueden bien ser el producto, como también las víctimas, de los avances tecnológicos de la sociedad moderna, y que la fuente del problema no está invariablemente dentro del niño sino, en cambio, está radicada en factores ambientales externos a él. De acuerdo con esto, se sostiene ahora que la raíz del problema hiperkinético puede originarse en el medio ambiente en la forma de elementos polutos y restricciones de la vida urbana contemporánea.

Factores ambientales ya investigados en relación a la etiología de la hiperkinesia, son considerados a continuación. Antes, se debe señalar que estos factores no son absolutamente independientes de los trastornos neurológicos y psicológicos en los niños hiperkinéticos. Indiscutiblemente, en la mayoría de los casos dichos factores no pueden ser considerados como elementos separados y totalmente distintos ya que generalmente están estrechamente conectados al trauma orgánico y emocional. Se presentan aquí independientemente para llamar la atención a otra dimensión —por tiempo ignorada indebidamente— de la multiplicidad de este cuadro clínico, y para facilitar el tratamiento comprensivo y total necesario para reducir a un mínimo las dificultades primarias y complicaciones secundarias que limitan a los individuos hiperkinéticos.

cos. Naturalmente, un mayor conocimiento de factores patogénicos debiera resultar en intervenciones preventivas más adecuadas.

RADIOACTIVIDAD

Observaciones experimentales han sugerido que la hiperkinesia puede ocurrir como consecuencia de la radiación que a veces resulta de los aparatos de televisión y de la luz fluorescente (Hartley, 1974; Ott, 1974). Ott (1974, 1976) quien ha estado por años investigando los efectos de la luz artificial en el ser humano, ha afirmado que la luz fluorescente comúnmente usada en las escuelas es nociva debido a que emite rayos X. La emisión ocurre a través de los electrodos catódicos ubicados en los extremos de los tubos fluorescentes. Ese investigador ha declarado que la iluminación fluorescente, como así también los televisores de tubo catódico no escudado pueden exponer a las personas a suficiente radiación como para causarles hiperkinesia directamente.

El efecto hiperactivo que causan los rayos X emitidos por electrodos catódicos en tubos de luz fluorescente y por pantallas de TV, ha sido comprobado experimentalmente con animales de laboratorio. En un experimento, Hartley (1974) puso un grupo de ratas en frente a un televisor con tubo catódico standard, y a un grupo control de los mismos animales frente a un televisor similar pero con tubo catódico escudado. Los resultados demostraron que las ratas expuestas a la radiación se convirtieron hiperactivas muy rápidamente, eventualmente llegando a morir después de una prolongada exposición a la radiactividad. El grupo control, sin embargo, no manifestó ninguna alteración en su conducta ni condición física.

Interés en el efecto causativo de conducta hiperactiva de la radiación se desarrolló de varias observaciones que señalaron cambios significativos en el comportamiento y cambios transitorios en el sistema nervioso central en animales expuestos repetidamente a frecuencias de radio y TV (Freay, 1965). Al nivel humano, confirmación de la relación causativa entre radiación e hiperkinesia ha sido presentada por el caso-estudio de una niña sumamente hiperactiva quien era expuesta inadvertidamente a largos períodos de radiación

proveniente de un televisor (Hartley, 1974). Esta niña, noche a noche era accidentalmente sometida a un escape de radiación de un televisor ubicado en contra la pared de una sala adyacente a su dormitorio. El aparato estaba, por lo tanto, separado de la cabecera de su cama sólo por la pared entre las dos salas. Cuando el tubo de TV fue escudado, y por ende el escape de radiación tapado, un cambio sorprendente se hizo evidente en la conducta de la niña. Ella comenzó a demostrar una disminución progresiva en la hiperkinesia hasta que eventualmente volvió a su normalidad.

Ott con sus asociados (Mayron, Ott y col., 1974) continuó a estudiar el efecto de la radiación a través de la luz fluorescente en la hiperkinesia. Utilizando niños de edad escolar con problemas de hiperkinesia establecido, compararon el efecto de la luz fluorescente standard, o sea, no protegida, con el de la luz fluorescente de tubos escudados. Los niños investigados esperaban ser asignados a clases especiales debido a su inabilidad de funcionar adecuadamente en el ambiente de las salas de clases regulares. Usando un diseño experimental simple, los investigadores pusieron a algunos de los sujetos en salas de clases iluminadas con luz fluorescente standar, y a otros en salas con tubos fluorescentes escudados. Como se esperaba, los resultados indicaron un mejoramiento notable en los niños hiperkinéticos puestos bajo iluminación fluorescente escudada. Se observó, además, que la irritabilidad y limitada capacidad de atención que también caracterizaba a estos niños fueron igualmente corregida. El mejoramiento de la conducta hiperkinética fue tal, que el enrolamiento en clase especial dejó de ser necesario (Mayron y col., 1974).

Las observaciones y resultados tienen una gran significancia para el tratamiento de la hiperkinesia pues, si al menos ciertos niños hiperkinéticos representan condiciones de tensión provocadas por radiación, el factor mórbido podría ser fácilmente controlado como se puede deducir de las manipulaciones empíricas realizadas en los estudios citados.

TOXICIDAD DEL PLOMO

El plomo, elemento metálico sin función esencial en el organismo humano, se encuentra

presente tan ampliamente en el ambiente urbano moderno, que es casi imposible de ser evitado, incluso por guaguas recién nacidas y antes de nacer como se ha demostrado (Lin-Fu, 1972). La presencia en alta escala de este elemento aparentemente ha sido ignorada a pesar de ser un agente tóxico al organismo humano. En los Estados Unidos la intoxicación, aunque no necesariamente letal, de plomo en niños, ha ocurrido tan frecuentemente que se le ha llegado a considerar como una "epidemia silenciosa" (Needleman, 1973). La mayoría de los casos de intoxicación de plomo en ese país ha sido asociada con la ingestión de pinturas de pared fabricadas a base de plomo, las cuales eran generalmente usadas en el pasado y aún se encuentran en las paredes de casas en deterioro en las áreas urbanas pobres. La pintura que se descascara en esas casas que no han sido vueltas a pintar por mucho tiempo, contiene pigmentos de plomo. La ingestión del tóxico en esa forma ocurre mayormente en niños preescolares que manifiestan pica*. Igualmente, es común también que niños ingieran plomo al morder lápices de cera para colorear (crayon) los cuales contienen compuestos de tal metal.

Otra fuente grande de plomo en el medio ambiente, es la gasolina (en Chile comúnmente llamada bencina) de alto octanaje. En dicho país norteamericano, alrededor de 200.000 toneladas de plomo son emitidas a la atmósfera cada año como resultado de la combustión de gasolina de alto octanaje por vehículos motorizados. Los niños, especialmente en sectores urbanos, pueden absorber del aire el plomo proveniente de automóviles y camiones, pueden ingerirlo al respirar el polvo de las calles que contiene partículas del tóxico, o simplemente comiendo, donde sea posible, la nieve de las calles con tráfico de vehículos (Reporte de la Agencia de Protección Ambiental, 1972).

Con respecto a la hiperkinesia, no se sabe si el involucramiento de plomo en ciertos niños hiperkinéticos es primario, contributivo, o incidental. Lo que sí se ha establecido en investigaciones recientes, es que niños con concen-

traciones elevadas de plomo en el organismo, pero bajo un nivel tóxico letal, exhiben formas de conducta hiperkinética (David y col., 1972). Aunque los resultados de David y sus asociados no proporcionaron la evidencia suficiente para concluir en una relación de causa-efecto entre hiperkinesia y niveles no tóxicos de plomo en el organismo, ellos han sustentado que tal relación es altamente probable. Dichos investigadores encontraron que muchos de los niños hiperkinéticos que analizaron, habían mantenido acumulaciones de plomo a un nivel elevado aunque no tóxico como para ser letal por un período de tiempo considerable, y que la hiperkinesia que manifestaban era más que nada una consecuencia del moderado, pero prolongado factor ofensivo. Las observaciones que hicieron de niños hiperkinéticos, quienes ya habían recibido tratamiento por ingestión de plomo, llevó a estos investigadores a creer que la hiperkinesia puede ser —en ciertos casos— una condición que resulta de elevaciones no tóxicas, pero continuas de plomo en el organismo, en vez de un simple efecto directo de intoxicación de tal metal (David y col., 1972). Más recientemente, la relación entre el síndrome hiperkinético y niveles elevados de plomo en niños escolares ha sido confirmada (Needleman y col., 1979).

La cuestión causa-efecto de la relación entre el plomo e hiperactividad ha sido resuelta al menos al nivel infrahumano a través de estudios experimentales con ratones (Silbergeld y Goldberg, 1973, 1974). En un estudio, Silbergeld y Goldberg (1973) le añadieron concentraciones de plomo al agua de beber de un grupo de ratones experimentales. Encontraron que los ratones que ingirieron plomo en esa forma, se pusieron tres veces más activos que los del grupo control, los cuales continuaron a beber agua inalterada. Estimaron, por lo tanto, que sus resultados daban evidencia conclusiva de una relación causa-efecto directa entre la ingestión de plomo y altos niveles de actividad en ratones. Resultados similares han sido obtenidos en experimentos con ratas (Sauerhoff y Michaelson, 1973). Silbergeld y Goldberg (1974) confirmaron la relación causa-efecto entre ingestión de plomo e hiperactividad en ratones en un estudio posterior, en el cual aplicaron el tratamiento de hiperkinesia en base a drogas que se usan co-

*Pica: Ingestión anormal de sustancias no alimenticias y usualmente tóxicas.

múnmente con niños, o sea, administración de medicamento estimulante para reducir —paradójicamente— la hiperactividad. Encontraron que los ratones que se habían puesto hiperactivos al tragar plomo, reducían su hiperactividad después de ingerir las varias drogas estimulantes que fueron usadas. El paralelo entre el modelo animal de la causa y tratamiento de hiperactividad presentado por Silbergeld y Goldberg (1974), y las observaciones clínicas similares de hiperkinesia en niños (Eisenberg, 1972), sugieren firmemente que el plomo en el medio ambiente puede ser a menudo un agente etiológico en el comportamiento hiperkinético de niños en áreas urbanas.

Como se puede inferir, la existencia abundante de plomo en el ambiente urbano moderno presenta un problema de serias consecuencias para el desarrollo y funcionamiento neuropsicológico. Se han observado, como efecto de su toxicidad, disturbios encefalopáticos con manifestaciones de hiperkinesia, impulsividad y deficiencias perceptuales (Thurston y col., 1955; White y Fowler, 1960). También se ha visto cómo la exposición a este metal en la infancia ha disminuido, pocos años más tarde, el nivel intelectual y la capacidad de aprendizaje (Zarkowsky, 1976). En casos de hiperkinesia en que se sospeche involucramiento de plomo, exámenes de sangre y de orina pueden confirmar la etiología.

ADITAMENTOS EN LOS PRODUCTOS COMESTIBLES

Se ha discutido en la literatura médica varios efectos adversos en el sistema nervioso central causados por reacciones alérgicas a la ingestión de ciertos elementos, generalmente aditivos, en las comidas procesadas (Baldwin y col., 1968). Los resultados de algunas investigaciones han sugerido, más específicamente, una conexión entre hiperactividad, irritabilidad y otras reacciones del sistema nervioso, y alergias causadas por algunas comidas (Moyer, 1975; Randolph, 1947). Entre otras observaciones, Baldwin y col. (1968) han encontrado desórdenes neuropsíquicos en guaguas y niños como consecuencia de alergias a ciertos productos comestibles. Aún más signi-

ficativo es el éxito logrado en el tratamiento de ciertas condiciones neurológicas a través del simple retiro de un producto ofensivo del régimen de comida (Crook y col., 1961). Se ha afirmado, además, que los agentes causantes de alergias también afectan directamente al sistema nervioso central en áreas donde se encuentran conexiones neurales que controlan la agresión (Moyer, 1975).

Más popularmente conocida es la posición del famoso pediatra norteamericano B. Feingold sobre los efectos de los aditivos en las comidas en la hiperkinesia y problemas del aprendizaje. Feingold (1973, 1975 a, 1975 b) ha indicado que los químicos frecuentemente usados en las comidas procesadas para añadir sabor y color son los factores causantes de un número considerablemente alto de casos de hiperkinesia e inhabilidades del aprendizaje en niños. En un estudio experimental en el cual 194 niños hiperkinéticos fueron puestos en dietas sin aditivos —particularmente carente de salicilatos y carbohidratos del tipo del azúcar refinada— Feingold (1975 a) observó un cambio de conducta “dramático” en 58 de los niños, y una “reacción favorable” en otros 35. Notó también que los niños más menores mostraron una marcada cesación de sus síntomas hiperkinéticos en sólo pocos días, mientras los de edad escolar manifestaron su mejoramiento completo en un período de dos o tres semanas. La rapidez con que la dieta Feingold efectúa su función terapéutica parece depender de la edad del paciente; entre más pequeño sea el niño, más rápido y más completo es el mejoramiento.

Al comienzo, las afirmaciones de Feingold fueron recibidas con gran escepticismo en los círculos científicos. Después de un período de mucha controversia, y de mayor observación clínica, los proponentes del rol etiológico de ciertos compuestos comestibles en la hiperkinesia han aumentado (Taylor, 1980; Rapp, 1980). Un grupo de investigadores ha confirmado experimentalmente el efecto terapéutico de la dieta de Feingold en niños escolares cuya disminución en conducta hiperkinética como resultado de la dieta especial fue observada por padres y profesores en comparación a un grupo control (Connors y col., 1976).

Hay en el presente, suficiente evidencia sobre los efectos de ciertos químicos comestibles,

y de la nutrición en general, no sólo en problemas de la conducta, como también en varios malfuncionamientos neuropsicológicos (Gaddes, 1978), como para poder descartar las proposiciones de Feingold. Es así como en los últimos años, se ha ido fomentando un gran interés en la relación entre el desarrollo neurológico, el aprendizaje y la nutrición. Con respecto a la hiperkinesia, los aditamentos en comestibles procesados están siendo estimados por lo menos como factores correlativos en ciertos casos (Gaddes, 1980).

RESTRICCIONES AMBIENTALES

Existen al menos dos estudios de interés que relacionan la hiperkinesia a restricciones del ambiente en niños de barrios en decadencia urbana (McNamara, 1972; Thomas y col., 1974). En el primero, McNamara (1972) encontró que la hiperkinesia en muchos niños puertorriqueños de familias que viven en el decadente distrito del Bronx en la ciudad de Nueva York, se desarrolla de las tensiones, demandas y otras condiciones intrínsecas de la vida en barrios urbanos empobrecidos. Los niños en ese tipo de ambiente raramente tienen la oportunidad de expresar su energía física, principalmente por la falta de espacio y de facilidades recreacionales, y por la amenaza que presenta la violencia en las calles. Observando a estos niños, McNamara encontró que muchos de ellos reaccionan a las restricciones impuestas en contra la expresión de su energía física con un cuadro distintivo de conducta hiperkinética, específicamente con hiperactividad, inquietud e inatención. Estos niños pasan días enteros dentro de sus casa-departamentos y van a escuelas que carecen de patios de juego. En exámenes físicos y neurológicos no acusan anormalidades; sin embargo, su estado de tensión es evidente al observador. McNamara concluyó que estos niños no sufren de disfunciones orgánicas, y que el remedio para los problemas de hiperkinesia que les afectan se encuentran en tener la oportunidad para expresar actividad física adecuadamente. Tal solución necesita ser confirmada por evidencia empírica que apoye con un mayor número de sujetos a los resultados posi-

tivos de un par de casos ya registrados (estudios aquí citados).

El segundo estudio que sugiere que la hiperkinesia se desarrolla como resultado de restricciones ambientales es el presentado por Thomas y sus asociados (1974). Estos investigadores estudiaron a niños hiperkinéticos puertorriqueños de clase trabajadora residente en el famoso barrio de Harlem, también en la ciudad de Nueva York. El grupo de Thomas encontró que la hiperkinesia en estos niños, se relacionaba a la manera con que los padres trataban de enfrentar a los peligros de la comunidad, específicamente, la prohibición a sus hijos de salir a la calle más la exigencia que les hacían de restringir la actividad física dentro del hogar. El efecto hiperkinético que resultaba de este método de protección y disciplina contra las adversidades de un ambiente urbano y peligroso es muy similar al descrito por McNamara (1972).

Thomas y col., igualmente concluyeron que el problema primordial en el desarrollo del síndrome hiperkinético en la población que estudiaron era la falta de un espacio salvo y adecuado para la actividad física. Sustentaron tal conclusión con el caso sorprendente de un niño, que habiendo sido considerado un "remolino hiperactivo incontrolable", mostró una marcada mejoría en su conducta hiperkinética cuando se mudó con su familia a una casa con patio, donde, obviamente se le permitió jugar.

Observaciones de este tipo señalan en forma crítica la importancia etiológica que pueden tener ciertas condiciones sociales desfavorables que resultan de los medios ambientes carentes de los elementos básicos para la mantención de la salud.

En resumen, ya sea la radiación proveniente de tubos de luz fluorescente o de aparatos de TV, o la presencia tóxica del plomo derivada de productos petroquímicos, o de sustancias añadidas a comestibles procesados, u otros factores aún por descubrir, existen en el medio ambiente moderno agentes aún no controlados debidamente, que insultan al organismo humano. En particular, afectan o estimulan al sistema nervioso central causando disturbios de tipo neurológico, los que, al menos en niños, alteran la conducta y ciertos procesos neuropsicológicos como la atención.

Los varios factores ambientales (físico y social) con demostrada significación etiológica en la hiperkinesia aquí revisados, expanden la multiplicidad de la etiología del síndrome hiperkinético más allá del sujeto mismo, y dan evidencia de que la fuente del problema se encuentra, en muchos casos, en la sociedad industrializada de hoy. Aunque varias de las referencias hechas corresponden a condiciones en los Estados Unidos —autonomasia del desarrollo tecnológico avanzado— las observaciones aquí consideradas son, sin duda, igualmente aplicables a situaciones similares en los centros urbanos latinoamericanos con

equivalente grado de urbanización e industrialización.

El enfoque exclusivo sobre factores ambientales en la etiología del síndrome hiperkinético representa la extensión del presente trabajo, y de ninguna manera se debiera interpretar como sugerencia de que otros factores etiológicos (orgánicos o emocionales) sean menos válidos y significativos. Se hace evidente que una sola causa de hiperkinesia es improbable; por el contrario, las causas son diversas y a menudo operan en forma compuesta. Los factores ambientales citados añaden una dimensión más a la etiología del problema.

REFERENCIAS

- Abrams, A. Delayed and irregular maturation versus minimal brain injury. *Clinical Pediatrics*, 1968, 7: 344-349.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders II*. Washington, D.C.: APA, 1968.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders III*. Washington, D.C.: APA, 1980.
- Bakwin, M. y Bakwin, R. *Clinical management of behavior disorders in children*. Philadelphia: Saunders, 1966.
- Baldwin, D. y col. The relationship of allergy to cerebral dysfunction. *Southern Medical Journal*, 1968, 61: 1039.
- Bandura, A. y col. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 1963, 63: 575-582.
- Battle, E. y Lacey, B. A context for hyperactivity in children, over time. *Child Development*, 1972, 43: 757-773.
- Bettelheim, B. Bringing up children. *Ladies Home Journal*, 1973, 90: 28.
- Cantwell, D. Genetic studies of hyperactive children. En *fiere, R. y col. Genetic Research in Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1975.
- Clements, S. *Task Force One: Minimal brain dysfunction in children*. National Institute of Neurological Diseases & Blindness, Monograph # 3, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1966.
- Conners, C. y col. Food additives and hyperkinesia: a controlled double-blind study. *Pediatrics*, 1976, 58: 154-166.
- Crook, W. y col. Systematic manifestations due to allergy. *Pediatrics*, 1961, 27: 790.
- Chess, S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 1960, 60: 2379-2385.
- David, O. y col. Lead and hyperactivity. *Lancet*, 1972, 2: 900-903.
- Eisenberg, L. The hiperkinetic child and stimulant drugs. *New England Journal of Medicine*, 1972, 287: 249-250.
- Ernhart, C. y col. Brain injury in the preschool child, II: Comparison of brain injured and normal children. *Psychological Monographs*, 1963, 77: 17-33.
- Feingold, B. *Introduction to clinical allergy*. Springfield, Ill.: Thomas, 1973.
- Feingold, B. Hyperkinesia and learning disabilities linked to artificial food flavors and colors. *American Journal of Nursing*, 1975 a, 75: 797-803.
- Feingold, B. *Why your child is hyperactive*. New York: Random House, 1975 b.
- Freay, A. Behavioral biophysics. *Psychological Bulletin*, 1965, 63: 322-337.
- Fuisz, R. y Fuisz, R. *The hyperactive child*. Summit, N.J.: MEDCOM, Inc. (CIBA), 1971.
- Gaddes, W. Learning disabilities: The search for causes. En *Bell Canada Monograph on Learning Disabilities*. Canadian Assoc. for Children with L.D. Montreal, 1978.
- Gaddes, W. *Learning disabilities and brain function: A neuropsychological approach*. New York: Springer-Verlag, 1980.
- Groover, R. The hyperkinetic child. *Psychiatric Annals*, 1972, 2: 36-44.
- Hartley, E. Radiation that's good for you. *Science Digest*, 1974, 76: 39-45.
- Henderson, A. y col. A hypothesis on the etiology of hyperactivity, with a pilot study report of related non-drug therapy. *Pediatrics*, 1973, 52: 625.
- Laufer, M. y Denhoff, E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 1957, 50: 463-474.
- Levy, F. y Hobbes, G. The diagnosis of attention deficit disorder (hyperkinesia) in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 376-384.
- Lin-Fu, J. Undue absorption of lead among children — a new look at an old problem. *New England Journal of Medicine*, 1972, 236: 702-710.
- McMahon, S. y col. The hyperactive child. *Clinical Proceedings of Children's Hospital*, 1970, 26: 295-316.
- McNamara, J. Hyperactivity in the apartment bound child. *Clinical Pediatrics*, 1972, 11: 371-372.

- Mavron, L., Ott, J. y col. Light, radiation, and academic behavior. *Academic Therapy*, 1974, 10: 33-47.
- Morrison, J. y Stewart, M. A family study of the hyperactive child syndrome. *Biological Psychiatry*, 71, 3: 189-195.
- Moyer, K. Allergy and aggression: The physiology of violence. *Psychology Today*, 1975, 9: 76-79.
- Needleman, H. Lead poisoning in children: Neurologic implications of widespread subclinical intoxication. *Seminars in Psychiatry*, 1973, 5: 47-53.
- Needleman, H. y col. Deficits in psychology and classroom performance of children with elevated lead levels. *New England Journal of Medicine*, 1979, 300: 689-695.
- O'Malley, J. y Einsenberg, L. The hyperkinetic syndrome. *Seminars in Psychiatry*, 1973, 5: 95-103.
- Ott, J. The eyes' dual function, Part II. *Eye, Ear, Nose, and Throat Monthly*, 1974, 53: 377-381.
- Ott, J. *Health and Light*. New York: Packet Book, 1976.
- Philpott, W. y col. Allergic toxic and chemically defective states as causes and/or facilitating factors of emotional reactions, dyslexia, hyperkinesia, and learning problems. En Ansara, A. *Selected Papers on Learning Disabilities*. Association for Children with Learning Disabilities, 1975.
- Randolph, T. Allergy as a causative factor of fatigue, irritability and behavior problems in children. *Journal of Pediatrics*, 1947, 31: 560-572.
- Rapoport, J. y col. Minor physical anomalies plasma dopamin-B-hydroxylase in hyperactive boys. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131: 386-390.
- Rapp, D. *Allergies and the hyperactive child*. New York: Cornerstone, 1980.
- Reporte de la Agencia para la Protección Ambiental (EPA). *Health hazards of lead*. Washington, D.C.: EPA, 1972.
- Rutter, M. y col. A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1969, 10: 41-61.
- Safer, D. A familial factor in minimal brain dysfunction. *Behav. Genetics*, 1973, 3: 175.
- Sauerhoff, M. y Michaelson, I. Hyperactivity and brain catecholamines in lead-exposed developing rats. *Science*, 1973, 182: 1022-1024.
- Silbergeld, E. y Goldberg, A. A lead-induced behavioral disorder. *Life Sciences*, 1973, 13: 1275-1283.
- Silbergeld, E. y Goldberg, A. Lead-induced behavioral dysfunction: An animal model of hyperactivity. *Experimental Neurology*, 1974, 42: 146-157.
- Stevens-Long, J. The effect of behavioral context on some aspects of adult disciplinary practice and affect. *Child Development*, 1973, 44: 476-484.
- Stewart, M. y col. The hyperactive child syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1966, 36: 861-867.
- Stewart, M. y Olds, S. *Raising a hyperactive child*. New York: Harper & Row, 1973.
- Stone, F. y col. A survey of elementary school children's behavior problems. Trabajo presentado en la reunión anual de la American Orthopsychiatry Assoc., 1969.
- Taylor, J. F. *The hyperactive child and the family*. New York: Everest House, 1980.
- Thomas, A. y col. Cross-cultural study of behavior in children with special vulnerabilities to stress. En Ricks, D. y col. *Life history research in psychopathology*, Vol. 3. Minneapolis: U. of Minnesota Press, 1974.
- Thurston, I. y col. The late effects of lead poisoning. *J. of Pediatrics*, 1955, 47: 413-23.
- Towbin, A. Organic causes of minimal brain dysfunction: Perinatal origin of minimal cerebral lesions. *JAMA*, 1971, 217: 1207-1209.
- Werner, H. y Strauss, A. Pathology of figure-background relation in the child. *J. of Abnormal and Social Psychology*, 1941, 36: 236-248.
- Werry, J. Developmental hyperactivity. *Pediatric Clinics of North Amer.*, 1968, 15: 581-599.
- Werry, J. y Sprague, R. Hyperactivity. En Costello, C. *Symptoms of psychopathology: A handbook*. New York: Wiley, 1970.
- White, H. y Fowler, F. Chronic lead encephalopathy: A diagnostic consideration in mental retardation. *Pediatrics*, 1960, 25: 309-315.
- Winchell, C. *The hyperkinetic child: A bibliography*. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1975.
- Wolff, P. y Hurwitz, I. Functional implications of the minimal brain damage syndrome. En Walzer, S. y Wolff, P. *Minimal cerebral dysfunction in children*. New York: Grune & Stratton, 1973.
- Zarkowsky, H. The lead problem in children: Dictum and polemic. *Current Problems in Pediatrics*, 1976, VI, 1-47.

CONTROVERSIA

En general, la política de revisión de artículos para su aceptación, modificación o rechazo para la Revista Chilena de Psicología establecida por el Comité Editorial, es que los consultores desconozcan el nombre(s) del autor(es) y a la vez, éste, de los consultores.

En el caso del Artículo "Factores del Medio Ambiente en la Etiología del Síndrome Hiperkinético: una revisión de estudios" de E. Pino, que aparece en este número, el Consultor pidió se comunicara al autor del trabajo sus comentarios. Como nos pareció que éstos constituían un aporte al problema, y con la aprobación de I. Santibáñez, solicitamos el permiso del autor para hacerlos llegar al público. Después de leerlos, gentilmente accedió a su publicación por considerar, y citamos textualmente: "no sólo constructivo sino positivo en el sentido de abrir un diálogo profesional, serio y estimulante entre compatriotas trabajando en la misma disciplina, pero en diferentes puntos del continente".

Finalizamos este intercambio de ideas sobre el síndrome hiperkinético con la respuesta del autor E. Pino, a los comentarios de I. Santibáñez.

Invitamos a nuestros colegas a participar también en esta sección, haciéndonos llegar sus opiniones y críticas sobre trabajos de la Revista, en la forma seria y fundamentada en que aparecen las opiniones que se leen a continuación.

EL COMITÉ EDITORIAL.

CONTROVERSIA

Comentarios Sobre factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: Una revisión de estudios

IBCIA SANTIBAÑEZ¹

Me parece importante que la hiperkinesia sea un tema que motive una revisión bibliográfica y que sea objeto de trabajos que se publiquen en la Revista Chilena de Psicología. Cada vez es más reconocida la frecuencia con que este síndrome ocurre en la población infantil y adulta joven.

Como dice su título, esta revisión se centra en los factores ambientales que podrían jugar un papel en los mecanismos desencadenantes de conductas hiperkinéticas. Dividiré el comentario en dos partes: La primera, sobre el contenido de los artículos revisados y la segunda, sobre la forma de presentación.

Desde el título tenemos con el autor una grave discrepancia (grave "en el sentido de lo que hace pensar" según Heidegger): lo que el autor plantea como etiología, según la información que tengo y que explicaré con datos bibliográficos, no sería la etiología. Se trataría más bien de una revisión de trabajos sobre datos en animales y humanos que muestran la posible influencia que factores ambientales, (que podrían considerarse intervinientes), tendrían en la facilitación de conductas motoras hiperkinéticas, y la evaluación de esta facilitación. Estos trabajos podrían considerarse más bien dentro de la patogenia, si se revisan los conceptos de entidad nosológica.

En relación a "etiología", desde hace varios años, han llamado la atención tres esenciales tipos de síntomas dentro de las hiperkinesias cuya investigación ha facilitado los estudios causales y fisiopatológicos de este síndrome:

1° La reacción paradójal a los psicofármacos.

Es decir, la producción de un efecto contrario al esperado en la población normal. Con psicofármacos activantes de Sistema Nervioso Central, es obtenida sedación y menor cantidad de movimientos, con alargamiento de los períodos de atención y concentración. Con fármacos inhibidores, es producida activación de las conductas hiperkinéticas y de todas las conductas vigiles y motoras, con activación también de los sistemas de agresividad (Barkley, 1978, 1979; Barone *et al.*, 1979; Bhatara *et al.*, 1981; Bridge-Dencka y Rudel, 1978; Brien *et al.*, 1978; Ferguson *et al.*, 1981; Gittelman-Klein *et al.*, 1976; Green & Warshauer, 1981; Haig *et al.*, 1974; Sergeant *et al.*, 1979; Surwillo, 1977; Weiss *et al.*, 1978, 1979; Williams, *et al.*, 1978; White *et al.*, 1978; Wolraich, 1977; Yellin *et al.*, 1978; Yellin, 1978; Yellin *et al.*, 1981).

2° La presencia de alteraciones del crecimiento, altamente significativa en frecuencia, en uno de los tipos de hiperkinesia "primaria", con síndromes insomniacos en estos mismos niños (Haig *et al.*, 1974; Janowsky *et al.*, 1978; Lambert *et al.*, 1976; Safer *et al.*, 1972; Satterfield *et al.*, 1979; Schönberger *et al.*, 1977).

¹Médico-neurólogo. Consultora de la Revista. Departamento de Fisiología y Biofísica. Casilla 137-D. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

3° La presencia rutinaria de síndromes de disfunción de tipo extrapiramidal de diversos tipos de gravedad (Bhatara *et al.*, 1981; Bridge-Dencka & Rudel, 1978; Shouse & Lubar, 1978; Winsberg *et al.*, 1972).

Con los avances neurobioquímicos y neurofarmacológicos, estos tres tipos de síntomas han sido estudiados desde el punto de vista de posibles alteraciones de los neurotransmisores que sustentan las conductas normales básicas correspondientes. Se ha encontrado que, en algunos hiperkinéticos, hay una alteración de la velocidad de recambio ("turnover") de neurotransmisores catecolaminérgicos: Norepinefrina y Dopamina, evidenciado por un aumento en sangre, orina y líquido céfaloraquídeo, de los productos de la degradación de estos neurotransmisores. Por otro lado, en niños hiperkinéticos severos con alteración también marcada de sus conductas afectivas, se ha encontrado un aumento del ácido 5-hidroxiindolacético, ácido orgánico compuesto de la degradación o catabolismo de la serotonina (5-HT), un neurotransmisor que es básico para el funcionamiento de uno de los sistemas de agresividad normal (Barone *et al.*, 1979; Brien *et al.*, 1978; Ferguson *et al.*, 1981; Green & Warshauer, 1981; Schönberger *et al.*, 1977; Weiss & Laties, 1962; Wetzel *et al.*, 1981; White *et al.*, 1978; Wolraich, 1977).

Actualmente, estos hallazgos explican los mecanismos bioquímicos y fisiopatológicos de los síntomas "orgánicos" más representativos y nucleares de las hiperkinesias, y han permitido avances en sus tratamientos farmacológicos. Pero, pese a los avances que estas investigaciones han permitido en el estudio de la patogenia, ninguno de sus autores considera que estas consistentes evidencias constituya la "etiología" de las hiperkinesias, sino sólo factores intervinientes esenciales en sus mecanismos (Satterfield *et al.*, 1979; Sergeant *et al.*, 1979; Shouse & Lubar, 1978; Surwillo, 1977).

En cuanto a estudios sobre la etiología misma, existen trabajos en animales (cuyo modelo, se reconoce, nunca reproduce en forma adecuada la hiperkinesia humana) (Bhatara *et al.*, 1981; Brien *et al.*, 1978; White *et al.*, 1978) y en el hombre (Shouse & Lubar, 1978; Wetzel *et al.*, 1981; White *et al.*, 1978; Yellin, 1978), que muestran que factores que destruyen neuro-

nas del cuerpo estriado y otros ganglios de la base, pueden generar síndromes hiperkinéticos. Por ejemplo, la ictericia marcada (hiperbilirrubinemia directa y/o indirecta) y la hipoxia en el período perinatal. La injuria medicamentosa con medicamentos de la familia de las perfenazinas, como la clorpromazina en altas dosis y por tiempos mantenidos, o la thioridazina (Melleril") pueden dar también estos síndromes (Gittelman-Klein *et al.*, 1976; Green & Warshauer, 1981; Rapoport *et al.*, 1974; Winsberg *et al.*, 1972; Yellin *et al.*, 1978). Si se recuerda que son las estructuras neurales mencionadas las que tienen a su cargo parte esencial de la programación y generación de los movimientos, así como los modelos motores de los fenómenos de atención, se comprenden mejor la acción de los factores propuestos como etiológicos.

Los factores ambientales, propuestos en el título, podrían haber sido revisados en mayor extensión y en forma crítica por el autor. Hay factores ambientales importantísimos que no son tocados y que son parte del papel del psicólogo en la patogenia de los síntomas hiperkinéticos: por ejemplo, las relaciones padre-hijo, especialmente las relaciones madre-hijo, que son motivo de extensa literatura en revistas recientes, o el aprendizaje de conductas hiperkinéticas por hermanos de niños hiperactivos (Ackerman *et al.*, 1979; Barkley & Cunningham, 1979; Humphries *et al.*, 1978; Kauffman *et al.*, 1981; Piccirilo *et al.*, 1980; Rondot *et al.*, 1972; Rapoport & Benoit, 1975; Schmitt, 1977; Ullman *et al.*, 1978).

Los factores ambientales revisados, han sido en gran medida rechazados como intervinientes en la génesis y patogenia de las hiperkinesias, por ejemplo los aditivos artificiales de alimentos y bebidas en conserva. La intoxicación plúmbica tiene que ser de gravedad y por varios años, para que logre dar una impregnación neural que, no sólo contribuye a la aparición de síndromes con hiperactividad, sino que da toda una compleja sintomatología neurológica periférica y central que es más pregnante (Barone *et al.*, 1979) Harper *et al.*, 1978; Preston-Harley *et al.*, 1978; Williams *et al.*, 1978).

En relación a la forma de presentación, mis expectativas también tienen una diferencia

con el trabajo del autor. Ella surge si me pongo, y lo estoy, en el lugar de un lector interesado por el título y el tema del trabajo y lo comparo con la experiencia de otras revisiones leídas sobre este u otros temas (Wolraich, 1977). Si bien existen formas variadas de presentar y ordenar los datos recogidos para una revisión bibliográfica, existen al parecer, reglas esperadas por los lectores, pero no escritas como: que el autor de la revisión anuncie el

período que abarca su revisión, que explice y justifique los motivos de la revisión, es decir, los objetivos generales y específicos de ella, que dé a los datos una ordenación lógica y, en lo posible, histórica, y por último, que oriente al lector dando su comentario crítico de los grupos de datos, ya sea en base a sus propios trabajos o a datos bibliográficos de otros autores.

REFERENCIAS

- Ackerman, P.T., Elardo, F.T. & Dykman, R.A. A psychosocial study of hyperactive and learning-disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1979, 7, 1:91-99.
- Barkley, R.A. Stimulant drugs and academic performance in hyperactive children. *Annals of Neurology*, 1978, 3, 4: 376.
- Barkley, R.A. & Cunningham, C.E. The effects of Methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36: 201-208.
- Barone, F.C., Wayne, M.J., Lee, H.K., Tsai, W.H., Dehaven, D.L. & Woodson, W. Effects of methylphenidate on food and water consumption at different body weights. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1979, 10: 591-595.
- Bhatara, V., Clark, D.L., Arnold, L.E., Gunsett, R. & Smeltzer, D.J. Hyperkinesia treated by vestibular stimulation: An exploratory study. *Biological Psychiatry*, 1981, 16, 3: 269-279.
- Bridge-Dencka, M. & Rudel, R.G. Anomalies of motor development in hyperactive boys. *Annals of Neurology*, 1978, 3, 3:231-233.
- Brien, J.F., Kitney, J.C., Peachey, J.E. & Rogers, B.J. Methamphetamine-induced behavioral effects and brain concentrations of methamphetamine and its metabolite amphetamine in mice. *Research Communication of Chemical Pathology & Pharmacology*, 1978, 22: 313-328.
- Ferguson, H.B., Pappas, B.A., Trites, R.L., Peters, D.A.V. & Taub, H. Plasma free and total tryptophan, blood serotonin and the hyperactivity syndrome: no evidence for the serotonin deficiency hypothesis. *Biological Psychiatry*, 1981, 16, 3: 231-238.
- Gittelman-Klein, R., Klein, D.F., Katz, S., Saraf, K. & Pollack, E. Comparative effects of methylphenidate and thioridazine in hyperkinetic children. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33: 1217-1231.
- Green, L. & Warshauer, D. A note on the "paradoxical" effect of stimulants on hyperactivity with reference to the rate-dependency effect of drugs. *Journal of Nervous Mental Disease*, 1981, 169, 3: 196-198.
- Haig, J.R., Schroeder, C.S. & Schroeder, S.R. Effects of methylphenidate on hyperactive children's sleep. *Psychopharmacology*, 1974, 37: 185-188.
- Harper, P.H., Goyette, C.H. & Keith-Connors, C. Nutrient intakes of children on the hyperkinesis diet. *Journal of American Dietetic Association*, 1978, 73, 5: 515-520.
- Humphries, T., Kinsbourne, M. & Swanson, J. Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychiatry*, 1978, 19: 13-22.
- Janowsky, D.S., Leichner, P., Parker, D., Judd, L.L. & Herey, L. The effect of Methylphenidate on serum Growth Hormone. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35-40.
- Kauffman, R.E., Smith-Wright, D., Reese, C.A., Simpson, R. & Jones, F. Medication compliance in hyperactive children. *Pediatric Pharmacology*, 1981, 1: 231-237.
- Lambert, N., Windmiller, C., Sandoval, J. & Moore, B. Hyperactive children and the efficacy of psychoactive drugs as a treatment intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1976, 46, 2: 335-352.
- Piccirilo, M., Alpert, J.E., Cohen, D.J. & Shaywitz, B.A. Amphetamine and maternal behavior: Dose response relationships. *Psychopharmacology*, 1980, 70: 195-199.
- Preston-Harley, J., Ray, R.S., Tomasi, L., Eichman, P.L., Mathews, C.G., Chun, R., Cleeland, S. & Traisman, E. Hyperkinesia and food additives: Testing the Feingold Hypothesis. *Pediatrics*, 1978, 61, 6: 818-828.
- Rondot, P., Said, G. & Ferrey, G. Les hyperkinésies volitionnelles. *Revue Neurologique*, 1972, 126, 6: 415-426.
- Rapoport, J.L., Quinn, P.O., Bradbard, G., Riddle, K.D. & Brooks, E. Imipramine and Methylphenidate treatments of hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30: 789-793.
- Rapoport, J.L. & Benoit, M. The relation of direct home observations to the clinical evaluation of hyperactive school age boys. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1975, 16: 141-147.
- Safer, D., Allen, R. & Barr, E. Depression of growth in hyperactive children on stimulant drugs. *New England Journal of Medicine*, 1972, 287: 217-220.
- Satterfield, J.H., Cantwell, D.P., Schell, A. & Blaschke, T. Growth of hyperactive children treated with Methylphenidate. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36: 212-217.
- Schönberger, W., Grimm, W. & Ziegler, R. The effect of

- Nacom (L-Dopa and L-Carbidopa) on Growth Hormone secretion in 75 patients with short stature. *European Journal of Pediatrics*, 1977, 127: 15-19.
- Sergeant, J.A., Velthoven, R. & Virginia, A. Hyperactivity, impulsivity and reflectivity; an examination of their relationship and implications for clinical Child Psychology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1979, 20: 47-60.
- Schmitt, B. Guidelines for living with a hyperactive child. *Pediatrics*, 1977, 60, 3: 387.
- Shouse, M.N. & Lubar, J.F. Physiological Basis of Hyperkinesis treated with Methylphenidate. *Pediatrics*, 1978, 62, 3: 343-351.
- Surwillo, W.W. Changes in the EEG accompanying the use of stimulant drugs (Methylphenidate and Dextroamphetamine) in hyperactive children. *Biological Psychiatry*, 1977, 12, 6: 787-799.
- Ullman, D.G., Barkley, R.A. & Brown, H.W. The behavioral symptoms of hyperkinetic children who successfully responded to stimulant treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1978, 48, 3: 425-437.
- Weiss, B. & Laties, V. Enhancement of human performance by caffeine and the amphetamines. *Pharmacological Review*, 1962, 14: 1-36.
- Weiss, G., Hechtman, L., & Perlman, T. Hyperactives as young adults: Ten-year follow-up evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1978, 48, 3: 438-445.
- Weiss, G., Hechtman, L., Perlman, T., Hopkins, J. & Wener, A. Hyperactives as young adults. A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36: 675-681.
- Wetzel, C.D., Squire, L.R. & Janowsky, D.S. Methylphenidate impairs learning and memory in normal adults. *Behavioral & Neural Biology*, 1981, 31: 413-424.
- Williams, J.I., Cramm, D.M., Tausig, F.T. & Webster, E. Relative effects of drugs and diet on hyperactive behaviors: An experimental study. *Pediatrics*, 1978, 61: 811-817.
- Winsberg, B.C., Bialor, J., Kupiet, Z.S. & Tobias, J. Effects of Imipramine and Dextroamphetamine on behavior of neuropsychiatrically impaired children. *American Journal of Psychiatry*, 1972, 128: 1425-1431.
- White, B.C., Simpson, C.C., Adams, J.E., & Harkin, D. Monoamine synthesis and Caffeine-induced locomotor activity. *Neuropharmacology*, 1978, 17: 511-513.
- Wolraich, M.L. Stimulant drug therapy in hyperactive children: Research and clinical implications. *Pediatrics*, 1977, 60, 4: 512-518.
- Yellin, A.M., Spring, C. & Greenberg, L.M. Effects of Imipramine and Methylphenidate on Behavior of Hyperactive Children. *Research Communications on Psychology, Psychiatry & Behavior*, 1978, 3, 1: 15-26.
- Yellin, A.M. Recent Advances in Psychophysiology: Psychophysiological Studies in Hyperkinesis. *Research Communications on Psychology, Psychiatry & Behavior*, 1978, 3, 3: 237-255.
- Yellin, A.M., Kendall, P.C. & Greenberg, L.M. Cognitive-behavioral therapy and methylphenidate with hyperactive children: Preliminary Comparison. *Research Communication in Psychology, Psychiatry & Behavior*, 1981, 6, 3: 213-227.

Respuesta al comentario de la Dra. I. Santibáñez sobre el trabajo “Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: Una revisión de estudios”

H. EDUARDO PINO

Presumo que ha sido con el espíritu del diálogo informativo y “juego justo”, que se me ha dado la oportunidad de responder al comentario crítico hecho por la Dra. Ibcia Santibáñez, sobre mi artículo publicado en esta Revista.

Siguiendo una exposición más bien detallada del estado subjetivo y difuso en que se halla el entendimiento nosológico y etiológico actual del síndrome hiperkinético, me propuse el objetivo de presentar una dimensión más, de creciente interés, de este complejo cuadro patológico multifactorial; específicamente, traté de poner en manifiesto el rol de ciertos factores ambientales, en distinción a factores orgánicos y psicológicos ya establecidos, en la etiología de este síndrome que se caracteriza por no tener una naturaleza específica. Siendo leal a la literatura revisada, no presento estos factores simplemente como “facilitadores” en la generación y desarrollo del problema hiperkinético, i.e., la patogenia, ni como componentes etiopatogénicos¹, sino que como factores responsables de la causalidad de algunos casos de hiperkinesia, es decir, como *etiologicos*, en el mismo sentido en que se ha venido empleando desde que Galeno (131-201 D. C.) introdujo el término “etiología” al vernáculo científico². Que los factores citados participen genuinamente o putativamente en la etiología de ciertos casos hiperkinéticos aún queda por establecerse, situación similar a otras explicaciones etiológicas como, por ejemplo, la predisposición genética, anormalidades neurofisiológicas, etc. del síndrome en cuestión.

Al contrario de la creencia de la Dra. Santibáñez sobre el rechazo de los factores ambientales revisados, estos no han sido dejado de lado, sino que continúan siendo investigados seriamente a medida que la evidencia de su papel en algunos subgrupos de niños hiperkinéticos aumenta. Naturalmente, al igual que muchas ideas científicas, no lo son considerados en la misma forma por todos los investigadores que estudian el complejo y confuso tópico clínico que es la hiperkinesia. Con respecto al problema de los aditamentos en comestibles, por ejemplo, como menciono en el artículo, los postulados del Dr. B. Feingold han encontrado escepticismo y han causado controversia, reacciones de importancia sin duda, pero también han provocado curiosidad e interés científico. Después de todo, Feingold no es un charlatán, sino que un científico que comenzó a descubrir la relación entre ciertos químicos y reacciones hiperkinéticas mientras ocupaba el cargo de Jefe Especialista en Alergias en un centro de salud e investigación en California. Es verdad que sus hallazgos han sido considerados inválidos por algunos o inconclusos por otros, pero eso se ha debido en gran parte a la falta de rigidez experimental en su trabajo empírico-clínico. Aún así, se le han encontrado suficiente mérito a sus observaciones como para causar los siguientes hechos: el Congreso de los EE.UU. a través de un comité, investigó el asunto; la Food & Drug Administration, una agencia federal en ese mismo país, tomó la tesis de Feingold “muy seriamente” en las palabras de su Comisionado, el médico Alexander Schmidt, y posteriormente, dio fondos para continuar investigaciones; el “Interagency Collaborative Group on Hyperkinesia” preparó y aprobó dos estudios separados: uno por el Food Research Ins-

¹Cardenal, L. (Ed.) *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1958.

²Skinner, H.A. *The origin of medical terms*. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1961.

titute de la Universidad de Wisconsin, y el otro por el Kaiser-Permanente Center en California (donde trabaja Feingold); y el National Institute of Mental Health dio los fondos para otro estudio en la Universidad de Pittsburgh (Larkin, 1980).

La investigación de la Univ. de Pittsburgh en un estudio "double-blind", encontró una reducción de síntomas en el grupo de niños hiperkinéticos sometidos a la dieta de Feingold (llamada Kaiser-Permanente o K-P) en comparación a los niños hiperkinéticos en una dieta control (Connors y col., 1976). La Univ. de Wisconsin obtuvo resultados generales negativos aunque sí notó una mayor tendencia a mejorar la conducta hiperkinética en niños menores. Esto les hizo recomendar la continuación de estudios más detallados y usando grupos más grandes de niños en edad preescolar (Harley, 1978). En otra investigación, Levy y col. (1978), aunque no encontraron diferencias estadísticamente significativas, observaron un mejoramiento de conducta en los niños durante el período de la dieta, lo que les hizo postular un efecto de la dieta K-P limitado por el tiempo.

En resumen, los resultados y la controversia del asunto hasta la fecha han sido conflictivos y no han confirmado la contención de Feingold de que la hiperactividad en niños es "frecuentemente" o "generalmente" el resultado de aditivos artificiales en los comestibles (él sostiene que esa es la causa en un 60% de los casos), pero sí sugieren la posibilidad de que un pequeño subgrupo de niños que manifiestan hiperkinesia, sea afectado por tales aditivos. Entre los críticos de la dieta K-P, algunos han afirmado que "conclusiones científicas sobre toda esta área de investigación no han sido *todavía* logradas y quizás no lo serán por un período de tiempo considerable" (Harley y Matthews, 1980). Esto es muy diferente a lo que declara la Dra. Santibáñez. La relación entre hiperkinesia y aditivos artificiales en productos comestibles ha provocado controversia y parcialidades, y sin duda continuará siendo un tema de discusión e investigación.

La declaración de la Dra. Santibáñez en relación a lo que expongo sobre el rol del plomo en ciertos casos de hiperkinesia es inco-

recta. El plomo, al igual que otros elementos de potencial tóxico que flotan libremente en el medio ambiente moderno, puede tener un efecto deletéreo en el sistema nervioso central (SNC) que varía de daño orgánico severo a disfunciones cerebrales tenues (Lin-Fu, 1973). Además, no es necesario que la intoxicación plúmbica ocurra por años para causar daño cerebral severo; sólo dosis singular pero excesiva del metal, puede causar lesiones cerebrales de alto grado e incluso la muerte. Fuera de eso, se ha comprobado que una misma cantidad de plomo puede tener una toxicidad extremadamente variable ya que factores de resistencia del individuo también son determinantes. Por ejemplo, 100 μm /100 ml. puede matar a una persona y no tener ningún efecto observable en otra (Guince, 1974). De todos modos, en mi trabajo no me refiero a la intoxicación grave de plomo, o plumbismo, sino que a elevaciones no tóxicas pero prolongadas del elemento.

El trabajo germinante de David y col. (1972) que presento, fue publicado en la distinguidísima revista médica británica "The Lancet", y la corroboración de sus observaciones por Needleman y col. (1979) apareció en el "New England Journal of Medicine", quizá la más prestigiosa revista médica de los EE.UU. Debo mencionar que David y su grupo de investigadores han posteriormente documentado y confirmado sus hallazgos a través de diversos métodos (David, 1974; David y col., 1976, 1977) demostrando concluyentemente una relación directa entre el plomo y disfunciones del SNC, incluyendo la hiperactividad, problemas de aprendizaje, y retardo mental (David y col., 1978). Otros investigadores han contribuido también con observaciones similares (Chisolm, 1977; de la Burde y Choate, 1975). Aún más, estos resultados están encontrando ecos en cierta evidencia que señala una relación entre conductas hiperkinéticas y otros metales de poco indicio en el organismo, como el cobre y el zinc (Krischer, 1978).

¿Cómo se puede afirmar que todos esos hallazgos han sido rechazados? La actitud científica no puede ser dogmática ni permitir restricciones sobre la categoría de fenómeno natural que se investiga; estimo que la obligación principal del investigador es hacia los datos que encuentra, donde sea y cómo sea que

ocurran. Y es aquí donde creo que la Dra. Santibáñez se ha equivocado. En vez de objetar los datos que presento en forma más específica y directa, dedica la mayor parte de su crítica a exponer proposiciones basadas exclusivamente en parámetros biomédicos, o sea, concepciones de la hiperkinesia como esencialmente una disfunción biológica cerebral de naturaleza bioquímica o neurofisiológica. Podrá ser su orientación profesional, pero en el contexto de mi artículo, es inoportuna ya que la índole explícita de mi trabajo escrito, es la consideración exclusiva de evidencias que explican ciertos casos de hiperkinesia como disturbios funcionales que, aunque puedan envolver al SNC tenuemente, se distinguen de procesos orgánicos ya conocidos, y que, además, no provienen invariablemente del sujeto mismo, pero que resultan de condiciones ambientales. (Me refiero al ambiente *físico*, no al psicosocial. De ahí que excluyo factores emocionales en las conductas hiperkinéticas provenientes de las relaciones padres-hijo. La revisión de este síndrome multifactorial es por necesidad selectiva e incompleta.

Es cierto que muchos en la práctica clínica aceptan el diagnóstico de hiperkinesia con el rango de señal patognomónica indicativa de algún tipo de disfunción cerebral, lo que representa un punto de vista "reduccionista" el cual contiene que cualquier fenómeno, por complejo que sea, se deriva fundamentalmente de un principio singular primario. Pero no es más que una hipótesis teórica que, además de no ser una verdad comprobada, tiende a restringir la atención a sólo un aspecto —del síndrome hiperkinético en este caso— que no siempre está necesariamente presente. Lo que ha pasado es que el fracaso de la anatomía mórbida para explicar más que sólo algunos mecanismos en procesos patológicos ha llevado a muchos a adoptar el concepto de defecto o desorden bioquímico como la base fundamental de lo anormal. Es la búsqueda del "defecto singular" (en este caso en el sistema bioquímico) para la explicación de lo patológico, y representa un retroceso a la "teoría del germen" que trata de encontrar etiologías identificables dentro del organismo que se generan aparte del sujeto en su interrelación con su ambiente físico, social y emocional. Con el desarrollo de la patología y el creciente refina-

miento de técnicas con las cuales se puede identificar "desviaciones" de la estructura normal, la tentación ha sido de considerar estos hallazgos como la explicación del problema, en vez de como las manifestaciones del estado anormal.

Pienso que el énfasis biomédico en el comentario de la Dra. Santibáñez proviene de la parcelación teórica que acabo de señalar, el cual no corresponde a la dimensión que planteo acerca del síndrome hiperkinético. Por cierto, hay otros aspectos del problema de gran importancia, pero no entran en la extensión de mi artículo. Es claro que el síndrome en cuestión no es monolítico y es evidente que los niños hiperkinéticos constituyen un grupo sumamente heterogéneo en etiología, síntomas, y curso del problema.

Antes de concluir, quisiera hacer un par de observaciones, en la forma más breve posible, a ciertos estudios que menciona la Dra. Santibáñez.

La reacción paradójal a los psicofármacos no es tal. Un número cada vez mayor de resultados de estudios disputan la suposición popular de que drogas estimulantes tienen un efecto paradójal en niños hiperactivos, ejerciendo en ellos una influencia calmante en contraste a los efectos activantes y energéticos en individuos normales. Esta creencia ha sido desacreditada por una variedad de hallazgos con recíproca correspondencia: Resultados de investigaciones con animales y personas, han indicado que la activación del SNC y la inhibición cortical varían conjuntamente y que el efecto de drogas estimulantes causa un aumento en la activación reticular y cortical, y aumenta la inhibición de señales sensoriales en los pasos neuronales sensoriales; estudios neurofisiológicos de niños hiperactivos han reportado que éstos poseen niveles inhibitorios bajos en el SNC y que los medicamentos estimulantes que toman, actúan como "estimulantes", activándoles el SNC, levantándoles, además, los bajos niveles de inhibición, se ha encontrado que el nivel de activación del SNC tiene una correlación negativa con el grado de severidad de la conducta hiperkinética, o sea, mientras más bajo sea el nivel activante del SNC del niño, mayor es su problema de control motórico, de atención e impulsividad; se ha notado que los niños hiperactivos que mejor responden a me-

dicamentos estimulantes, son aquellos que tienen un bajo nivel activante en el SNC (indicado por el nivel de conducción de la piel, EEG, reacciones corticales a evocaciones sensoriales, pupilografía electrónica, etc.). El error de conceptualizar el efecto de psicofármacos estimulantes como “paradojal”, se formó al ligar la conducta más calma y menos activa que resulta al usar el medicamento con la *suposición* de que el estimulante ejercía una acción farmacológica sedativa. Ese razonamiento ilustra el peligro de pensar clínicamente al revés, de tratamiento a etiología, es decir, suponer que una reacción positiva a un medicamento confirma una deficiencia fisiológica. Presentemente, el consenso creciente considera que los psicofármacos estimulantes tienen un efecto similar en individuos hiperactivos y normales, ya sean niños o adultos (Barkley, 1976 y 1977; Rapoport y col., 1980; Satterfield, 1975).

En relación a los estudios neurobioquímicos que la Dra. Santibáñez menciona, quisiera notar lo siguiente: tales hallazgos representan intentos de documentar posibles anomalidades neurobioquímicas —muchos sin éxito— en casos de disfunción cerebral mínima (DCM). No representan “explicaciones” establecidas sino que hipótesis bioquímicas difícil de probar por la dificultad de apreciar direc-

tamente a los neurotransmisores centrales (i.e., catecolaminos), ya que manifestaciones fisiológicas y metabólicas periféricas (i.e., observaciones de sangre, orina, fluido cerebroespinal, etc. —Shaywitz, 1977; Shekim, 1977) no reflejan efectos de procesos centrales necesariamente. Además, los estudios que *sugieren* una reducción del “turnover” cerebral de Dopamina, fuera de estar basados en modelos experimentales de hiperactividad en ratas (Shaywitz, 1976), han sido realizados con pequeños subgrupos homogéneos de niños con DCM (¿Qué tipo de hiperkinesia?), todos con disfunciones neurológicas y muchos con EEG anormales. Cualquiera generalización de estos estudios es muy cuestionable. Siendo el síndrome de DCM un grupo de alteraciones muy heterogéneo, los propios expertos en estas investigaciones han indicado la cautela que se debe ejercer al relacionar DCM a anomalidades catecolaminarias (Shaywitz, 1977).

Por último, quisiera recalcar que el síndrome hiperkinético no es un concepto unitario, presenta una diversidad considerable de aspectos, y afecta a un grupo sumamente variado de individuos. La intención de mi artículo fue presentar sólo una “rebanada” de este gran problema.

REFERENCIAS

- Barkley, R. Predicting the response of hiperkinetic children to stimulant drugs: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1976, 4: 327-348.
- Barkley, R. A review of stimulant drug research with hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1977, 18: 137-165.
- Connors, C. y col. Food additives and hiperkinesia: a controlled double-blind study. *Pediatrics*, 1976, 58: 154-166.
- Chisolm, J. Models of neurotoxicity of lead. Trabajo presentado en la Convención de la American Psychological Association, San Francisco, 1977.
- David, O. Association between lower level lead concentrations and hyperactivity in children. *Environmental Health Perspectives*, 1974, 17-25.
- David, O. y col. Lead and hyperactivity. *Lancet*, 1972, 2: 900-903.
- David, O. y col. Lead and hyperactivity. Behavioral response to chelation: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133: 1155-1158.
- David, O. y col. Lead and hyperactivity: Lead levels among hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1977, 5: 405-416.
- David, O. y col. Threshold levels and lead toxicity. *Psychopharmacology Bulletin*, 1978, 14: 50-53.
- De la Burde, B. y Choate, M. Early asymptomatic lead exposure and development at school age. *Journal of Pediatrics*, 1975, 87: 638-642.
- Guinice, V. y col. Clinical and environmental correlations with blood lead levels of children in New York City. Trabajo presentado en el Simposio Internacional de la Organización Mundial de la Salud: Avances Recientes en la Evaluación de los Efectos en la Salud de la Polución Ambiental. París, junio 24-28, 1974.
- Harley, J. y col. Hyperkinesia and food additives: Testing the Feingold hypothesis. *Pediatrics*, 1978, 61: 818-828.
- Harley, P. & Matthews, C. The Feingold hypothesis: Current studies. En Scarpa, I. y col. *Sourcebook on food and nutrition*. Chicago: Marquis Academic Media, 1980.

- Krischer, K. Cooper and zinc in childhood behavior. *Psychopharmacology Bulletin*, 1978, 14: 58-59.
- Larkin, T. Food additives and hyperactive children. En Scarpa, I. y col. *Sourcebook on food and nutrition*. Chicago: Marquis Academic Media, 1980.
- Levy, F. y col. Hyperkinesis and diet: A double-blind crossover trial with a tartrazine challenge. *Medical Journal of Australia*, 1978, 1: 61-64.
- Lin-Fu, J. Vulnerability of children to lead exposure and toxicity. *New England Journal of Medicine*, 1973, 298: 1229-1233.
- Needleman, H. y col. Deficits in psychology and classroom performance of children with elevated lead levels. *New England Journal of Medicine*, 1979, 300: 689-695.
- Rapoport, J. y col. Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal adult males. *Archives of General Psychiatry*, 1980.
- Satterfield, J. Neurophysiologic studies with hyperactive children. En Cantwell, D. *The hyperactive child Diagnosis, Management, Current Research*. N.Y.: Spectrum, 1975.
- Shaywitz, B. y col. An experimental model of minimal brain dysfunction (MBD) in developing rats. *Science*, 1976, 191: 305-308.
- Shaywitz, B. y col. CSF monoamine metabolites in children with minimal brain dysfunction: Evidence for alteration of brain dopamine. *Journal of Pediatrics*, 1977, 90: 67-71.
- Shekim, W. Urinary catecholamine metabolites in hyperkinetic boys treated with d-Amphetamine. *American Journal of Psychiatry*, 1977, 134: 1276-1279.

PANEL

Al introducir esta nueva sección a nuestra Revista hemos, en esta oportunidad, estimado de interés abordar el problema del divorcio dada la importancia que este tema tiene en el ámbito de nuestra labor profesional.

Pensamos que por la naturaleza de los temas, ello permite una variedad de estilos y formas de presentación, como se refleja en los dos trabajos que presentamos a continuación.

Invitamos a nuestros colegas a enviar sus opiniones sobre éste u otro tema de actualidad.

EL COMITÉ EDITORIAL.

PANEL

Algunas reflexiones sobre aspectos psicológicos y sociales relacionados con el divorcio

ROBERTO OPAZO G.

En las líneas siguientes desarrollaremos algunas reflexiones en torno a aspectos psicológicos y sociales relativos a la opción legal del divorcio. La oportunidad de estas "reflexiones" se relaciona con el debate actual relativo a la posible promulgación en nuestro país de una ley de divorcio con disolución de vínculo.

Nuestras reflexiones surgen a partir de los aportes de la psicología clínica y social, y a partir de nuestra experiencia en el ejercicio de la psicología clínica. Las ideas que desarrollaremos a continuación no pretenden el status de un trabajo científico o de investigación bibliográfica. Constituyen más bien breves comentarios personales que esperamos resulten lo más fundamentados y realistas que nos sea posible. En esta breve síntesis quedará necesariamente un sinnúmero de ideas e informaciones incompletas y asumimos desde ya esa dificultad.

En el desarrollo del tema, analizaremos en primer término las relaciones entre sociedad y desarrollo psicológico. A continuación nos detendremos en las exigencias psicológicas que plantea una relación estable de pareja. Finalmente, y basándonos en los alcances anteriores, relacionaremos la opción del divorcio en el contexto psicológico y social¹.

A. EL CONTEXTO SOCIAL Y EL DESARROLLO PSICOLOGICO

Hacia mediados de la década del 50, Erich

"El problema del Siglo XIX fue que Dios había muerto; el problema del Siglo XX es que ha muerto el hombre".

Erich Fromm.

Fromm planteaba que nuestra sociedad occidental estaba enferma. En su perspectiva, el hombre tiene un bagaje de necesidades, algunas innatas y otras que van surgiendo de su condición en sociedad; y la sociedad estaría *frustrando* las necesidades humanas con las consiguientes repercusiones negativas en términos psicológicos (enajenación, patología social, pobreza afectiva, etc.)². Estos planteamientos de Fromm fueron expuestos hace casi treinta años y el panorama que describió no parece haberse modificado positivamente.

Conceptualmente hablando, es importante preguntarse acerca de la influencia de la sociedad en el desarrollo psicológico. La psicología social ha venido cuestionando sostenidamente el concepto de naturaleza humana fija o rígida, abogando por una gran capacidad adaptativa del ser humano. Este punto es de suma importancia en la relación hombre-sociedad. En nuestra opinión, aunque el concepto de naturaleza humana "flexible" está avalado por múltiples investigaciones, es peligroso caer en una postura extrema, es decir, en la "hiperflexibilidad". Un hombre "hiper-flexible" po-

¹En este trabajo nos centraremos en las relaciones sociedad-desarrollo psicológico-relación de pareja.

²Las necesidades van generando motivaciones hacia objetivos o metas. Dollard y Cols. (1939) han propuesto una definición que hoy es clásica: "frustración es aquella condición que existe cuando una respuesta-meta sufre interferencias".

dría ser feliz en cualquier sistema de organización social. Preferimos una opción intermedia; a pesar de la adaptabilidad humana, algunas sociedades satisfarán mejor que otras las necesidades que el hombre ha venido manifestando, como denominador común, en distintas culturas y a través de su historia. En las palabras de Fromm: "la solución del hombre a sus necesidades humanas es extraordinariamente complicada, depende de muchos factores y, finalmente, del modo como su sociedad está organizada y de cómo esa organización determina las relaciones de los hombres que viven dentro de ella" (1955, p. 62).

Metodológicamente hablando, el estudio de las necesidades es muy complejo. No observamos necesidades y menos aún necesidades "naturales". Así, las diferentes clasificaciones (por ejemplo Lersch, Freud, Fromm, McDougall, Maslow, etc.) tienden a ser metodológicamente muy limitadas. A pesar de ello, el hombre como proyecto en desarrollo tiende a manifestar ciertas necesidades en ambientes muy diferentes. Tal sería el caso de necesidades de alimentación, sexuales, afectivas, de relación social, etc. Dada la frecuencia con que se presentan estas necesidades, no resulta aventurado suponer que ciertas estructuras sociales pueden tender a frustrar necesidades inherentes al hombre. Y como la investigación ha venido planteando, la frustración frecuentemente se traduce en tensión, la cual a su vez tiende a derivar en agresión, depresión, etc.

En el contexto bosquejado, el desarrollo psicológico implicará entonces una interacción entre las necesidades del individuo y su contexto físico y social. Y en esa interacción, la persona se podrá desarrollar en mejor forma si el contexto es favorable. De este modo, para evaluar el si una persona está psicológicamente bien desarrollada debemos disponer de un concepto de lo que eso significa. Será preciso entonces delinear un "ideal" tentativo de persona psicológicamente bien desarrollada, para preguntarnos a continuación en qué medida y cómo la sociedad nos acerca o aleja de ese ideal.

1. La persona psicológicamente desarrollada

Plantearemos en primer término algunos conceptos básicos. Es posible dividir las conductas

en abiertas y cubiertas según sean o no observables directamente desde el exterior. Ambos tipos de conductas pueden derivar de múltiples causas. Así, los estímulos externos son percibidos y procesados por la persona, la cual va emitiendo conductas externas que pueden ser verbales y/o no verbales.

En esta inter-acción entre estímulos y persona, ésta va adquiriendo sus características específicas que pueden ser más o menos estables según el caso. No haremos un análisis de las discrepancias en torno al concepto de personalidad; algunas referencias a este tema han sido planteadas en un trabajo reciente (Opazo, 1982). Asumiremos que cada persona se va desarrollando en el tiempo y que sus conductas dependerán de sus características relativamente estables y de la situación percibida (posición inter-accionalista). En este esquema, las características más estables podrán ser más positivas o más negativas en relación al modelo ideal que se asuma.

En la práctica, resulta imposible lograr consenso en relación a un modelo de persona psicológicamente bien desarrollada. El modelo "ideal" dependerá de la sociedad que lo plantee e incluso de quién lo plantee. Constituye un juicio de valor en el cual es preciso integrar criterios sociales, clínicos, etc. En este análisis, usaremos el concepto de desarrollo psicológico en un sentido amplio reconociendo desde ya la diferencia de potencialidades entre las personas.

A nivel de conductas cubiertas, acentuadas en lo interno no-observable, un "buen" desarrollo psicológico implicará capacidad de compromiso afectivo, una escala de valores personal, estabilidad emocional, una adecuada satisfacción de las necesidades personales, ausencia de desajustes afectivos, capacidad para tolerar frustraciones, independencia y capacidad de análisis en la toma de decisiones, empatía, capacidad para postergar impulsos, una percepción básicamente realista de sí mismo y del mundo externo, etc. Es importante integrar aquí la presencia de realistas expectativas de autoeficacia en relación a la percepción de la capacidad para emitir ciertas conductas (Bandura, 1977).

A nivel de sus conductas abiertas, una persona psicológicamente desarrollada estará básicamente adaptada (lo que es diferente de

sometida a su ambiente); es decir, tendrá buenas relaciones interpersonales, un adecuado rendimiento laboral, creatividad, un buen funcionamiento sexual, consistencia entre valores y conductas, capacidad para resolver situaciones, problemas, etc.

El planteamiento anterior es inevitablemente arbitrario e incompleto aunque muy necesario. A partir de ese planteamiento, una excesiva frustración de algunas de las necesidades de la persona, una acentuación excesiva de ciertas metas y refuerzos en desmedro de otros, tendrán una repercusión negativa en el desarrollo psicológico; por ejemplo, una frustración *sostenida* de necesidades afectivas o un refuerzo *excesivo* de conductas de logro, tenderían a producir un desarrollo menos armónico en relación con el modelo esbozado. Veremos a continuación como operaría esto y cuales serían algunas relaciones entre el contexto social y el desarrollo psicológico.

2. Sociedad y desarrollo Psicológico

En términos generales, antropólogos, sociólogos, psicólogos sociales, psicólogos clínicos, etc., tienden a coincidir en el sentido de que el desarrollo psicológico del hombre en la sociedad contemporánea sería muy deficiente. A modo de ejemplo podemos señalar lo expresado por el psicólogo del desarrollo Hans Rempelen al analizar lo que él llama el espíritu de la época: "destacan en primer plano el desmoronamiento de la cultura debido a la tecnificación, la pérdida de normas fijas metafísicamente arraigadas, la pura referencia a este mundo, el materialismo, el hedonismo, la radical extroversión por el tosco abandono de lo espiritual, la lucha exclusiva por aumentar el nivel de vida, la progresiva masificación y la falta de auténtica comunidad" (1974, p. 651). Es frecuente que algunos autores aboguen por una mayor "espiritualidad" o por una actitud más transitiva en el lenguaje de Lersch. El materialismo, al frustrar necesidades humanas más profundas, estaría repercutiendo negativamente en el plano psicológico. De interés resultan aquí las palabras expresadas por Solzhenitsyn en una reciente conferencia de prensa: "el deseo constante de tener todavía más cosas y mejor vida, y la lucha por obtenerla, imprime en muchas frentes occidentales la

preocupación y hasta la depresión. La competencia activa y tensa satura todos los pensamientos humanos sin abrir un camino al libre desarrollo espiritual". Aunque el concepto "espiritual" excede los marcos psicológicos, se podría hipotetizar que el "cosismo" y el materialismo (en su acepción peyorativa y no filosófica) van dejando un vacío y una frustración que se traduce en un costo psicológico.

Para avalar las afirmaciones pesimistas con respecto a la sociedad contemporánea y a sus miembros, los autores recurren al análisis de cifras estadísticas y/o a consideraciones más cualitativas. En términos estadísticos las cifras tienden a ser alarmantes y crecientes en términos de lo que se ha denominado patología social: homicidios, drogadicción, suicidios, etc. Por ejemplo, Srole *et al.* (1962) encontraron que en Manhattan el 80% de las personas tendría algún tipo de "patología importante". En líneas generales, sin embargo, estos análisis estadísticos tienden a estar limitados por problemas conceptuales, de diagnóstico, carencia de cifras confiables, etc. Así, salvo algunas excepciones, las cifras de "patología social" tienden a ser equívocas³. Gregory sostiene al respecto: "dichas estadísticas suelen emplearse como un ebrio emplearía un poste de alumbrado, esto es, más para apoyo que para iluminación" (1970, p. 164).

De este modo, un camino más útil pareciera ir en la línea del análisis cualitativo. Puesto que estamos interesados en el desarrollo psicológico a nivel social, debemos señalar que los índices de patología social entregan una visión parcial (y frecuentemente incorrecta) de un sector extremo. En otras palabras, el no ser homicida o alcohólico por ejemplo, no significa que la persona esté psicológicamente bien desarrollada. Por una parte, muchos desajustes neuróticos no son registrados estadísticamente. Por otra, y quizás la más importante, no existen índices porcentuales de satisfacción personal, de estabilidad emocional, de satis-

³ Hay algunas cifras confiables que muestran que los problemas se estarían acentuando en algunos países. Si analizamos evolutivamente los índices de suicidios por cada 100.000 habitantes, vemos por ejemplo que en Suiza en 1970 era 18,6 y en 1979 fue 24,7. A su vez en Hungría en 1968 era 33,7 y en 1979 fue 44,6 (World Health Statistics, Vital Statistics and causes of death, años 1970 a 1981).

facción laboral, de percepción realista de sí mismo y del mundo, etc. En términos de relaciones matrimoniales, por ejemplo, una investigación al respecto muy probablemente mostraría resultados desalentadores.

Un panorama descriptivo del hombre en la sociedad contemporánea tiende a mostrarnos personas egoístas, sin ideales, con un "mundo interno" más bien pobre, etc.; las relaciones humanas están adquiriendo un carácter cada vez más comercial y la autenticidad, la amistad, el compromiso afectivo, etc. parecen cada vez menores. Si aplicamos nuestro "ideal" de persona psicológicamente desarrollada, el panorama se presenta muy desalentador. Esto es más serio si pensamos que nuestro "ideal" tiende a ser compartido por esta sociedad. Y si bien el ideal de persona es una meta prácticamente inalcanzable, la distancia con ese ideal pareciera cada vez mayor. Así, los valores personales tienden a ser reemplazados por un pragmatismo a ultranza y hay una fuerte carencia de auto-conocimiento. Y si bien es obvio que no todas las personas se enmarcan en esta descripción, habría una marcada tendencia en este sentido. Y aunque el lector no esté plenamente de acuerdo con la descripción bosquejada, resulta difícil no reconocer que esta visión es básicamente coherente con la realidad que conocemos.

La pregunta siguiente va en una línea etiológica. ¿A qué obedece este panorama? ¿Cuál es la participación de la estructura social en la génesis del panorama descrito? A continuación, veremos algunos ejemplos de esa participación.

El desarrollo tecnológico, las densidades de población, el momento histórico, las tensiones políticas, etc. contienen elementos que en mayor o menor medida estarían repercutiendo negativamente en el plano psicológico; no resulta posible precisar en qué medida influye cada aspecto.

En otro nivel co-causal,⁴ el lugar central que ocupa el dinero como incentivo (meta atractiva), tiene múltiples repercusiones. Si la sociedad valora mucho el tener dinero, este se va transformando de medio en fin, es idealiza-

do y se lo percibe como el gran satisfactor de nuestras necesidades (en lenguaje técnico, reforzador secundario generalizado). Progresivamente, nuestras energías, pensamientos y nuestro tiempo, pasan a concentrarse en las cosas que podemos comprar y en el dinero que debemos juntar. En nuestra preocupación por el dinero, se va postergando la satisfacción de nuestras necesidades afectivas, de comunicación, etc. Podríamos decir que la estructura social refuerza las conductas que conducen al dinero (conductas que económicamente aumentan la producción, etc.) y no refuerza las conductas que desarrollan afectivamente (y que no resultan tan "productivas"). Si asumimos que las conductas no reforzadas tienden a extinguirse, habría una tendencia a la extinción de muchas conductas (y valores) como las de amistad profunda, lealtad, comunicación, etc. y se pueden postular las frustraciones correspondientes.

Los medios de comunicación social tienen una influencia fundamental a través de los "modelos" que presentan y de los incentivos que emplean. Al estar movidos básicamente por un afán de lucro y no de educación social, los medios de comunicación despliegan un verdadero "bombardeo" de estímulos para captar al lector, auditor, televidente, etc. Gran parte del tiempo libre de las personas es invertido en captar estos estímulos; noticias impactantes, erotismo, agresión, películas de terror, etc., se van rotando en nuestro mundo circundante. Esta verdadera escalada de estímulos va repercutiendo en el desarrollo psicológico a nivel social.

La psicología ha demostrado (ej.: en las experiencias de Horowitz, 1970) que la baja estimulación externa (por ejemplo cerrar los ojos o someterse a experiencias de privación sensorial) genera un funcionamiento interno del cerebro que se traduce en imaginación, pensamientos, recuerdos, etc. En un sentido inverso, un exceso de estímulos desde el exterior tendería a producir un empobrecimiento del mundo interno. Así, el hombre contemporáneo, al dejar pasivamente que lo "entretengan" desde fuera, va empobreciendo su funcionamiento cubierto (interno, mediacional, etc.).

La actitud de los medios de comunicación en relación a estos problemas tiende a ser bas-

⁴Se parte de la premisa que la conducta humana es co-causada, con pesos específicos diferentes de cada causa, según el caso.

tante indiferente. En los casos en que se presenta un cierto "idealismo" la estructura social se encarga de inhibirlo. Hace algún tiempo, se dio a conocer el caso de una cadena de televisión norteamericana, cuyo principal accionista decidió disminuir el porcentaje de sexo y agresión en la programación. Resultado: la cadena televisiva estuvo al borde de la quiebra; para evitarla, se recurrió a reponer la programación anterior de sexo y violencia. Es que el "consumidor" de programas ya no acepta desplegar algún esfuerzo o renunciar a estímulos "fuertes".

La publicidad por su parte aporta lo suyo. Es evidente que al publicista le interesa básicamente la venta del producto y no el desarrollo psicológico del consumidor (el cuál, paradójicamente, no parece interesarle a nadie). El fuerte deseo de ganar dinero lleva fácilmente a la aplicación práctica del principio "el fin justifica los medios". A vía de ejemplo podemos recordar el conflicto que se planteó hace algunos años entre el Vaticano y la empresa fabricantes de los pantalones "Jeans Jesus"; la publicidad de esta empresa muestra a una joven enfocada de espaldas, con pantalones muy ajustados y usando la frase de Jesús: "si me quieres, sígueme". Es un excelente ejemplo de cómo ganar dinero en desmedro de los valores que la propia sociedad postula.

Para lograr la atención del consumidor, la publicidad hace un verdadero despliegue técnico. A través de éste nos va generando expectativas y nos va enseñando cómo la felicidad se consigue adquiriendo determinados productos⁵. Se nos hace asociar el producto con satisfacción sexual, prestigio, éxito, poder, etc. (necesidades que en este proceso resultan a su vez sobre-estimuladas). En síntesis, se nos va entregando la falsa expectativa de que encontraremos la felicidad en las cosas. Y por extraña coincidencia, todas las cosas que nos harán "felices" se compran con dinero. Así, la génesis de fuertes expectativas falsas va generando una fuente doble de frustración: si

⁵Una expectativa se define como "una anticipación cognitiva (producida normalmente por las claves en una situación) de que la realización de algún acto será seguida de una determinada consecuencia. La fuerza de una expectativa puede ser representada como la probabilidad subjetiva de la consecuencia, dado el acto". (Atkinson, citado por Yates, 1976, p. 253).

adquirimos los productos, estos no responden a las expectativas sembradas; si no los adquirimos, se frustra el deseo de tenerlos. Tanto las repercusiones de estas frustraciones como el costo psicológico de todo este proceso no es evaluado por nadie, y a pocos parece interesarles.

En líneas generales, el hombre contemporáneo se encuentra inmerso en un círculo vicioso que se puede bosquejar como sigue: A. Presencia frecuente de estímulos externos, simples e intensos (que se captan con facilidad pero que con la misma facilidad muy pronto producen saciedad). B. Se va empobreciendo nuestro mundo interno: menos reflexión, menos afectos, menos imaginación, etc. C. Esto nos lleva a ser fácil presa del aburrimiento y a requerir estímulos externos más fuertes. D. Cine, prensa, radio y televisión acuden en nuestra ayuda con renovados estímulos (para lo cual se intensifican los estímulos o se exploran áreas que antes estaban vedadas; por ejemplo, hoy es frecuente la búsqueda de videos pornográficos, etc.). E. Se empobrece aún más nuestro mundo interno.

Consecuencia de todo esto: un deficiente desarrollo psicológico que implica entre otras cosas un verdadero "apagón afectivo". Y esto nos parece una percepción tranquila de lo que ocurre, no una visión apocalíptica. En este panorama la drogadicción, por ejemplo, viene a integrarse muy bien; nos ayuda a disfrutar manteniendo nuestra intransable pasividad. No es por azar que el problema de las drogas aparezca tan en primer plano en la sociedad contemporánea.

La vigencia del panorama descrito no es igual en todas las sociedades. En nuestro país, por ejemplo, gran parte de los efectos descritos están "en gestación"; otros están plenamente vigentes. Como la conducta no sucede al azar sino que reconoce causas, si estamos importando las causas no tardaremos en percibir con mayor nitidez que hemos importado también los efectos. Es en este contexto en el cual debemos analizar las relaciones de pareja y su posibilidad de perdurar en el tiempo.

3. Exigencias psicológicas de la relación de pareja

Hemos descrito algunos ejemplos de cómo la sociedad puede participar a nivel co-causal en

lo que hemos llamado un "apagón afectivo" más o menos generalizado. En este contexto, podemos preguntarnos acerca de si la institución social llamada matrimonio es una opción aportativa para el hombre contemporáneo. (Al menos para aquellos que valoran y eligen esa opción).

En líneas generales podría decirse que "una pareja bien ajustada es la que logra recíprocamente maximizar refuerzos mutuos, minimizando los costos individuales" (Stuart, 1969). A partir de estos conceptos podríamos agregar todas las repercusiones de satisfacción interna que esto implica. Así, podríamos señalar que el matrimonio, cuando "funciona", es una excelente opción, fuente de realización personal. Lo anterior puede aparecer como tautológico pero no lo es: no todo lo que "funciona" en nuestras vidas constituye un excelente aporte existencial.

Sin embargo, nuestra experiencia clínica nos muestra que la convivencia matrimonial suele estar seriamente perturbada. Más allá de los índices de "nulidad", los problemas de comunicación, afectivos y de índole sexual suelen ser motivo de consulta clínica. En nuestra opinión, se está acrecentando la distancia entre lo que la relación matrimonial requiere de sus miembros y lo que estos están en condiciones de aportar. Personas cada vez más "planas" afectivamente suelen frustrarse en el matrimonio y terminan por no creer en este (por supuesto, esto no implica que no se pueda cuestionar el matrimonio por otras razones). Recientemente, por ejemplo, se publicó en la prensa el resultado de una encuesta entre la juventud francesa que mostró que un porcentaje muy bajo de jóvenes franceses cree en el matrimonio como institución. En nuestro país, aunque no disponemos de datos al respecto, pareciera ser que la convivencia sin matrimonio legal tiende a ser una práctica cada vez más frecuente.

La relación de pareja dentro del matrimonio plantea múltiples exigencias y requisitos de tipo psicológico y valórico, cada vez más difíciles de cumplir. Entre otros se requiere de un profundo compromiso afectivo, buenas relaciones interpersonales, estabilidad emocional, creatividad y desarrollo interior (para evitar la monotonía, la rutina y el tedio), armonía sexual, tolerancia a la frustración, afinidad en

intereses y valores, etc.⁶. En suma, una relación de pareja prolongada en el tiempo plantea múltiples exigencias que implican un desarrollo psicológico del cual el hombre contemporáneo carece. En el pasado, la relación tendía a mantenerse por valores religiosos (hoy debilitados) o por prejuicios sociales (hoy superados). En la actualidad, o la pareja se mantiene por "méritos propios" o no se mantiene. Esto, como tendencia, no como juicio absoluto.

Quizás si una de las exigencias fundamentales que plantea una relación de pareja reside en la capacidad de elección de pareja. La psicología científica ha venido mostrando que así como la conducta es función del ambiente, este es a su vez función de la conducta. Y al elegir pareja, estoy eligiendo un aspecto fundamental de mi ambiente, el cual a su vez me influirá sustancialmente. Una buena elección facilitará la adaptación, disminuirá el "costo" de la relación (en los términos de Stuart), y mejorará el pronóstico. Una mala elección implicará una "inversión" constante de esfuerzos lo cual viene a agregarse a las múltiples limitaciones psicológicas de cada cónyuge.

La buena adaptación matrimonial exige expectativas realistas; sin embargo, éstas suelen estar muy distorsionadas. Tanto es así, que autores como Lazarus (en Prensa) proponen ejercicios previos al matrimonio, en los que el novio debe imaginarse a su futura cónyuge en conductas tan poco románticas como vomitando, etc. Este autor plantea que es fundamental destruir lo que el llama "falacias románticas" antes del matrimonio (por ejemplo: el amor lo conquista todo).

La buena adaptación matrimonial exige capacidad de comunicación en sus múltiples formas. Así, para que una pareja funcione bien se requiere tal conjunto de requisitos que resulta muy fácil que algo no funcione. Y no hemos considerado las limitaciones que implican los horarios de trabajo, las múltiples opciones de infidelidad, etc. En medio de una

⁶Con respecto a la afinidad de valores resulta útil la teoría ABX de Newcomb; en las interacciones entre las personas A y B "la percepción de la semejanza de actitud hacia el evento X debe generar afecto o atracción entre A y B mientras que la percepción de desacuerdo producirá desagrado o rechazo" (Mc. David y Harari, 1979, p. 285).

sobredosis de estímulos y de fuertes atracciones eróticas, la rutina matrimonial aparece como pálida realidad muy poco motivante. De este modo, en la consulta clínica es más bien extraño el caso de un buen matrimonio, y nuestra opinión es que esta institución está funcionando bastante más mal de lo que habitualmente se cree. En nuestro país, esta creencia errónea se facilita al no existir una opción expedita de divorcio. Queda entonces la falsa sensación de que las cosas están mejor de lo que están.

A estas alturas de nuestras "reflexiones", surge la pregunta acerca de qué hacer frente a las dificultades planteadas. ¿Es deseable la promulgación de una ley de divorcio con disolución de vínculo?

C. EL DIVORCIO COMO OPCION LEGAL

A nivel mundial, los psicólogos clínicos tienden a asumir una actitud bastante pragmática frente a la opción del divorcio. "El divorcio es considerado cada vez menos como un mal. El movimiento de las mujeres, el reciente énfasis cultural en el crecimiento personal, el debilitamiento de las ataduras religiosas tradicionales y el interés en estilos de vida no-monógamos, ha removido al menos algo del estigma que se ligaba al divorcio" (Gurman y Kniskern, 1978, p. 881). Así, el interés del psicólogo clínico va en la línea de posibilitar una alternativa para aquellas personas que por múltiples razones ya no pueden seguir juntas. En este punto, es preciso enfatizar el respeto por los valores de la pareja y por sus decisiones.

Los enfoques legales, sociológicos o religiosos abordan el problema desde ángulos diferentes. En ellos tiende a haber un interés que va más allá de la conveniencia de las personas individuales. Esto plantea una diferencia de perspectivas y de énfasis.

Desde el ángulo de la psicología clínica, no parece "justo" el que a una pareja que ha fracasado en su matrimonio (como hemos visto, con una fuerte complicidad de la sociedad en este fracaso), la sociedad le niegue una opción de aprendizaje para una futura reconstrucción de sus vidas con otras personas. Además, hay otros casos en los que personas psicológicamente adecuadas, pueden llegar al divorcio

como una solución final a una relación que ya no se justifica. Impedir esto no parece defendible en modo alguno en términos de justicia. Tampoco en términos pragmáticos; la idea de que el divorcio favorecería actitudes más frívolas frente al matrimonio, aparece nuevamente como poco fundamentada (en la perspectiva del psicólogo clínico); "para que otros no sean frívolos debo limitar sustancialmente mi vida".

El argumento religioso, por respetable que sea, no puede sostenerse para la totalidad de la sociedad, sino tan solo para quienes están dentro de este marco de referencia (el cual tiene sus propias leyes internas respecto a este problema).

El divorcio nos parece una alternativa aceptable y justa, lo cual no implica desear que la gente se divorcie. Implica más bien reconocer que las personas pueden equivocarse, fracasar, etc. aunque tengan las mejores intenciones e incluso, las mejores "aptitudes". Si, como hemos visto, la sociedad limita esas aptitudes en muchos casos, resulta paradójal que luego castigue por no haberlas tenido.

Los índices de divorcio tienden a ser crecientes a nivel mundial. En los Estados Unidos, por ejemplo, entre 1867 y 1946 las tasas de divorcio han aumentado en 14 veces. En ese país, en la actualidad uno de cada tres matrimonios termina en divorcio. Y estos índices, en analogía a lo que sucede con los índices de suicidio, homicidio, drogadicción, etc., son la parte visible de un ice-berg en el cual el problema va más allá de esa parte visible (aunque las partes no visibles sean menos "graves", sin bastante significativas).

En la actualidad van surgiendo distintas alternativas al matrimonio y cada sociedad otorga a la institución matrimonial un determinado valor. De este modo, y a nivel de ejemplo comparativo, el valor que nuestra sociedad otorga al matrimonio pareciera diferir bastante del que se otorga en los Estados Unidos. Las siguientes palabras de Lazarus resultarían bastante chocantes en nuestro contexto social: "Para mí, el valor de un matrimonio se mide solamente en términos de felicidad humana. El matrimonio no es una entidad sagrada que debe ser preservada para su propia salvación". (Lazarus, en Prensa).

Sin embargo, la significación social del ma-

rimonio pareciera ir más allá de una opción que puede o no resultar. Nos parece más que probable que la destrucción del matrimonio y de la familia tendría fuertes repercusiones negativas a nivel social. No debemos olvidar que los niños deben ser socializados y que la familia puede ser una excelente opción de socialización. Sin embargo, una defensa de la institución matrimonial, en nuestra opinión no pasa por la negación de la alternativa legal del divorcio. El problema es más profundo y la no opción de divorcio es una actitud injusta, superficial y que implica una negación de la realidad.

Un camino realista de defensa de la institución matrimonial, pasa por una profunda toma de conciencia de los problemas y limitaciones psicológicas que está generando la sociedad contemporánea (lo cual no significa plantear que todos los problemas residen allí). Se requiere además una adecuada y temprana formación en lo que implica el matrimonio, su importancia, sus dificultades, etc. El manejo de expectativas debe realizarse desde temprano en el desarrollo del niño. A lo anterior debe agregarse entrenamiento en comunicación, énfasis valórico en lo afectivo, etc. Sería preciso que la sociedad usara todo su bagaje instrumental en una dirección compensatoria de las deficiencias que aquí hemos bosquejado. Por ejemplo, todos los medios de comunicación

desplegados activamente en esa línea compensatoria. Nos resulta más que claro que ésta posibilidad es extraordinariamente utópica. Lo probable es que no se haga nada de esto. En ese caso, nuestra opinión es que el problema no puede zanjarse por la vía de la negación de la realidad. Se trata de compatibilizar las necesidades del individuo y las de la sociedad; la no opción de divorcio aparece como un camino fácil que ayuda a mantener una creencia más optimista, sin fundamento alguno en la realidad. Y esa realidad nos indica que el hombre contemporáneo, con mucho vacío interior, ajeno a sí mismo y a sus intereses más profundos, no puede ser un buen compañero para una empresa tan exigente y difícil como lo es un matrimonio para toda la vida.

Al terminar estas "reflexiones" quisiéramos enfatizar que aunque hemos mostrado un ángulo negativo de la realidad, no tenemos un enfoque "apocalíptico". Quisiéramos destacar también que estamos muy conscientes de que tan sólo hemos "bosquejado" algunas ideas en forma muy incompleta, dejando además muchos temas sin tocar. Los comentarios planteados constituyen más bien una línea de reflexión para que el lector vaya extrayendo sus propias conclusiones. En este marco de referencia, esperamos que nuestro aporte resulte positivo.

REFERENCIAS

- Bandura, A. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84.
- Dollard, John, Doob, L. W. Miller, N. E. and Sears, R. R. *Frustration and Aggression*. Yale University Press, New Haven, 1939.
- Fromm, E. *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. Fondo de Cultura Económica, 1981.
- Gurman, A. S. and Kniskern D. P. Research on Marital and Family Therapy Progress, Perspective and Prospect. En: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Garfield y Bergin. John Wiley and Sons, 1978.
- Gregory, I. *Psiquiatría Clínica*. Editorial Interamericana S. A., 1970.
- Horowitz, M. "Image Formation and Cognition". Appleton Century - Crofts, Meredith Co. N. York, 1970.
- Jacobson, N. and Margolin, G. *Marital Therapy*. Brunner/Mazel Publishers, 1979.
- Lazarus, A. *Workshop Manual*. En Prensa.
- Lazarus, A. *Multimodal Behavior Therapy*. Springer Publishing Company, 1976.
- Lersch, P. *La Estructura de la Personalidad*. Scientia, 1962.
- Mc. David, J. y Harari, H. *Psicología y Conducta Social*. Limusa, 1979.
- Opazo, R. *La Terapia Conductual. Hoy: Una Actualización Crítica*. Terapia Psicológica. Año 1, N° 1, 1982.
- Remplein, H. *Tratado de Psicología Evolutiva*. Editorial Labor, S. A., 1974.
- Srole, et al. *Mental Health in the Metropolis*. Mc Graw Hill, 1962.
- Stuart, R. B. Operant interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, 33: 675-682.
- Yates, A. *Frustración y Conflicto*. Ediciones Josefina Betancor. Madrid, 1975.

Matrimonio y divorcio: ¿Disyuntiva real?

ALEX KALAWSKI*

Dar una opinión sobre el tema del divorcio es aparentemente fácil. Si uno tiene una posición "moderna" o "liberal", uno va a plantear la necesidad que exista el divorcio. Si uno tiene una posición "tradicional" o "conservadora" uno se va a plantear a favor de la defensa de la institución del matrimonio y contrario al divorcio.

Sin embargo, este modo de plantear las cosas revela una posición errada, una falsa dicotomía. Muchas veces la pregunta es más importante que la respuesta, ya que representa los supuestos a partir de los cuales uno se enfrenta al problema y esos supuestos son los que finalmente son un determinante central de la respuesta.

Es por esto que centraremos nuestro artículo en examinar la pregunta y, fundamentalmente desarrollar un marco de referencia previo al planteamiento del problema. Si formulamos la pregunta en términos de ¿está usted a favor del matrimonio o del divorcio? estamos suponiendo que ambas alternativas son incompatibles. Sin embargo, creemos que ésto no sólo no es así, sino que una incluye la otra. Antes de preguntarnos por el divorcio, tenemos que entender el marco en el cual se da el matrimonio. Los seres humanos somos esencialmente complejos y contradictorios. Nuestra naturaleza es esencialmente dual. Constantemente nos movemos entre polaridades: Independencia-Dependencia; Dominio-

Sumisión; Masculino-Femenino; Izquierda-Derecha; Bien-Mal; Luz-Oscuridad; Todo-Nada, etc. La comprensión de los problemas humanos está ligada por lo tanto a la comprensión de la dinámica de estas polaridades. Esto ha sido comprendido por distintos pensadores que han encontrado en estas polaridades la clave para entender y solucionar los más distintos problemas. Una de las grandes polaridades subyacentes, es la de Deber y Querer. Si planteamos Deber y Querer como puestos irreconciliables, entre las que hay que elegir, nos vamos a encontrar constantemente en callejones sin salida.

El sexo es un excelente ejemplo de cómo ambos polos están en la realidad intricable y sorpresivamente ligados. Así, de una relación sexual, que podría ser considerada como ejemplo del más puro querer, nace con frecuencia una nueva vida, frente a la cual surgen nuevos querer, pero también deberes.

Otra manera de plantear esta dicotomía es en términos de Amor y Ley. La Ley es muy necesaria, pero una Ley sin Amor, es una Ley que se vuelve contra sí misma, que se va a constituir en pura apariencia y fariseísmo.

Aunque es necesaria la integración y el equilibrio entre los polos, es también necesaria la lucha y oposición entre ellos, ya que de esa oposición y lucha surge la energía y el movimiento. Tiene que haber entonces un equilibrio móvil entre oposición e integración, de modo que haya vida y crecimiento y no luchas estériles. Esto ha sido logrado por la vida innumerables veces, pero no siempre se alcanza ya que la vida supone el riesgo y la posibilidad de

*Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile.
Vicuña Mackenna 4860.

éxito siempre implica la posibilidad del fracaso. (Si revisamos este último párrafo vemos cómo pasamos constantemente de una polaridad a otra).

El matrimonio refleja de manera muy clara lo que hemos estado planteando. Tanto es así que muchas veces ha sido usado como símbolo de la relación entre opuestos. El hombre y la mujer representan fuerzas que se mueven entre oposición y unión, entre diferencia y semejanza, entre dependencia e independencia.

El matrimonio puede ser concebido así como una unión determinada por la relación dinámica entre deber y querer, entre deseo y obligación, entre libertad y necesidad.

La acentuación unilateral de cualquiera de estos polos no es posible sin generar efectos impensados en el otro polo y en el que se quiere acentuar. Es tan absurdo pensar en un matrimonio sin amor como en un matrimonio sin ley. La integración de los opuestos necesita un orden sin la cual la unión no es posible. En este caso la integración entre ley y amor debe significar que la ley debe estar al servicio del amor y no el amor al servicio de la ley.

Nos hemos alejado aparentemente de nuestro tema, sin embargo, no sólo es indispensable para plantear las preguntas adecuadas, sino que nos permite tener ya de cierta manera las respuestas.

Si miramos las cosas como lo hemos hecho hasta ahora, me parece un gran error el pen-

sar que la protección del matrimonio va a ser el resultado de un énfasis en la obligación o de una coersión externa. Es necesario que exista un compromiso, y es necesario que este compromiso sea definitivo, pero paradójicamente este compromiso sólo tiene sentido cuando es libre. Sólo es posible decir sí cuando existe la posibilidad de decir no. Un sí que se dice para siempre no es un sólo sí, sino que es un sí renovado. Una sucesión de sí y posiblemente y a lo mejor necesariamente, van a existir algunos no que darán un nuevo sentido a los sí que los sigan. Si uno piensa en la relación entre Jesús y Pedro, es posible que ésto quede más claro. Jesús elige a Pedro como su piedra, sólida y firme sobre la cual va a construir su obra. Sin embargo Jesús sabe que Pedro va a pasar por momentos en que lo va a negar. En un tiempo muy corto, antes que cante el gallo, Pedro va a decir no tres veces. Sin embargo, lo importante es la capacidad que tiene Pedro y la confianza que tiene Jesús en que como buen pescador podrá volver a enderezar el timón y recuperar el rumbo, volviendo al camino angosto tan difícil y tan necesario de seguir.

Es por esto que creemos que es necesario que exista una ley de divorcio. El matrimonio debe ser algo vivo y su solidez no puede estar exenta de riesgos. Los límites de los seres vivos tienen que ser permeables. Si los rigidizamos, el resultado no es la vida sino la muerte.

CRONICA

Sobre Proxémica y Espacio Personal

FERNANDO LOLAS S.*

RESUMEN

SOBRE PROXEMICA Y ESPACIO PERSONAL

Se establece una distinción entre proxémica y estudio del espacio personal en base al énfasis primario de cada una de estas tradiciones de investigación, a sus métodos predilectos y al ámbito de aplicación de sus resultados. El problema planteado por la conducta espacial es ilustrado mediante datos provenientes del estudio animal y ejemplificado en cuatro áreas: estudio de la variación intercultural, categorización de formas de interacción interpersonal, determinación de estilos individuales y estudio comparado del comportamiento.

El concepto de *proxémica* fue desarrollado por el antropólogo E. T. Hall. (1959, 1966, 1968) y se refiere al estudio de la percepción y uso del espacio en el hombre. Al situar su contribución con el contexto de intentos similares, Hall observa que está próxima al "complejo conductual de actividades conocido por los etólogos como territorialidad... Se refiere primariamente al establecimiento de distancias que ocurre fuera de la conciencia" (Hall, 1968). También se ha dicho de la proxémica que es "el estudio de cómo el hombre estructura inconscientemente el microespacio" (Davis, 1973).

ABSTRACT

ON PROXEMICS AND PERSONAL SPACE

A distinction is drawn between proxemics and the study of personal space on the basis of the primary emphasis of each research tradition, its preferred methods, and the main areas of application of their results. The problem posed by spatial behavior is illustrated through data from animal research and exemplified in four areas: the study of intercultural variation, categorization of patterns of interpersonal interaction, determination of individual styles and comparative behavioral research.

Tanto el énfasis inicial como la orientación seguida por muchos investigadores sitúan el estudio proxémico en la tradición antropológica, más ligada a la observación que al experimento y orientada principalmente al estudio de las variaciones interculturales. De hecho, el propio Hall arribó a algunos de los conceptos iniciales de su trabajo como miembro del programa de instrucción Punto Cuarto del Instituto Nacional del Servicio Exterior. Allí tuvo oportunidad de observar que muchos norteamericanos sentían una vaga e indefinible molestia en culturas cuyos miembros manipulan su microambiente en forma distinta. Particularmente revelador era el hecho de que la distancia considerada normal para muchas actividades sociales variaba de cultura a cultura. Hall intuyó que en la distancia se codifica un

*Unidad de Psicofisiología, Depto. Fisiología y Biofísica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Casilla 137-D. Santiago, Chile.

aspecto de la conducta que no siempre puede ser reducido a reglas explícitas pero cuyo valor informativo y comunicativo está fuera de duda. De la observación naturalística de encuentros sociales norteamericanos, Hall propuso delimitar por lo menos cuatro tipos de distancias: la distancia íntima (hasta 45 cm alrededor del propio cuerpo), la distancia personal (entre 45 y 120 cm), la distancia social próxima (entre 120 y 200 cm.) y la distancia social lejana (hasta 400 cm). Uno de los más importantes aspectos involucrados en estas "burbujas" hipotéticas en torno a cada individuo es su significado. Cualquier mensaje intercambiado por dos personas dentro de la esfera íntima pasa a tener una connotación especial, tanto para los que participan en el encuentro como para el observador externo. Aunque en algunas culturas hay normas ritualizadas para el manejo del espacio, en general se trata de reglas implícitas que se aprenden en el proceso de socialización y cuya existencia puede inferirse sólo a través de los efectos que causa su transgresión. Así, por ejemplo, una declaración de amor realizada a más de dos metros de distancia tiene una alta probabilidad de ser considerada diferente a una realizada a 30 centímetros. Si bien tales aspectos fueron tomados en consideración por Hall, su trabajo—en muchos aspectos semejantes al de Erving Goffman (1963) sobre la conducta en lugares públicos—destaca de modo predominante la variación intercultural. De allí que Weitz (1974) establezca una distinción entre la perspectiva proxémica y otra designada como estudio del *espacio personal*, cuyo desarrollo puede atribuirse en buena medida a Robert Sommer (1969). Este punto de vista descansa en mucho mayor medida en experimentos controlados y destaca el influjo de la territorialidad sobre los procesos interpersonales y su significado en términos de individuos. Un estudio típico se centra, por ejemplo, en la influencia que tiene la disposición espacial de las sillas en la sala de clases sobre el flujo de información, sobre la percepción de las figuras líderes y sobre la participación de los estudiantes. Aquellos individuos situados en ángulo con respecto al profesor participan en general menos que aquellos situados enfrente.

La diferencia entre estas dos perspectivas no debe sobreestimarse. Se trata más bien de

énfasis y métodos predilectos, no más substanciales que los que permitirían separar estudios antropológicos de estudios de psicología social. Se complementan uno descriptivo y el otro experimental. En el estudio proxémico prima la variación intercultural en el del espacio personal la variación interindividual.

EL ESPACIO EN EL ANIMAL

Uno de los más sólidos aportes del biólogo Jacob von Uexküll (1921) fue proponer una biología teórica que explícitamente descansaba sobre la noción de un mundo circundante (Umwelt) propio y distintivo para cada especie animal. El mundo perceptual y operativo de la mosca no es el mismo del hombre o del elefante. Cada individuo lleva en torno suyo las coordenadas de su percibir posible y de su acción posible como plan estructural e invariante biológica. Compete al investigador del comportamiento generar un marco de referencia dotado de significado que permita conceptualizar al animal —y su mundo circundante como una unidad. Cada individuo es la suma de individuo más Umwelt.

En su pretensión última de llegar a esquemas ideales y axiomas de universal aplicación, la teoría del mundo circundante enfrentó muchas críticas (cf. Weber, 1937) y su recepción fue desigual. Resabios de ella se encontrarían en un examen más atento de concepciones ligadas a la teoría general de sistemas (cf. Miller, 1978) o de la medicina antropológica de Viktor von Weinsäcker (1948). Para nosotros en este momento debe ser de interés sólo el hecho de que el espacio "propio" de un ser vivo haya sido explícitamente elevado al rango de "componente" de ese mismo ser vivo. Lo cual no puede sino refrendar una sencilla observación. Toda individualidad —también la nuestra— no termina en los límites del cuerpo físico sino se extiende más allá de él, en una burbuja también "propia". Sin esfuerzo puede extenderse este punto de vista a los grupos de alta cohesión, que así pueden ser tratados como individuos. Por lo tanto, organismos individuales empieza a haberlos desde el momento en que se distingue un "afuera" y un "adentro", en que —sentida, presentida o demostrada— una cisura se interpone entre individuo y

ambiente. El punto aquí es que “individuo” significa cuerpo físico más burbuja personal.

Los estudiosos del comportamiento animal están de acuerdo en que los animales de una misma especie raramente se distribuyen al azar sobre un mismo territorio. Los movimientos de cada individuo están influidos por los de sus vecinos, resultando de este modo que cualquier población observada durante un período suficientemente largo exhibirá un patrón característico de actividades y posiciones de individuos en el espacio. Un observador cuidadoso como Hediger (1955) había ya demostrado la asombrosa regularidad de las distancias entre animales y propuesto la noción de *distancia de reacción*, que cumple un papel descriptivo; así es posible hablar de distancias de ataque y distancias de huida. No es en modo alguno simple el desafío empírico de predecir conductas sobre la base de variables espaciales, y los nuevos estudios no trabajan tan simplemente con conceptos tales como “territorialidad” y “ámbito doméstico” (home range). En su popular libro “El imperativo territorial” Robert Ardrey (1966) logró una síntesis excelente y simplificada, algunas de cuyas extropolaciones debieran ser todavía objeto de examen. Un ejemplo lo brinda la conceptualización propuesta por Waser y Haven Wiley (1979), en donde se evita toda noción simplista de territorio. Así, distingue por ejemplo, tres “campos”: el *campo de actividad* se define en función del tiempo que un individuo pasa en él, desarrollando todas sus actividades; el *campo de aislamiento* refleja la exclusividad relativa con que un individuo usa un espacio determinado y se define como el tiempo invertido por el sujeto observado en una localización dada dividido por el tiempo invertido por todos los demás sujetos (incluido el observador) en esa misma posición; finalmente, el *campo de agresión* se define por la probabilidad de ataque o retirada.

No deja de llamar la atención que dos de los campos definidos por estos autores hagan explícita referencia al tiempo. Este factor ha faltado en general en estudios más anecdóticos realizados en el marco de la teorización social humana. De éstos se coge la impresión de que las burbujas de espacio están sólo definidas por mensuración inmutable, cuando en realidad la medición espacial es sólo una alternati-

va para la objetivación del espacio personal. Los distintos campos definidos por Waser y Haven Wiley (1979) pueden interactuar complejamente y la forma de esta interacción dará lugar a patrones de espacialidad en la población. Si de estudiar los mecanismos conductuales se trata, el objetivo debiera ser explicar las relaciones que existen entre los campos y las tendencias agonísticas (conductas autoiniciadas, por ejemplo, de ataque). De hecho, las más antiguas definiciones indicaban que el territorio de un animal determinado es aquel espacio en el cual éste “gana” la mayor parte de los encuentros. La dominancia específica para un lugar, refrendada por marcas o conductas de amenaza, ha sido considerada en la literatura zoológica un criterio de territorialidad. La agresividad de un individuo debiera ser una función de la distancia al centro de su territorio. Sin embargo, la frecuencia de contactos agresivos no es necesariamente una demostración de la intensidad de tendencias agresivas. Basta pensar que dos individuos cuyos territorios sean pequeños tendrán más probabilidades de enfrentarse que dos individuos vecinos cuyos territorios sean grandes. Bajo tales condiciones, los vecinos con territorios más pequeños se detectarán mutuamente más veces que los otros y de ese modo la frecuencia de contactos agonísticos se incrementará. El observador podría llegar a la conclusión de que los individuos con territorios más pequeños son más agresivos si confiara sólo en la frecuencia de los contactos y no tomara en consideración el factor probabilidad basal de encuentro. Por otra parte, como ha demostrado Leyhausen (1965) para el gato, es posible concebir “territorialidad temporal”. Diversos animales pueden utilizar el mismo espacio pero a diferentes horas del día de acuerdo a un plan cuidadosamente respetado. Es obvio que en este caso hay que considerar la variable jerarquía, ya que un individuo inferior muy probablemente renunciaría a su “tiempo territorial” y huiría si se acercara uno superior. En ello se ve que una conducta agonística puede ser también la huida y que los territorios no se forman sólo por amenaza o ataque sino también por evitación.

El problema del espacio y la dispersión animales no puede ser tratado aquí a un nivel adecuado de precisión. La mayor parte de la

literatura zoológica discute el problema en términos de variables ecológicas, tales como existencia de algún recurso natural limitado, familiaridad con un área donde existe el recurso e impacto de ella sobre la utilización de éste y efectos de la proximidad de otros individuos sobre la utilización del recurso o sobre los riesgos de ser agredido o capturado por otro animal. Un clásico sobre el problema es el libro de Wynne-Edwards (1962). La evolución de los mecanismos de espaciamiento animal ha sido discutida por Waser y Haven Wiley (1979). La razón de mencionar tales estudios en este contexto es advertir que un uso simplista de conceptos tales como territorio y conducta agresiva no hace justicia a la literatura zoológica y puede dar lugar a erróneas y apresuradas generalizaciones. Evitarlas puede ser importante al discutir algunas de las implicaciones de la conducta espacial (cf. Lolas, 1979). Por ejemplo, no es tan sencillo aceptar “explicaciones” de fenómenos sociales sobre la base de datos sobre “crowding” (amontonamiento) en poblaciones animales.

ALGUNOS ESTUDIOS EMPIRICOS

La territorialidad —o, como tal vez fuera más apropiado designarla, “la conducta espacial”,— no puede decirse que siga siendo “una desdeñada dimensión sociológica”, como escribían Lyman y Scott en 1967. El último decenio se ha caracterizado por una pública toma de conciencia de los diversos tipos de restricciones que estos autores mencionaban: la violación, la invasión, la contaminación. Muchos de los conceptos originariamente desarrollados por Hall y Sommer han encontrado aplicaciones concretas en los campos del diseño y la decoración, de la enseñanza y de la investigación social.

El trabajo empírico en este terreno sigue siendo deudor de las dos tradiciones a que antes hacíamos referencia: la antropológica y la psicológico-social. La integración entre ambas y el refinamiento de sus técnicas han permitido recoger abundante cantidad de datos. A Watson (1970) se deben hallazgos que refrendan algunas de las observaciones de Hall: los estudiantes árabes tenían, en comparación con los norteamericanos, un manejo diferente del espacio, caracterizado por mayor proximi-

dad. Tales datos plantean una pregunta que también se ha formulado en relación a otras conductas: *en qué medida cultura y reactividad personal son responsables de los cambios observados en los sujetos y en qué medida puede predecirse la conducta de éstos tomándolos en consideración.*

Una conducta es expresiva probablemente cuando se le puede “dar sentido” en un marco de observación determinado y cuando de este otorgamiento de sentido puede derivarse predicciones comprobables. Si bien toda conducta expresiva “dice algo” sobre el sujeto, no todas lo hacen en la misma forma. En otro lugar (Lolas y Ferner, 1978) hemos sostenido que la dicotomía entre conductas *implícitas* y *explícitas* es heurísticamente válida, y sobre todo útil. Conductas explícitas son aquellas conductas, informativas o comunicativas cuyo valor expresivo reside en su “gramaticalidad”, ésto es, en la posibilidad de interpretar los signos fuera del contexto en que se intercambian o generan en base a “diccionarios” de consenso universal y a “leyes” abstractas. El caso típico sería el intercambio verbal cuando se le usa con propósito de comunicación. Las conductas implícitas, en cambio, se “entienden” sin saber exactamente por qué. El código permanecen en un estado de subliminal eficacia. Más que constituir mensaje, tales conductas son, como decía Bateson, “un mensaje sobre el mensaje”. La mayor parte de las conductas no verbales —en ningún caso todas— podrán denominarse implícitas en este sentido. Argyle (1972) menciona tres funciones que tales conductas desempeñan en los encuentros interpersonales: comunican actitudes y emociones, apoyan el intercambio verbal (o lo contradicen) y, a veces, reemplazan al lenguaje.

Los estudios proxémicos y del espacio personal han demostrado que el manejo del espacio está vinculado a estas funciones. Aún en los casos en que no está explícitamente regulado, los estudios de numerosos autores indican que los mensajes intercambiados por los individuos están influidos por el factor espacial. La posición relativa que adopta un individuo en un grupo es una indicación de su *status* y de la observación de configuraciones pueden jueces no entrenados inferir quién es quién y qué hace un grupo: competir, discutir, flirtear,

etc... Naturalmente, el impacto de la variable espacio no siempre es fácil de aislar, especialmente en estudios no experimentales. Está contaminado por claves derivadas del movimiento, de la conducta táctil y de la orientación del cuerpo. Sin embargo, un estudio controlado puede brindar razonable base para predicciones comprobables.

Las distancias críticas a las que se verifican diversas formas de contacto interpersonal permiten *designar y categorizar las formas de encuentro*. "Guardar distancia" quiere decir, en el lenguaje usual, mostrar respeto pero también puede ser una señal de desprecio o temor. Goffman (1963) mencionaba el ejemplo de la desatención civil como una forma de regular el *tempo* y la intensidad de los intercambios comunicativos. Cuando nos enfrentamos a una persona que camina en dirección contraria, a menudo desviamos la mirada en el momento en que penetramos de la distancia pública a la distancia social. Seguir mirando equivaldría a invadir el territorio del otro, en cuyo caso un saludo apaciguador es casi de regla; es lo que acontece, por ejemplo, cuando el encuentro no ocurre en una calle sino en la soledad del campo. Givens (1978) al estudiar la base no verbal del flirteo, el cortejo y la seducción, observa que ella no está relacionada con la invasión dominante del espacio personal sino con numerosas muestras de sumisión y conducta de afiliación, que permiten reducir la distancia dejando siempre abierta la posibilidad de la negativa y de la retirada.

De singular interés es la relación que guarda el manejo del espacio con *diferencias individuales* en otras esferas. Horowitz *et al* (1964) propusieron el término "zona buffer corporal" (body-buffer zone) para designar el área en torno a una persona que si es propasada genera ansiedad. Traza el límite, por así decir, entre lo que está "fuera" y lo que está "dentro". En una sencilla ampliación experimental

de este concepto, Kinzel (1970) midió la zona corporal en prisioneros violentos y en sujetos no violentos; demostró que los primeros no sólo la exhibían mayor sino que la parte posterior era más amplia que la anterior. Su método consistió en situar a los sujetos en el centro de una habitación y en irse aproximando desde diversos ángulos hasta que reportaran incomodidad. El estudio demostró asimismo, que la repetición de las mediciones redundaba en una progresiva disminución del área buffer, si bien al cabo de doce semanas la de los sujetos violentos seguía siendo significativamente mayor que la de los no violentos. Aunque estos datos no podrían interpretarse causalmente, llaman la atención hacia la posibilidad de objetivar estados y rasgos psicológicos a través de la conducta espacial. De hecho la conducta es una poderosa herramienta de adaptación y así como existe una homeostasis interna fisiológica existe una homeostasis externa, lograda a través de controlar el input sensorial. Se podría hablar de una "sensoriostasis", en la que intervendría el establecimiento de distancias críticas. La conducta espacial no sólo permitiría precisar invariantes culturales sino también "estilos" individuales de interacción dentro de una misma cultura.

Los tres ejemplos presentados —estudio de la variación intercultural, categorización de las formas de interacción entre personas y determinación de estilos individuales— hacen innecesario insistir sobre la importancia de los estudios proxémicos y del espacio personal. No es sólo la apertura a la comprensión de otras personas —y sus consiguientes implicaciones sociales, educacionales y terapéuticas— lo que los hace necesarios. Pasado el nivel anecdótico y descriptivo, con métodos más refinados y preguntas experimentales más exactas, ellos contribuyen a reformular muchas interrogantes tradicionales sobre la causación del comportamiento.

REFERENCIAS

- | | |
|--|---|
| <p>Ardrey, R. <i>The Territorial Imperative</i>. Atheneum, New York, 1966.</p> <p>Argyle, M. <i>The Psychology of Interpersonal Behaviour</i>. Pelican, Harmondsworth, 1972.</p> <p>Davis, F. <i>Inside Intuition —What We Knew About Non—Verbal Communication</i>. McGraw Hill, New York, 1973.</p> | <p>Givens, D. B. The nonverbal basis of attraction: flirtation, courtship, and seduction. <i>Psychiatry</i>, 1978, 41: 346-359.</p> <p>Goffman, E. <i>Behavior in Public Places</i>. The Free Press, Glencoe, 1963.</p> <p>Hall, E. T. <i>The Silent Language</i>. Fawcett, New York, 1959.</p> |
|--|---|

- Hall, E. T. *The Hidden Dimension*. Doubleday, New York, 1966.
- Hall, E. T. Proxemics. *Current Anthropology* 1968, 9: 83-95, 106-108.
- Hediger, H. *Studies of Psychology and Behavior of Captive Animals in Zoos and Circuses*. Criterion Books, New York, 1955.
- Horowitz, M. J.; Duff, D.; Stratton, L. The body buffer zone: an exploration of personal space. *Archives of General Psychiatry* 1964, 11: 651-656.
- Kinzel, A. F. Body-buffer zone in violent prisoners. *American Journal of Psychiatry*, 1970, 127: 59-64.
- Leyhausen, P. The communal organization of solitary mammals. *Symp. Zoological Society London*, 1965, 14: 249-263.
- Lolas, F. Perspectivas psiquiátricas de la antropología etológica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1979, 25: 127-134.
- Lolas, F. y Ferner, H. Zum Begriff des impliziten Verhaltens. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 1978, 26: 223-233.
- Lyman, S. M. y Scott, M. B. Territoriality: a neglected sociological dimension. *Social Problems*, 1967, 15: 236-249.
- Miller, J. G. *Living Systems*. McGraw Hill, New York, 1978.
- Sommer, R. *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1969.
- Von Uexküll, J. *Umwelt und Innenwelt der Tiere*. Parey, Berlin, 1921.
- Waser, P. M. y Haven Wiley, R. Mechanisms and evolution of spacing in animals. En *Handbook of Behavioral Neurobiology*, Vol. 3, Marler, P. y Vandenberg, J. G. (Eds.). Plenum, New York, 1979.
- Watson, O. H. *Proxemic Behavior: A Cross Cultural Study*. Mouton, The Hague, 1970.
- Weber, H. Zur neueren Entwicklung der Umweltlehre J. v. Uexkülls. *Naturwissenschaften*, 1937, 25: 97-104.
- Weitz, S. *Nonverbal Communication*. Oxford, New York, 1974.
- Von Weizsäcker, V. *Der Gestaltkreis*. Thieme, Stuttgart, 1948.
- Wynne-Edwards, V. C. *Animal Dispersion in Relation to Social Behaviour*. Oliver and Boyd, Edinburgh, 1962.

Aprendizaje y Computación: Una Brillante Realidad

Gustavo A. Jiménez L.*

RESUMEN

En este artículo quisiera revisar las brillantes perspectivas que se han abierto con el uso de los computadores personales en las siguientes áreas: educación, terapia cognitiva computada y rehabilitación.

ABSTRACT

Learning and computing: a brilliant reality. This article reviews the major developments of computers in education, in computed cognitive therapy and for rehabilitation purposes.

INTRODUCCION

Los Computadores Personales.

Son computadores de una capacidad relativamente pequeña de procesamiento de datos. Presentan sin embargo, muchas ventajas sobre los grandes computadores. Son relativamente baratos (unos mil dólares), son portátiles, no se requiere ser un experto en computación para usarlos y tienen múltiples usos en el colegio, la oficina, el hogar o para la recreación.

Usos y Posibilidades de los Computadores Personales (C.P.).

Inicialmente los C.P. tenían programas sólo para matemáticas, estadísticas e ingeniería. Los C.P. empezaron su existencia sólo en 1978 y se están masificando desde entonces. Sus precios han bajado, y sus usos se han diversificado. Hoy día con ellos se puede usarlos como: maestros que imparten lecciones "envasadas", un medio para editar textos, cartas (como una imprenta electrónica), para componer y editar

música, para producir gráficos de alta calidad, para controlar otros aparatos como el teléfono, la radio, etc., para hacer análisis lógicos, para mantener archivos, en fin.

LOS COMPUTADORES EN LA EDUCACION

Se han descrito tres modos principales de usar los computadores en la educación: 1) como maestros o tutores del alumno; 2) como herramientas en manos del alumno, y 3) como alumnos del alumno (Taylor, 1980). En el primer caso encontramos los computadores como máquinas de ejercicios de materias escolares, (currículums envasados). En el segundo caso encontramos la simulación de situaciones reales en condiciones ideales. En el tercer caso es el alumno quien debe programar al computador y crear sus usos propios de acuerdo a sus necesidades.

1. El Currículum Envasado (Minicomputadores).

El uso que se les da desde 1965 en los Estados Unidos es para impartir lecciones y ejercicios de todas las asignaturas. En lo que se conoce como instrucción asistida por el com-

*Psicólogo, Master en Computación y Educación. Casilla 2229, Santiago 1.

putador (computer assisted instruction, C.A.I.). Esta forma de uso puede ser una liberación para los profesores desde varios puntos de vista. Evita preparar pruebas sobre los asuntos básicos, evita esas mismas pruebas y hacer los cálculos estadísticos y las planillas de notas. Los mini-computadores (más caros y grandes que los computadores personales) pueden hacer todo eso ya programados. Estos sistemas de curriculum envasado son mucho más caros pues requieren de varios terminales. Pero su eficiencia en las tareas de infraestructura del proceso de instrucción es impresionante. Libera al maestro de la rutina, y por primera vez en la historia de la educación le permite desplegar su creatividad, perfeccionamiento, reflexión y le da la posibilidad de transformarse en un verdadero maestro, que no solo instruye sino que forma. Los sistemas de curriculum ensavados son caros aún (unos veinte mil dólares) y sirven para atender unos 3.000 alumnos semanalmente.

Hay sin embargo, una nueva alternativa: las pequeñas máquinas con ejercicios envasados de aritmética y ortografía (en inglés aún). Estas también dan ejercicicos al niño (sumas, restas, multiplicación y división, por ejemplo). Estas son relativamente baratas y se venden en varias librerías. Las más famosas son el Little Profesor, el Dataman y el Speak & Spell de Texas Instruments (costo promedio 20 dólares).

Todas estas maquinitas son parte de lo que se está llamando "aprendizaje electrónico". Son maquinitas portátiles de ejercicios. Para mencionar el ejemplo más relevante: aprenderse y ejercitar las tablas de multiplicar. Hacerlo por el método tradicional es cansador para el alumno y para el profesor o el apoderado. La maquinita (el Little Profesor, por ejemplo) ejercita las tablas incansablemente. Si el alumno se equivoca le dice "Error" y vuelve a presentarle el mismo ejercicio. Si el alumno se equivoca por segunda vez, le vuelve a decir "Error" y le presenta el mismo ejercicio por tercera vez. Si el alumno no acierta, le da la respuesta y pasa al ejercicio siguiente. Si el alumno acierta, pasa al ejercicio siguiente. Cuando le ha dado 10 problemas consecutivos, la máquina le indica el resultado reforzándolo al más puro estilo skinneriano.

Los Computadores Personales también

ofrecen la posibilidad de "cursos o ejercicios envasados", que no constituyen un curriculum propiamente tal. Un programa o curso puede ejercitar la suma, resta, multiplicación o división de fracciones. Otro puede ejercitar el aprenderse los países y sus capitales, otro, los ríos de Europa y América, otro la conjugación de los verbos en inglés, en francés o castellano. Otro graficar ecuaciones de primer y segundo grado. En fin. Estos programas ya están disponibles y son relativamente baratos (unos 30 dólares cada uno).

Podríamos decir que un curso envasado es como un libro hecho ameno y ágil. El niño se sienta al teclado del terminal, y en la pantalla del monitor (o televisor conectado al computador) va recibiendo preguntas y él escribe las respuestas y luego el programa o curso envasado lo guía paso a paso hacia distintos ejercicios y le va indicando los resultados.

2. Los Computadores como medios de simulación de situaciones.

Simular en computación quiere decir reproducir una situación real en forma de símbolos y usando las variables más importantes de una situación. Por ejemplo se puede simular los viajes de Cristóbal Colón a América, representando sus 3 barcos en la pantalla del monitor y simulando las condiciones de navegación (dirección y velocidad del viento, altura de las olas, temperatura y humedad), la cantidad de alimentos y de hombres en cada barco. Se pueden simular tormentas incrementando la variable velocidad del viento, o se puede simular un racionamiento de alimentos simulando que una cantidad de alimentos se pudre por humedad. El niño (o adulto) que trabaja con el programa que simula el viaje, puede aumentar o disminuir la velocidad del viento y ver que pasa (¿naufragará la nave? ¿morirán hombres?). Esto es una situación de aprendizaje muy apasionante y un desafío intelectual. Se puede simular la administración de una tienda, haciendo variar las ventas y las compras, los gastos y las inversiones de utilidades. Se puede simular la administración y manejo de una central que produce electricidad y ver que ocurre en caso de un escape radiactivo o falla de una de sus partes. Construir o programar una simulación es trabajo de expertos y

científicos. Usar un programa de simulación, puede hacerlo un niño a partir de los 10 años. El poder de convicción y el potencial de aprendizaje de los programas que simulan situaciones reales es inmenso.

3. El computador como alumno del alumno.

Programar un computador para que haga un programa cualquiera (toque música, calcule un promedio, haga dibujos, etc.) había sido hasta ahora una tarea de expertos y de ingenieros. Eso ya no ocurre.

La innovación más interesante para la psicología del aprendizaje y para la educación, es la aparición en el mercado del lenguaje de computación LOGO. Este lenguaje permite que un niño de 6 años use el computador para hacer dibujos sin más conocimientos que saber las orientaciones de derecha, izquierda, arriba y abajo (Watt, 1982). Al hacer estos dibujos en el monitor conectado a la computadora el niño utiliza su geometría intuitiva de los movimientos, mejora su capacidad de razonar, y aprender a manejar el computador. El lenguaje LOGO fue creado en el M.I.T. por Seymour Papert, un matemático y epistemólogo del M.I.T. que trabajó y estudió cinco años con J. Piaget en Suiza. Papert, fue un discípulo fecundo de Piaget que supo innovar en educación a través de 10 años de estudio e investigación con niños y computadores (Papert, 1980).

El lenguaje LOGO es poderoso y fácil, (el ideal para introducirse fácilmente en la computación) y está siendo usado con éxito para trabajar con niños en la computación en Estados Unidos, Europa (Schechter, 1982) y varios países de América Latina, (Reggini, 1981) y en Chile por este autor (Jiménez, 1982).

PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGIA DEL APENDIZAJE QUE EJERCITAN LOS COMPUTADORES EN LA EDUCACION.

Sobre todo significan un REFUERZO CONTINGENTE con las respuestas. El niño no tiene que esperar dos o tres días para saber el resultado de la nota o si cometió un error. Con el computador bastarán unos dos segundos o menos y sabrá el resultado inmediatamente.

Tendrá así la posibilidad de autocorregirse o de reflexionar sobre las causas de su error, cosa que raramente sucede en la educación, en que el error tiende a ser desaprovechado y olvidado. Los computadores en la educación significan además EJERCITACION INCANSABLE. La paciencia es un recurso escaso de los seres humanos (como diría un economista). Las computadoras pueden ejercitar literalmente 10.000 veces las tablas de multiplicar o cualquier otro tema sin agotar su paciencia. Esto naturalmente da al niño confianza en sí mismo y en el proceso de aprendizaje. Ya que no teme que lo reten o castiguen porque pregunta una y otra vez o porque se equivoca. Está probado que un grupo escolar o universitario mayor de 20 personas inhiben las preguntas al profesor o conferenciante. Esto no es gran problema con el computador.

Las computadoras permiten además un progreso adecuado al RITMO PERSONAL de aprendizaje. Sabido es que los ritmos de aducción de una destreza o conocimiento varían muchísimo. Algunos investigadores en la enseñanza de las matemáticas han determinado que la diferencia alcanza la proporción de 1 a 7 veces (más rápido o más lento) cuando un profesor enseña un concepto. Los profesores en un curso están obligados a seguir el ritmo promedio, con la consecuencia inevitable que los brillantes se aburren y los lentos no entienden y se quedan atrás.

Las computadoras pueden ser un tutor o maestro "neutro" (o no directo para otros) para el alumno. Porque si bien es cierto que todo curso envasado o programa tiene una secuencia fija, NO REACCIONA EMOCIONALMENTE ante los fracasos o errores del alumno. El alumno se da cuenta muy claramente entonces que es El mismo quien debe adaptarse a la lógica del curso o el programa y debe esforzarse por entender como funciona esa lógica.¹ Es decir debe tratar de descubrir porque es que él se equivocó.

Cuando el niño debe programar ÉL MISMO el computador, debe transformarse en AUTOR y en creador de un programa, toma CONCIENCIA DE SU PROPIO PENSAMIENTO. De esta manera el computador funciona como un REFLEJO OBJETIVO DE SU PENSAMIENTO. (como lo ha señalado el Dr. Antonio M. Battro, de la Argentina). El que el niño vea reflejado objetivamente

te su pensamiento en su programa, por ejemplo al dibujar una casa en la pantalla del monitor mediante un programa (Lenguaje LOGO de computación), el niño aprende a PENSAR SOBRE SU MODO DE PENSAR, es decir, desarrolla el nivel superior del razonamiento. Esto sin duda refuerza su autoconfianza, descubre en sí nuevos talentos cognitivos, y hace visible sus "lagunas" lógicas. Nuestra experiencia con niños en edad escolar en el uso de computadoras, nos indican que todos los factores ÓPTIMOS del aprendizaje aparecen con gran nitidez. Y el ritmo de aprendizaje se acelera, el pensamiento se hace más preciso y riguroso y la confianza del niño en su capacidad intelectual mejora notablemente. Una desventaja (menos?) es que genera adicción al uso de la computadora. Es tal el entusiasmo que provoca este proceso de aprendizaje en los niños (y en muchos adultos) que los niños pueden pasarse horas aprendiendo y programando (Young People's LOGO Association, 1982).

LA TERAPIA COGNITIVA COMPUTADA

Este término ha sido introducido por el médico y psicólogo Antonio M. Battro (Battro, 1981) para designar el aprendizaje que ocurre con niños que padecen trastornos del aprendizaje y en cuya rehabilitación se usa la computación como elemento importante.

Aunque su uso es novedoso, reciente y experimental, se usa y se ha estado usando con niños con problemas de atención y concentración (Vinning, 1982); con niños autistas; y con dañados cerebrales y pacientes que han sufrido derrames cerebrales. Bajo este concepto general de terapia cognitiva computada (T.C.C.) podríamos aceptar una inclusión amplia de casos con déficits cognitivos del pensamiento, y el lenguaje. O bien aceptar una interpretación más restringida como el uso en que se ejercite con computadores una función específica como la coordinación visomotriz.

Aunque el uso de la computación es reciente para tratar algunos casos de autismo, disfunciones cerebrales mínimas en niños, y trastornos del aprendizaje, su uso es promisorio y merece la mayor atención. Por muchas razones: porque ejercita el desarrollo cognitivo po-

niendo en juego la mayoría de los principios y condiciones óptimas de la psicología del aprendizaje, porque es extremadamente motivante y reforzante, y porque a través de la paciencia inagotable del computador, la autoconfianza de quien está en rehabilitación crece al obtener éxitos.

En mi experiencia personal he podido trabajar con niños de 13 años más de tres horas sin descanso en un problema con el computador (haciendo un dibujo en la pantalla del monitor). He tenido que interrumpir la sesión por cansancio mío, aunque el niño quería seguir trabajando. Este mismo niño tenía problemas para concentrarse en el colegio y para las tareas. Desde luego está la interrogante si lo que el niño aprende con el computador es transferible a las demás experiencias de aprendizaje. Eso no está aún claramente evaluado. Lo que aparece claro es que la autoimagen y confianza del niño en su capacidad revive cuando puede sentirse dueño de su pensamiento. Como ha señalado acertadamente el Dr. Antonio M. Battro el computador se puede convertir en un ESPEJO, un REFLEJO del pensamiento del niño, porque objetiviza sus logros y sus errores y permite corrección y superación inmediata. Los errores son aprovechados y no descartados ni olvidados.

LOS COMPUTADORES EN LA REHABILITACION

En esta área las aplicaciones también son recientes, debido a la corta vida de las computadoras personales (1978), pero sus aplicaciones son variadas y de brillante futuro en la ayuda de TODO TIPO DE REHABILITACION: Parálisis Cerebral, Espásticos, Sordomudos, Ciegos, Lisiados (hemipléjicos, parapléjicos).

En los Estados Unidos son varios los casos de padres que para ayudar a su hijos a llevar una vida autónoma, han comprado computadoras personales, han aprendido a programarlas y manejarlas y las han adaptado para uso de sus hijos.

Un solo computador personal puede estar conectado a: el teléfono, la lámpara, al radio, la televisión, y permite encenderlos o desconectarlos, contestar el teléfono, todo desde la silla de ruedas del niño o del lisiado o impedi-

do. Además puede escribir los mensajes sobre la pantalla del monitor de aquello que desea comunicar la persona (con un programa especial previamente construido). (Apple Computer Inc. 1981). Ya existen módulos que se acoplan al computador y que sintetizan la voz humana, permitiéndole al computador hablar hasta unas 200 palabras. Esta capacidad se incrementará en el futuro. También está en experimentación computadores que entiendan directamente el lenguaje humano.

Me parece que para aquellos que se dedi-

quen a la rehabilitación de adultos o niños, se han abierto promisorias esperanzas, para los padres, madres y familiares y para los pacientes mismos. Finalmente es necesario destacar que el computador capacita también para la vida laboral. Son muchos los casos de lisiados que son buenos programadores, bien rentados. Me parece que los incapacitados, lisiados y limitados de diversos tipos ya no tendrán que necesariamente restringirse a tareas manuales para ganarse el sustento. Pueden y podrán cada vez aspirar a trabajos de pleno valor laboral.

REFERENCIAS

- Apple Computer Inc. 1981. Personal Computers For The Physically Disabled.
- Battro, M.A. Elementos de Terapia Cognitiva Computada en el Aprendizaje Normal y Patológico. *Boletín de la Academia de Medicina de Buenos Aires*, 1981.
- Jiménez, L.G. Club MELITO de Computación Escolar. 1982. Trabajo Inédito, Santiago, Academia Lyon.
- Papert, S. *Mindstorms: Children, Computers and Powerful Ideas*. Basic Books, 1980. New York, USA. Traducido al español como: "*Desafío a la Mente: Computadores y Educación*". Editorial Glápagos, EMECE, Buenos Aires.
- Reggini, C.H. Las Computadoras en la Educación. *Criterio*, 1981 año LIV Número 1871. Buenos Aires.
- Schechter, B. Doing Their Bit at Computer Camps. *DISCOVER*. August, 1982, p. 24-26.
- Taylor, P.R. *The Computer in the School: Tool. Tutee*, 1980. Teachers College Press, New York, USA.
- Vinning, P.E. Comunicación Personal. 1982. The Epilepsy Center. The John Hopkins Hospital & The John F. Kennedy Institute, Maryland 21205 USA.
- Watt, D. Teaching Turtles: Logo as and Environment for Learning. *Popular Computing*, July 1982. Mc Graw Hill Publications, New Jersey, USA.
- Young People's Logo Association. *Turtle News*, June 1982. Richardson, Texas, 75081. USA.

Comentarios de Libros y Revistas

GRUNDRISS DER PHYSIOLOGISCHEN PSYCHOLOGIE

Becker-Carus, C.

348 páginas - Quelle & Meyer, Heidelberg, 1981 (Uni-Taschenbücher 1045).

La lectura de este compendio de psicología fisiológica, escrito para estudiantes de psicología y disciplinas afines, puede brindar ocasión para preguntarse cuáles deberían ser las características básicas en un texto de esta naturaleza. Pensando en sus lectores, es indispensable, por ejemplo, que en él se exponga con claridad la estructura y función del sistema nervioso. El problema mayor de agrupar esta información en un capítulo preliminar es que normalmente tal capítulo desanima de inmediato al estudiante. En primer lugar, se mezcla información muy elemental con consideraciones generales sobre fenómenos fisiológicos que no entran en ninguna relación razonable con el resto del temario. Pienso que la mayor parte de los lectores de Becker-Carus simplemente no leerán este primer capítulo

lo, pese a que contiene una didáctica presentación de rudimentos. Debe observarse de paso que un libro de este formato no es muy apropiado para la reproducción de láminas y diagramas explicativos, cuyo principal cometido es incrementar la inteligibilidad del texto. En el libro en discusión, la casi totalidad de los diagramas ha sido tomada de otras fuentes, pero su tamaño impide que sean plenamente aprovechados.

Un texto de psicología fisiológica no puede prescindir de una razonable referencia a la evolución conceptual de la disciplina. Se trata de un área de explosiva expansión. No interesa tanto que el estudiante domine algunos datos cuanto que gane acceso a una perspectiva científica en el estudio de la conducta. Los problemas de la percepción y de la codificación en el sistema nervioso brindan una excelente oportunidad para realizar esta suerte de ilustración histórica sin perder de vista los detalles. Sigue siendo un buen ejemplo en este sentido el excelente compendio de Philip Teitelbaum, que usa una línea experimental para

rastrear la historia del problema, señalar las ventajas y desventajas de los métodos empleados y mostrar paradigmáticamente el itinerario intelectual que condujo hasta ellos. Otros libros más ambiciosos intercalan notas históricas, pero la experiencia señala que la mayoría de los estudiantes no las utiliza. Sin duda la mejor forma de brindar la perspectiva de que aquí hablamos es incluyendo citas textuales de trabajos fundamentales. De ese modo están preservadas tanto la fidelidad histórica como la relevancia temática. El libro de Becker-Carus es en este sentido un texto insatisfactorio.

Es inevitable que un texto de psicología fisiológica trate los temas clásicos del aprendizaje, la motivación y la emoción. La pregunta es cómo. Es didáctico empezar con un ejemplo de la vida cotidiana—como en el caso presente—pero el ejemplo es a menudo de una decepcionante trivialidad. Más útil sería reemplazar el ejemplo por una adecuada serie de interrogantes, tal y como se las formularon los investigadores a que se hará referencia. A menudo, la

forma en que los investigadores han acometido un problema es precisamente antagónica a las conclusiones que el sentido común derivaría de un ejemplo.

El libro de Becker-Carus incluye un capítulo especial destinado al *stress* y otro a activación y atención. Esta disociación es discutible, tanto más cuanto que el concepto mismo de *stress* es todo menos claro y está a un distinto nivel que las nociones básicas sobre las que reposa —y que debieran ser el tema de un texto introductorio. Aparte de un capítulo sobre sueño, el volumen incluye también una presentación de las “aplicaciones” del saber psicofisiológico. Queda la sospecha de si no es esto un compromiso. Tal vez los estudiantes no estudiarían un texto si no supieran “para qué sirve”. El punto a destacar es que este sesgo práctico es muy bueno, pero no debe exagerárselo. Al fin de cuentas, lo que se requiere de una disciplina —y lo que los estudiantes deben conocer de ella— es su fertilidad conceptual y no simplemente sus derivados.

En conjunto, este texto sigue las más tradicionales líneas en la presentación de la psicología fisiológica. Su mayor mérito es sin duda la inclusión de preguntas al final de cada capítulo, una buena lista de referencias a la literatura original y un adecuado índice de materias. Pero hay todavía aspectos que podrían mejorarse, incluyendo pequeñas fallas tipográficas.

Fernando Lolas

A MODEL FOR PERSONALITY

Eysenck, H.J. (Editor)

287 p. Heidelberg-New York, Springer, 1981.

Obsérvese que este libro se titula “A model *for* personality” y no “A model *of* personality”. El título fue escogido a propósito para indicar que, “aquí nos ocupamos de discutir cómo deberían ser construidos los modelos en este campo, cuáles serían sus funciones, y si tales modelos o paradigmas podrían ser ventajosamente producidos en esta etapa del desarrollo”. Se trata de una importante aseveración. Refrenda el hecho de que los conceptos científicos son en realidad “constructos” y que lo que está en juego no es su verdad o falsedad sino su *utilidad*. Si esta utilidad es problematizar, no cabe duda que la dimensión *extraversión-introversión* —de la que este libro trata— ha sido un estímulo permanente para la reflexión y el estudio empírico. Para el observador no queda sin ser notado el hecho de que los múltiples detractores y los no menos abundantes sostenedores de la armazón teórica elaborada por Eysenck suelen olvidar este carácter esencialmente pragmático de la teoría, su carácter de sugerencia, de pregunta abierta.

Ya en la Introducción a esta colección de estudios se identifica el problema central: las diferencias entre individuos. Todo investigador de la conducta está naturalmente interesado en regularidades, pero tales regularidades deben ser modificadas por las

insoslayables diferencias que las personas (y los animales) exhiben en su comportamiento. El desarrollo de adecuadas generalizaciones que vinculen estas diferencias a las regularidades es un componente vital de la psicología científica. “Experimentalistas” y “psicólogos de la personalidad” han entendido sus tareas de un modo antagónico, no siempre complementario. El que ellas pueden complementarse es uno de los supuestos bajo los cuales se presenta este volumen.

El contenido del libro es amplio y representa una puesta al día del estado de la investigación sobre *introversión* y *extraversión*. Si puede decirse que la literatura psicológica comparte los rasgos explosivos que caracterizan a otras disciplinas, la dedicada a este problema es sobresalientemente masiva, contradictoria. Recuerda la construcción kafkiana de la Gran Muralla: cada grupo de trabajo empieza la historia, si no siempre de cero, por lo menos desde otro ángulo. Y siempre lo mismo: cada cual cree demostrar que su “sistema” es “mejor” que otros.

Eysenck, en su artículo introductorio, traza una equilibrada historia del problema. Divide la historia del paradigma en doce períodos, de los cuales el primero está bajo el signo de Galeno, Hipócrates y la doctrina de los humores y el último bajo el suyo propio. Estadios intermedios son por ejemplo el Kant de la *Antropología*, Wilhelm Wundt, C.G. Jung, Kretschmer y, sobre todo G. Heymans, el psicólogo holandés (1857-1930), a

quien Eysenck identifica como el hombre que representa el paso desde la especulación filosófica y la comprensión intuitiva al estudio experimental y el análisis psicométrico. Se resalta en su obra el sesgo hipotético-deductivo, que Eysenck aún mantiene como la marca de lo científico. Naturalmente, Spearman, Teplov, Cattell y Guilford reciben una apropiada mención. El capítulo termina con una exposición de las dos fuentes de la teoría, la correlación y el experimento, cuyas interrelaciones se trata de mostrar.

De tales interrelaciones dan testimonio los capítulos que siguen. Stelmack revisa la psicofisiología de la extraversión y del neuroticismo en un recuento no exhaustivo, que deja algunos cabos sin atar. El efecto de lesiones cerebrales sobre la personalidad es abordado por G.E. Powell en una forma enciclopédica. Los aspectos genéticos son tratados por D.W. Fulker. Levey y Martin escriben sobre condicionamiento y personalidad, en un capítulo que en algunos aspectos se sobrepone al de M.W. Eysenck sobre aprendizaje, memoria y personalidad. Son casos típicos de acumulación de material en donde el lector encuentra interesante observaciones y poca visión de conjunto. Sobre la personalidad y la conducta social escribe G.D. Wilson, en una útil revisión. J.A. Gray, cuyas modificaciones al esquema eysenckiano han derivado de agudas comparaciones con los estudios soviéticos de Teplov y Nebylitsyn y cuya influencia en este campo es hoy día importante, presenta

una razonada crítica de la teoría de Eysenck, indispensable para el investigador. El epílogo de Eysenck se inicia con la optimista declaración de que "el análisis dimensional y causal de la personalidad ha producido un paradigma que muestra todos los signos clásicos de una teoría científica", incluyendo la presencia de anomalías y la sugerencia de mejoras a través de cambios en sus rasgos distintivos. Se adelanta a señalar el carácter "sobre-inclusivo" de la teoría, es decir, el hecho de que muchos datos que concuerdan con ella no habrían sido predichos a partir de una sistemática derivación de los teoremas fundamentales, el que apoya con ejemplos.

En conjunto, se trata de un libro importante. Para quienes están familiarizados con la literatura no contiene probablemente novedades sorprendentes, pero posee el inmenso mérito de agrupar observaciones y críticas en una forma accesible y compacta. El psiquiatra práctico no derivará una utilidad inmediata de su lectura, excepto en el caso de uno o dos capítulos. Es un libro para el investigador, para quien las vaguedades e inconsistencias de hoy son la única garantía de que mañana alguien podrá sacar provecho de su trabajo. Estamos en presencia, por otra parte, de un estudio a fondo de una teoría y su trasfondo histórico, una ejemplar muestra de acucioso examen de fundamentos, que bien harían en estudiar aquellos que prefieren saltar a más estridentes novedades.

Fernando Lolas

APLICACION DE LAS TECNICAS DE CONDICIONAMIENTO OPERANTE EN LA ESCUELA

J. Mark Ackerman

Santillana, 1976

Estos últimos años han aparecido en castellano varios libros de autores de habla inglesa, dedicados a la aplicación práctica del condicionamiento operante. Uno de ellos es este libro de J. Mark Ackerman, publicado en 1972 con el título de "Operant Conditioning Techniques for the Classroom Teacher". A juicio de los editores de Santillana esta obra "constituye una feliz combinación que llena la doble necesidad de saber qué hay que hacer y por qué. En él se articulan satisfactoriamente teoría y práctica: la explicación de los principios del condicionamiento operante va de la mano con la descripción del modo de emplearlo en situaciones concretas, y esta descripción viene siempre relacionada con su fundamento teórico". Con esto critican los editores aquellas obras que pecan por ser simples "recetarios", sin fundamentación teórica sólida en la psicología del aprendizaje, o las que, en el extremo puesto, son tratados demasiado desligados de la aplicación concreta de los principios.

El libro se ciñe rigurosamente a la tradición conductista, dentro del modelo skinneriano, con aportes del aprendizaje por observación de Bandura y colaboradores. Quien gusta de esta perspectiva encontrará una obra ame-

na, bien hilvanada, clara y que entrega al profesor sólidas herramientas de trabajo para enfrentar un rango bastante amplio de problemas de su competencia. Quien no simpatice de lleno con una perspectiva conductista tan radical, no puede dejar de reconocer los méritos de la obra de Ackerman que enseña a enfrentar, a nivel de sala de clases, una serie de fenómenos externos y observables que afectan y determinan, tal vez en una proporción importante, la conducta del educando. Aparte de la utilidad que puede prestar al profesor en el aula, el libro puede constituir una buena introducción a los principios del condicionamiento operante en los cursos de Psicología del Aprendizaje.

Jaime Bermeosolo

NIÑOS HIPERACTIVOS: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Safer, D. y Allen, R.

Santillana, 1976

Un problema frecuente en la práctica profesional del psicólogo escolar es la presencia de niños hiperactivos en el contexto de la sala de clases, y una de sus mayores dificultades es diagnosticar si se trata de una sobre actividad originada en factores emocionales o reactivos o se trata de un síndrome

hiperkinético derivado de una disfunción cerebral.

Aunque se discute sobre la unidad o variedad de síndromes que se encierran bajo el contexto de hiperkinesia, o sobre su eventual etiología, siempre queda para el psicólogo escolar el problema del manejo del niño hiperkinético dentro del contexto escolar, lograr de él una mejor atención en la sala de clases, y evitar que se transforme en la pesadilla del profesor y de sus padres.

Con este objetivo, el libro que señalamos tiende a clarificar ideas y a dar normas concretas de manejo y de tratamiento que serán útiles al psicólogo y al educador.

Especialmente útil es el capítulo destinado a los padres, en base a normas concretas de manejo conductual en el hogar del niño hiperactivo. Igualmente se indican estrategias para utilizar a nivel de la sala de clases, que el psicólogo puede transferir a los maestros en el contexto de casos concretos.

El prólogo del profesor Eismberg, conocida autoridad en psiquiatría infantil expresa muy bien que este libro ha establecido "una significativa síntesis de la información actual disponible" a lo cual agrega la importancia de ser uno de los pocos libros en idioma español de buena calidad sobre el tema.

Luis Bravo

TEORIAS Y TECNICAS PARA LA COMPRESION DEL LENGUAJE ESCRITO

**Dorothy S. Strickland y otros
autores**

**Ediciones Universidad
Católica de Chile
Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)**

**Santiago de Chile, 1982, 167
págs.
Editado por Mabel
Condemarin**

Este libro está integrado por once conferencias que fueron presentadas en las Primeras Jornadas de Lectura "Nuevas Teorías y Técnicas para la Comprensión del Lenguaje Escrito" organizadas en octubre de 1981 por la Escuela de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Asociación de Lectura de Santiago de Chile, bajo el patrocinio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) y la Asociación Internacional de lectura (IRA).

Las conferencias se presentan agrupadas bajo cuatro rubros: teorías y prácticas para la comprensión de los materiales impresos; Las dificultades en el aprendizaje de la lectura; La ortografía española y sus procesos; y Modelo, tecnología y diseño.

En el primer rubro, Dorothy S. Strickland establece un correlato, basado en el modelo psicolingüístico y la teoría del esquema, entre el primer aprendizaje del lenguaje y el aprendizaje de la lectura, y con ese punto de partida

enuncia una serie de principios teóricos y sugerencias prácticas para la enseñanza de la comprensión lectora en la sala de clases.

Berta P. de Braslavsky interpreta la naturaleza de la comprensión, poniendo énfasis en el desarrollo del concepto de "conciencia lingüística" especialmente referida a la comprensión práctica de la actividad lingüística primaria del habla, para facilitar el nuevo modo de razonar que parece requerir la adquisición de la lectura.

Nelson R. Rodríguez realiza un análisis de las técnicas de manipulación de los materiales de lectura que denomina "lecturabilidad", destacando en especial las relaciones con las fórmulas de comprensión, manipulación de variables lingüísticas, preguntas intercaladas, organizadores avanzados y postorganizadores.

Bajo el segundo rubro, Luis Bravo Valdivieso señala que las investigaciones actuales en neuropsicología han mostrado la estrecha vinculación existente entre el aprendizaje de la lectura y escritura y la integración cerebral. Clasifica las teorías neuropsicológicas en "disfuncionales", "maduracionales" y teoría de "estrategia cerebral". Avala cada una de las teorías en estudios empíricos y prácticos clínicos.

Frank R. Vellutino sintetiza las evidencias de la investigación sobre la naturaleza y las distintas hipótesis causales sobre la dislexia: la percep-

ción visual, la integración intersensorial, el procesamiento secuencial y el procesamiento verbal. Intenta aclarar las concepciones erróneas, sugiere que la dificultad lectora está asociada a la alteración en uno o más aspectos del funcionamiento lingüístico y da sugerencias para el tratamiento de las dislexias fundadas especialmente en el principio de la "transferencia máxima" y en el apoyo individual basado en la instrucción directa.

En el tercer rubro, María A. Carbonell de Grompone hace una exposición de las dificultades de la clave de escritura del español, manifestando que ésta no es de tipo fonético. Analiza las distintas clases de dificultades de escritura del español, ordenándolas de las más simples a las más complejas.

Elena Lluch de Pintos plantea una revisión sobre aspectos generales de la enseñanza de la ortografía, profundizando el diagnóstico ortográfico. Para el mismo considera tres variables: las dificultades del propio idioma, las posibilidades individuales y la vinculación de la ortografía con otros aspectos lingüísticos.

Jaime Jiménez G. presenta una investigación destinada a comprender los distintos factores intervinientes en las dificultades ortográficas.

En el cuarto y último rubro: Modelo, tecnología y diseño, Adolfo E. Elizaincín explica las principales líneas de concurrencia de las discipli-

nas lingüísticas actuales a través de la consideración de los fenómenos relacionados con la adquisición, el uso y la pérdida del lenguaje.

J. Arturo Matute ofrece un panorama teórico de la tecnología educativa y su relación con el signo escrito indicando tres accesos: las teorías del aprendizaje, la teoría de la comunicación y el enfoque sistémico.

Finalmente, Armando Morales plantea un diseño de políticas y programas de acción que consideren la enseñanza de la lectura, la producción de materiales y la distribución de éstos, y que establezcan al mismo tiempo un balance y armonía apropiados que tiendan a integrar los tres factores.

Estas once conferencias reflejan la influencia interdisciplinaria que está recibiendo la "comprensión" del fenómeno de la comprensión de la lectura, especialmente gracias a los aportes de la psicolingüística, la psicología cognoscitiva, los estudios de análisis de textos, la neurología, la sociolingüística, la tecnología educativa y la informática.

Estas influencias permiten llegar a numerosas formalizaciones teóricas y prácticas sobre la comprensión del lenguaje escrito que son útiles no sólo al maestro en la sala de clases, sino también a escritores, editorialistas, bibliotecarios y a toda persona interesada en la expresión escrita de la lengua.

Mabel Condemarín

BASES DE PUBLICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA
Vol. V N^{os}. 1-2, 1982

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Nota del Editor | Pág. 3 |
| ARTICULOS | |
| CHARLES GOLDEN y SUSANA URBINA. Introducción a la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska | 5 |
| HORST KACHELE. Sigmund Freud: Su imagen del hombre | 15 |
| RUBÉN FELDMAN. Diálogo sobre el significado de la Psicoterapia | 25 |
| LUIS BRAVO V. Confusiones auditivas y funciones verbales en disléxicos | 33 |
| M. VIRGINIA ESPINOSA. El Viejo Sabio y la Sabiduría Organísmica | 39 |
| CARLOS ZALAUQUETT; JORGE MANZI; MARTA DUQUE; MÓNICA KREBS y MAGDALENA ANINAT. El proceso psicoterapéutico con pacientes pobres | 45 |
| EDUARDO PINO. Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: una revisión de estudios | 55 |
| CONTROVERSIA | |
| IBCIA SANTIBÁÑEZ. Comentario sobre: "Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético: una revisión de estudios" | 65 |
| EDUARDO PINO. Respuesta al comentario sobre el trabajo: "Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperkinético" | 69 |
| PANEL | |
| ROBERTO OPAZO. Algunas reflexiones sobre aspectos psicológicos y sociales relacionados con el divorcio | 77 |
| ALEX KALAWSKI. Matrimonio y divorcio: ¿Disyuntiva real? | 85 |
| CRONICA | |
| FERNANDO LOLAS. Sobre Proxémica y Espacio Personal | 87 |
| GUSTAVO JIMÉNEZ. Aprendizaje y Computación: una brillante realidad | 93 |
| COMENTARIOS DE LIBROS Y REVISTAS | 99 |