



REVISTA CHILENA DE PSICOLOGIA

VOL. VIII — 1985-86 — Nº 1
COLEGIO DE PSICOLOGOS DE CHILE A.G.

INDICE

EDITORIAL	1
<i>REDES SOCIALES Y BUSQUEDA DE AYUDA.</i>	3
<i>Marcelo Didier</i>	
<i>ALTERACIONES EN EL RECONOCIMIENTO DE PERSONAS.</i>	8
<i>Cristián Araya y Patricia Bustos.</i>	
<i>DECODIFICACION FONEMICA EN DISLEXICOS.</i>	16
<i>Luis Bravo</i>	
<i>FUNDAMENTOS Y TAREAS DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.</i>	25
<i>Alex Kalawski</i>	
<i>LA TECNICA DE DIALOGO DE SILLA. ESTADO ACTUAL.</i>	32
<i>Carlos Zalaquett</i>	
 SECCION REIMPRESIONES.	
 <i>PSIQUIATRIA FOLKLORICA DE CHILE.</i>	37
<i>María Ester Grebe y José Segura</i>	
 SECCION REALIDAD CHILENO-LATINOAMERICANA.	
 <i>EL MIEDO: UN ENFOQUE PSICOSOCIAL.</i>	51
<i>Elizabeth Lira, Eugenia Weinstein y Sofía Salamovich</i>	
<i>LA FAMILIA FRENTE AL MIEDO: ASPECTOS PSICODINAMICOS Y PSICOTERAPEUTICOS.</i>	57
<i>Eugenia Weinstein y David Becker</i>	
<i>IDENTIDAD LATINOAMERICANA: PSICO-ANTROPOLOGIA Y PSICO-HISTORIA.</i>	64
<i>Jorge Gissi</i>	
 SECCION POLEMICAS EN PSICOLOGIA.	
 <i>PSICOTERAPIA DE ENFERMOS GRAVEMENTE PERTURBADOS Y COMUNIDAD TERAPEUTICA.</i>	70
<i>Teresa Huneus</i>	
 SECCION ENTREVISTAS O MESAS REDONDAS.	
 <i>DIALOGO CON MAURIZIO ANDOLFI SOBRE TERAPIA FAMILIAR.</i>	77
<i>Jorge Gissi</i>	
 SECCION CRITICA DE LIBROS Y REVISTAS.	
 <i>"PSICOANALISIS DE LA MIGRACION Y DEL EXILIO".</i>	81
<i>León y Rebeca Grinberg</i>	
<i>"DISLEXIAS Y RETARDO LECTOR".</i>	82
<i>Luis Bravo V. (Rosario Domínguez)</i>	
<i>"TEPSI: EL TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 AÑOS".</i>	83
<i>Isabel M. Heussler y Teresa Marchant (María I. Lira)</i>	
<i>"PSICOLOGIA DE MASAS DEL FACISMO".</i>	84
<i>Wilhelm Reich (Rafael Jiménez)</i>	
<i>"EL ARBOL DEL CONOCIMIENTO".</i>	86
<i>H. Maturana y F. Varela (Jorge Luzoro)</i>	

DIRECTOR.

Jorge Gissi Bustos

COMITE EDITORIAL

Luis Bravo V.

Carlos Descouvières C.

Alex Kalawski B.

Juana Kowalsky

Manuel Poblete B.

Rafael Jiménez L.

Grecia Gálvez P.

Jorge Luzoro G.

SECRETARIO DE REDACCION

Ricardo Rosas

CONSULTORES PARA ESTE NUMERO

María I. Castillo

Jorge Manzi

Cecilia Avendaño

María A. Kotliarenco

Alfredo Carmona

Después de algún tiempo reaparece nuestra revista, con algunas variaciones en la Dirección y Comité editor, y esperamos que también con algunas mejorías. Gracias al esfuerzo económico de nuestro Colegio profesional y al esfuerzo laboral de los precedentes comités editores, colaboradores y directores (María de los Angeles Saavedra recientemente y Alex Kalawski antes), tenemos ya cierta tradición y experiencia acumuladas.

En el contexto de lo antes hecho y dado los cambios de los tiempos, queremos dar un nuevo matiz a nuestra Revista. Cuando ella nació o fue joven, era la Revista Chilena de *Psicología*, en que lo subrayado era la palabra *psicología*: esta nueva ciencia que nuestra Revista ha contribuido a fortalecer en Chile. Hoy tenemos ya centenares de psicólogos en nuestro país, múltiples escuelas de psicología, otras revistas y muchos libros en el área. Nuestro nuevo matiz marcado lingüísticamente es hacer la Revista *Chilena de Psicología*. Creada ya la psicología en Chile por nuestros antecesores, interesa crear ahora la psicología chilena, y latinoamericana. El mismo título, la misma frase dice lo mismo y al mismo tiempo dice algo distinto, como sabe todo psicólogo.

Queremos, podemos y debemos trabajar para una psicología chilena y latinoamericana. Sin provincialismo, pero también sin alienación. Nuestro concepto de ciencia es tan amplio cuanto han sido las ciencias, clásicas o contemporáneas, la psicología u otra: una ciencia que no excluye tema ni método alguno, que no tiene prejuicios ni fanatismos de ninguna especie, una ciencia psicológica que bordea no sólo la biología y estadística, sino también toda otra ciencia humana, la filosofía, el arte y las religiones. Una ciencia psicológica heredera de los grandes clásicos, que intentaremos —con la ayuda de los psicólogos chilenos y latinoamericanos— traducir en lo posible a nuestra propia realidad.

Existe hace ya tiempo una teología latinoamericana, que tiene reconocimiento mundial como lo tienen la sociología y la antropología latinoamericanas. Nuestra psicología ha estado un tanto al margen de nuestra geografía e historia, de nuestro espacio y de nuestro tiempo. En la Facultad de Teología de la Universidad Católica de Chile hay una cátedra de "Teología latinoamericana", pero nunca ha habido una cátedra de "Psicología latinoamericana" en nuestras escuelas, hasta ahora. Si es legítimo y necesario vincular a Dios con América Latina, nadie pretenderá que sea difícil o innecesario asociar a la psique con América Latina. La psicología, como toda ciencia es un producto histórico y cultural, y para la cual —ciertamente más que para la física— es un riesgo depender por completo de otras naciones, y peor aún de otras culturas. Para los latinoamericanos y para los chilenos la psicología norteamericana o soviética, italiana e inglesa, alemana y argentina, francesa y mexicana, hindú y china, son necesarias, pero nunca suficientes. Y con esto no se ignora que haya un sustrato ontológico común a todo hombre y a todos los hombres, con la condición que no por ello se escamotee el "hic et nunc", el "da-sein", la "circunstancia", el condicionante espacio-temporal. Y sobre esta dimensión de nuestra realidad nacional-continental, las carencias de la psicología mundial son manifiestas.

Las Carencias de la Psicología mundial apelan a un esfuerzo imprescindible de nuestra parte para ir creando una Psicología latinoamericana para latinoamericanos. La relativa orfandad de la psicología al respecto, la podemos compensar con otros grandes maestros, cuya luz irradia a nuestra ciencia y profesión. Por ejemplo, decía García Márquez en su discurso de Estocolmo, refiriéndose a las limitaciones de los autores euronorteamericanos, y a las limitaciones nuestras cuando solamente los copiamos:

"Es comprensible que ellos insistan en medirnos con la misma vara con que se miden a sí mismos, sin recordar que los estragos de la vida no son iguales para todos, y que la búsqueda de la identidad propia es tan ardua y sangrienta para nosotros como lo fue para ellos.

La interpretación de nuestra realidad con esquemas ajenos sólo contribuye a hacernos cada vez más desconocidos, cada vez menos libres, cada vez más solitarios".

Uno de los riesgos de la subordinación de una profesión al mercado, es comenzar engañando a los demás y terminar engañándose a sí mismo. Este riesgo es mayor aún en las épocas oscuras. Nuestro padre Neruda nos indicaba en su discurso de Estocolmo:

“Si alcanzamos a crear el fetiche de lo incomprensible, o de lo comprensible para unos pocos, el fetiche de lo selecto y de lo secreto, si suprimimos la realidad y sus degeneraciones realistas, nos veremos de pronto rodeados de un terreno imposible, de barro, de nubes, en que se hunden nuestros pies y nos ahoga una incomunicación opresiva”.

La construcción de una psicología latinoamericana implica, pues, reconocer la pobreza y las diferentes clases sociales, pero implica también reconocer que América Latina no es una Europa o Norteamérica más pobre, sino un continente diverso, y que además debe buscarse como alternativa al capitalismo central decadente y a cualquier neocolonialismo. Condición necesaria (pero no suficiente) de aumentar psicosocialmente la calidad de vida en nuestro país y continente, es descubrir Latinoamérica. Descubrir: ver lo que está cubierto: los problemas y culturas mestizas y mulatas, y debajo indígenas y negras. Lo-grar esto sería disminuir las fronteras nacionales, raciales y clasistas, aumentar la autoestima, aceptar y aclarar nuestra identidad, disminuir nuestros seculares prejuicios, aumentar nuestra información, violar los tabúes de lo indígena y la desinformación que nos hizo leer más a franceses ayer o a norteamericanos hoy que a nuestros propios compatriotas.

Lo precedente supone cambiar la figura y el fondo: quizá la figura deba ser nuestro continente y el fondo cada nación como mera provincia de la patria grande. Sin duda la figura es nuestro continente y un fondo crecientemente deteriorado es el primer mundo ahora considerado “centro”. Tenemos la tarea de disminuir parte de nuestra dependencia de los países centrales. El centro somos nosotros mismos. La periferia, EE.UU., Rusia y Europa. Cambiemos también intrapaís figura y fondo. La figura serán las clases medias y populares, y el fondo las clases dominantes, verdaderos marginales en A. Latina.

Será creada la Psicología de la Literatura y del Cine, del folclore nacional, regional y continental, y aprenderemos así a mirar con los ojos abiertos, sin temor al enceguecimiento con que eran amenazadas las miradas oprimidas en la alegoría de Platón. Se hará la psicología de la obra de Violeta Parra y de Gabriela Mistral; se aproximará la psicología al arte continental y a la religiosidad popular, se hermanará urgente y perentoriamente la Psicología a la Antropología y Sociología; a la Historia y a la Política.

No obstante el genio de Erich Fromm y de Erik Erikson, la psicohistoria apenas existe en el mundo. Pero sin psicohistoria, nada podemos entender de lo que pasa frente a nuestros ojos: los habitantes de Chile que hoy tienen 20 años han vivido en otro país de aquellos que hoy tienen 40 años. Por otra parte, la psicohistoria condiciona toda familia, como lo podemos aprender por ejemplo en *La casa de los espíritus*, de Isabel Allende.

La psicología política es también subdesarrollada, no obstante Reich, Barbu, Adorno, Marcuse y el equipo de FASIC. Pero la política es el ámbito inevitable del hombre, como nos lo enseñó Aristóteles ayer y Gramsci o Foucault hoy.

Así, la psicohistoria y psicopolítica nos enseñarán cómo y por qué la democracia siempre ha sido difícil en el continente, nos indicarán sobre la complementariedad de dominio y sumisión, sobre el conformismo apático y la resignación cívica, sobre la negación hipomaniaca de la TV y los fetiches, sobre la magia de la Virgen de Villa Alemana, de la astrología y de los ídolos, de los medios de comunicación de masas.

El autoritarismo microsocia es no sólo consecuencia imputable al autoritarismo macrosocia, sino también su reproductor y condicionante. Todos somos democráticos en lo cognitivo, pero la incongruencia con lo activo y afectivo la reproducimos cotidianamente. La psicología nacional-continental debe asumir este grave problema, los precedentes y sus vínculos sistémicos.

La psicología chilena tiene una tarea con el dolor de lo imposible y con la atracción de lo imposible. El paciente que es nuestro país, que somos nosotros mismos, es un paciente difícil: Chile requiere una terapia sistémica, y nuestra mejor psicología será y es aquella puesta al servicio de las diversas formas de reconstrucción nacional.

El Director

Redes Sociales y Búsqueda de Ayuda

MARCELO DIDIER, M.A.*

RESUMEN

Una muestra de 83 dueños y dueñas de casa residentes en la Villa Olímpica (Ñuñoa, Santiago) fueron encuestados respecto a los problemas de salud, de la familia, emocionales de los hijos, de los padres y de acceso a recursos como trabajo y educación y las personas a quienes habían pedido ayuda para solucionarlos. Los resultados mostraron una tendencia a solicitar la ayuda de profesionales para todos los tipos de problemas, pero a discriminar en su solicitud de ayuda a la familia, los vecinos y los amigos según tipo de problema. La evidencia sugiere que los vecinos y los amigos frecuentemente actúan como fuentes de referencia a recursos profesionales, lo que no ocurría con la familia.

ABSTRACT

A sample of 83 heads of households of both sexes, living in the Villa Olímpica housing project (Ñuñoa, Santiago) were asked about family health, offspring and parents' emotional and access to job and educational resources problems, and about the people whose help they had sought to solve them. Results showed a tendency to seek from professionals for all types of problems, but to discriminate in their help-seeking from the family, neighbors and friends, according to the type of problem. The evidence suggests that neighbors and friends frequently act as sources of reference to professional resources, while the family does not.

cias a la movilidad horizontal producto de los medios de transporte (Wellman y Leighon, 1979) y comunicación, incluye a personas que si bien no viven cerca de la persona, están en contacto frecuente con ella.

Las redes sociales, sirven para entregar apoyo social a sus miembros. Las personas pueden recurrir a ellas para obtener apoyo emocional (Yound, Giles y Plant, 1982), obtener información respecto a servicios disponibles en la comunidad (Powell y Elsenstadt, 1983), sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal (Birkel y Reppucci, 1983) y aprender conductas frente a situaciones amenazantes (Shumaker y Brownell, 1985) entre otras cosas. La pertenencia a una red social relativamente nutrida y preocupada ha sido relacionada con mejores niveles de salud física y menor uso de recursos médicos (Gallo, 1984), manejo adecuado del Stress (Frydman, 1981) el uso de recursos en salud mental (Perrucci y Tang, 1982) y menor uso de sustancias como el alcohol y el tabaco (Gottlieb y Green, 1979).

INTRODUCCION

Dentro de los múltiples campos que abarca la psicología comunitaria, el estudio de las redes sociales y sus implicaciones para el bienestar personal de los individuos y la integración de la comunidad a la que pertenecen se ha transformado en un campo de interés central durante la pasada década. Una impresionante lista de estudios, algunos de los cuales serán mencionados aquí, y una revista especializada sobre el tema ("Social Networks"), dan fe de la veracidad de esta afirmación. Las redes sociales han sido estudiadas, por cierto, desde mucho tiempo antes de que la psicología comunitaria lo hiciera. El enfoque que

ésta aporta, sin embargo, ha contribuido a esclarecer su rol en la conformación del comportamiento individual y social. El trabajo de sociólogos, psicólogos de la salud y trabajadores sociales ha contribuido, también, a un conocimiento mejor de este fenómeno social.

Hirsch (1979) ha definido red social como "el conjunto de personas actualmente significativas con quienes uno tiene interacción social" (p. 264). Forman parte de la red social de una persona, por lo tanto, la familia, los vecinos, los amigos y las personas con los que una persona, en un momento de su vida, interactúa con frecuencia. La red social no es, por lo tanto, la comunidad o el vecindario, gra-

Las principales características que identifican a una red social reciben el nombre de dimensiones. Existen numerosos intentos de definición de dichas dimensiones y de establecer el grado en que influyen en el funcionamiento y el nivel de apoyo entregado por la red social. (Birkel y Reppucci, 1983; Gallo, 1984; Hirsch 1979), aunque aún no se ha establecido una nomenclatura común para las dimensiones. Las más

*Escuela Psicología U.C. - Av. V. Mackenna 4860 - Santiago.

comúnmente nombradas son:

- a) **tamaño:** número de personas que componen la red social;
- b) **extensión:** dispersión física de los miembros;
- c) **densidad:** grado de relación entre los distintos miembros;
- d) **intensidad:** cercanía percibida de la relación con los distintos miembros;
- e) **dimensionalidad:** tipo de actividades que se desarrollan con los miembros; y
- f) **homogeneidad:** semejanza en las características socio-demográficas de los miembros de la red social.

La investigación sobre redes sociales se ha enfocado sobre tres distintas funciones de las mismas:

a) el apoyo emocional, en términos de conductas como expresión de afecto y de escuchar, b) la referencia a recursos de la comunidad, y c) la entrega directa de servicios a las personas. El proceso de obtener estos distintos tipos de ayuda forma parte de un proceso llamado búsqueda de ayuda. Esta puede definirse como "cualquier comunicación sobre un problema o evento problemático que está dirigida a obtener apoyo, consejo o asistencia en tiempos de problemas" (Gourash, 1978, p. 414). La búsqueda de ayuda es un tipo de conducta compleja cuya emisión varía de acuerdo a variables como la edad, el sexo, la educación y el nivel socio-económico del emisor.

Varias de las investigaciones mencionadas hasta ahora ilustran el rol de las redes sociales en satisfacer las necesidades de quienes buscan ayuda. Lomnitz (1975) ha descrito prolijamente cómo la red social permite a los migrantes rurales encontrar un modo de adaptarse a la vida urbana en Ciudad de México y satisfacer sus necesidades. Birkel y Reppuci (1983), en dos estudios con madres estadounidenses de bajos ingresos encontraron que aquellas madres con redes sociales más densas (con más miembros relacionados entre

sí) asistían menos a grupos para padres y utilizaban menos los servicios profesionales que entregaban información sobre crianza infantil.

Powell y Eisenstadt (1983), en un estudio realizado entre un grupo de parejas con hijos pequeños que buscaba un jardín infantil para sus hijos en Detroit, EEUU, encontró que la búsqueda de ayuda dependía de la estabilidad percibida del vecindario, de la edad percibida de los residentes y del tipo de red social del matrimonio. Las personas buscaban ayuda de fuentes informales cuando percibían su vecindario como estable, a los residentes como jóvenes y cuando su red social era abierta (personas que se desconocen entre sí).

Las conductas de búsqueda de ayuda varían según características de quien necesita ayuda. Así por ejemplo entre las personas de menores ingresos se estima que es más importante la posibilidad de recibir ayuda como determinante de la "calidad de vida" personal (Rhoades y Raymond, 1981). Aparte del nivel socio-económico, la estabilidad residencial afecta la probabilidad de recibir ayuda de los vecinos. Greider y Krannich (1985) encontraron que en aquellos sectores residenciales más estables, el apoyo social es percibido como más probable que en lugares cuya población está creciendo explosivamente. El tipo de problema también afecta la dirección de la búsqueda de ayuda: Yound, Giles y Plantz (1982) encontraron que, entre los habitantes de dos pueblos del estado de Pennsylvania, los esposos, amigos y familiares eran las fuentes de ayuda preferida para los problemas emocionales. Para problemas de paz y seguridad, los vecinos eran considerados más importantes. Dada la importancia de la cuadra como unidad socio-espacial (cf. Greenbaum y Greenbaum, 1985), se esperaba que el tipo de edificación en que se reside afectara la impor-

tancia relativa de las fuentes formales e informales de ayuda. En un estudio realizado en Amsterdam, Holanda, sin embargo, se encontró que las fuentes informales de ayuda seguían siendo más importantes que las formales entre los residentes de departamentos (Korte y Huismans, 1981).

A partir de la evidencia anterior obtenida fundamentalmente en los Estados Unidos y en vista del desconocimiento respecto a cómo utilizan los chilenos a los miembros de sus redes sociales como fuentes de ayuda, se procedió a realizar un estudio que pretendía evaluar el impacto de variables familiares y de tipo de problemas sobre a quién se pide ayuda en caso de problemas.

METODOLOGIA

Muestra:

La muestra está constituida por 83 adultos varones y mujeres, habitantes de la Villa Olímpica situada en la comuna de Ñuñoa, en Santiago. Los departamentos en que dichos adultos vivían fueron elegidos aleatoriamente de entre los edificios de departamentos seleccionados al azar de entre todos los de la Villa.

Instrumento:

El instrumento de medición utilizado fue un cuestionario que combinaba preguntas abiertas y cerradas respecto a la familia (edad de quien respondía, del hijo mayor y el menor; número de hijos y total de residentes, tiempo de residencia, propiedad del departamento y expectativas de permanecer dos años más viviendo ahí), a 8 tipos de problemas que podrían haber ocurrido durante los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario (accidentes, enfermedades, problemas emocionales o escolares de los hijos, problemas de los padres entre sí o con los hijos, necesidad de encontrar trabajo o un lugar de estudio para algún hijo) y sobre a quienes había pedido ayuda en esas ocasiones.

METODO

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de un curso dictado por el autor a estudiantes de Psicología. Cada estudiante debía aplicar el cuestionario a la dueña o (en su defecto) al dueño de casa de 6 departamentos seleccionados de una muestra de 9 departamentos posibles. Esto se hizo para que el encuestador pudiera reemplazar aquellos cuyos habitantes rechazaban contestar la encuesta. En algunos casos, fue necesario entregar una nueva lista de 9 departamentos de un segundo edificio seleccionado por ser contiguo al originalmente encuestado. Un supervisor constató la aplicación del cuestionario en la residencia de 2 departamentos por encuestador, encontrándose que todos los cuestionarios por los que se inquirió habían sido efectivamente aplicados.

RESULTADOS

Con el objetivo de analizar los resultados, se construyeron una serie de variables a partir de datos obtenidos. Arraigo (ARRAG) fue utilizado como una variable dicotómica construida a partir de 3 preguntas: tiempo de residencia (más o menos de 2 años) propiedad de la residencia (dueño /no dueño) y expectativa de vivir 2 años más en el lugar (SI/NO). Se asignaba; un punto a cada una de las siguientes respuestas: reside 2 o más años en el lugar, es dueño (a) de la residencia y espera vivir por lo menos 2 años más en ella. Aquellos entrevistados que obtenían 2 ó 3 puntos eran definidos como altamente arraigados, aquellos que obtenían menos pertenecían a la categoría "bajamente arraigados". La variable TOTSAL incluía los problemas de salud (enfermedad, accidente) reportados variando de 0 a 4 puntos (sin problemas hasta 2 enfermedades y 2 accidentes). TOTHI designaba el total de problemas de los hijos (emocionales o escolares) TOTPAD el total de problemas de los padres (entre sí o con los hijos) y TOTREC el total de problemas

relacionados con encontrar trabajo o un lugar de estudio para un hijo). Finalmente, TOTHLP designaba el total de problemas de toda índole reportados para cada grupo familiar.

Un total de 33 entrevistados (39,8^o/o) reportaron un total de 53 problemas de salud, mientras que 19 (22,9^o/o) reportaron un total de 26 problemas de los hijos; 17 entrevistados (20,5^o/o) reportaron un total de 22 problemas de los padres, y 48 encuestados

(57,8^o/o) reportaron un total de 67 problemas de necesidad de recursos laborales y educacionales. En términos globales, 20 encuestados (24,1^o/o de la muestra) no reportaron ningún tipo de problema, mientras que el resto los reportaba con distinta frecuencia (ver Tabla N^o 1).

En cuanto a solicitud de ayuda, esta era más frecuente para algunos problemas que para otros. (Tabla 2) puede apreciarse, además, que el tipo de problema para

TABLA N^o 1

FRECUENCIA CON QUE ENCUESTADOS REPORTAN DISTINTOS TIPOS DE PROBLEMAS

N ^o de Problemas reportados	TIPO DE PROBLEMAS									
	SALUD		HIJOS		PADRES		LOCALIZ. RECURSOS		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
0	50	60,2	64	77,1	66	79,5	35	42,2	20	24,1
1	20	24,1	15	18,1	13	15,7	33	39,8	24	28,9
2	8	9,6	2	2,4	3	3,6	12	14,5	12	14,5
3 ó más	5	6,0	2	2,4	1	1,2	1	1,2	27	32,5
Total	83	100	83	100	83	100	83	100	83	100

NOTA: Los porcentajes pueden sumar algo menos o más de 100% por problemas de "redondeo".

TABLA N^o 2

RELACION ENTRE TIPO DE PROBLEMA Y SOLICITUD DE AYUDA

Tipo de Problema	(A)	(B)	B/A
	Total de Problemas	Total de Peticiones de Ayuda	
Salud	53	43	0.81
De los Hijos	26	27	1.03
De los Padres	17	16	0.94
Localización Recursos	67	65	0.97

el que más frecuentemente se pide ayuda es el relacionado con los hijos, y aquél para el que se lo hace con menos frecuencia son los problemas de salud.

Se analizó la asociación entre tipo de problema y tipo de fuente de ayuda preferida y variables como arraigo total de residentes y edad del encuestado, usando el coeficiente de correlación de Pearson (r).

El número de problemas de salud se correlacionaba positivamente con pedir ayuda a vecinos ($r = .2446, p < .02$) y a profesionales especializados ($r = .6904, p < .001$). El número de problemas con los hijos (TOTHI) se correlacionaba con el número de hijos ($r = .3484, p = .001$) y la solicitud de ayuda a los amigos ($r = .5092, p < .001$) a los profesionales ($r = .6975, p < .001$) y a la familia ($r = .2691, p < .01$). El número de problemas de los padres se correlacionaba significativamente con pedir ayuda a los vecinos ($r = .355, p < .001$), a los amigos ($r = .5213, p < .001$) y a profesionales especializados ($r = .5941, p < .001$). Finalmente, el número de problemas de búsqueda de recursos se correlaciona con búsqueda de ayuda entre los amigos ($r = .4951, p < .001$) los profesionales ($r = .3826, p < .001$), los vecinos ($r = .3116, p < .01$) y la familia nuclear ($r = .2993, p < .01$), además de con el número de hijos ($r = .2630, p < .01$) y de residentes ($r = .1848, p < .05$).

Puede apreciarse que el número total de ocasiones en que los entrevistados o sus familias tuvieron problemas se correlaciona con todos los tipos de búsqueda de ayuda (ver Tabla Nº 3). No todas las correlaciones son, sin embargo, igualmente fuertes. Son especialmente fuertes las correlaciones con pedir ayuda a profesionales ($r = .6842, p < .001$) y amigos ($r = .5213, p < .001$), segui-

CORRELATOS DEL TOTAL DE PROBLEMAS REPORTADOS		
Correlato	$r =$	sign.
TOTPRF	.6842	$P < .001$
TOTAMI	.5213	$P < .001$
TOTVEC	.2584	$P < .01$
TOTNUC	.2143	$P < .05$
TOTFLIA	.1977	$P < .05$
Nº HIJOS	.2944	$P < .005$
EDAD DEL ENCUESTADO	.2376	$P < .02$

dos por solicitud de ayuda a vecinos ($r = .2584, p < .01$). Hay sin embargo, una alta correlación entre estas tres variables entre sí. La correlación entre frecuencia de solicitud de ayuda a amigos y a profesionales ($r = .5155, p < .001$) y entre solicitud de ayuda a vecinos y a profesionales ($r = .3601, p < .001$) contrastan con la falta de correlación entre solicitud de ayuda a familiares y a profesionales (ninguna de los dos es significativa para $p < .05$).

DISCUSION

Los resultados aquí reportados tienden a confirmar algunos hallazgos ya encontrados en la literatura, y a clarificar otros.

En primer lugar, queda claro que las fuentes de ayuda se seleccionan de acuerdo con el problema. Si bien los profesionales son fuentes de ayuda para todos los tipos de problema, los amigos no lo son para problemas de salud, aunque sí para los problemas de los hijos, los padres o de búsqueda de educación o trabajo, y los vecinos no lo son para problemas de los hijos. La familia nuclear es fuente de ayuda cuando se necesita información sobre recuerdos de educación o trabajo y la familia ex-

tensa cuando se trata de problemas de los hijos.

En segundo lugar, hay problemas que parecen resultar más frecuentemente en solicitud de ayuda (los problemas de los hijos) que otros (los problemas de salud). Esto puede señalar que las personas pueden tener formas más claras de manejar ciertos problemas (salud física) que otros (problemas emocionales de los hijos), y apuntaría, probablemente, a problemas de automedicación o al manejo de enfermedades crónicas que no requieren de una asistencia constante de profesionales.

Una tercera conclusión tiene que ver con la aparente contradicción entre la función de referencia a recursos por miembros de la red social y el aparente reemplazo de los servicios formales por los que proporciona la red social. El análisis correlacional parece indicar que los vecinos y los amigos parecen constituir fuentes de referencias a servicios profesionales lo que se reflejaría en la correlación entre estas variables. La familia, sin embargo, podría actuar como fuente de provisión directa de ayuda, por eso el pedir ayuda a la familia no se correlaciona con el hacerlo a profesionales. Futuras investiga-

ciones deberían establecer las funciones de los distintos grupos dentro de la red social más que hablar de las distintas funciones de la red como un todo.

Siendo esta una investigación exploratoria, sin embargo, las conclusiones anteriores deben tomarse con suma precaución. Hay abundantes datos que apuntan a diferencias entre las redes sociales de personas de diferentes niveles socio-económicos (Wellman y Leighton, 1979; Suttles, 1972), por lo que los datos de la Villa Olímpica pueden ser válidos sólo para el grupo social de sus moradores. Muestras mayores o instrumentos más refinados son requisitos para que la investigación en el área ayude a esclarecer el papel de las redes sociales en la búsqueda y obtención de ayuda en nuestro país.

REFERENCIAS

- BIRKEL, R.C. y REPPUCCI, N. D. (1983) Social Networks, Information Seeking and Utilization of Services. **American Journal of Community Psychology**, 11 (2), 185 – 203.
- FRYDMAN, M.I. (1981) Social Support, Life Events and Psychiatric Symptoms: A Study of Direct Conditional and Interaction Effects. **Social Psychiatry**, 16 (1), 69 – 78.
- GALLO, F. (1984) Social Support Networks and the health of Elderly Persons. **Social Work Research and Abstracts**, 8 (1), 13 – 19.
- GOTTLIEB, N.H. y GREEN, L.W. (1984) Life Events, Social Network, Life-Style and Health. **Health Education Quarterly**, 11 (1), 91 – 105.
- GOURASH, N. (1978) Help Seeking: A Review of the Literature. **American Journal of Community Psychology**, 6 (5), 413 – 422.
- GREENBAUM, S.D. y GREENBAUM, P.E. (1985) The Ecology of Social Networks in Four Urban Neighborhoods. **Social Networks**, 7 (1), 47 – 76.
- GREIDER, T. y KRANNICH, R.S. (1985) Neighboring Patterns, Social Support and Rapid Growth. **Sociological Perspectives**, 2 (1), 51 – 70.
- HIRSCH, B.I. (1979) Psychological Dimensions of Social Networks: A Multimethod Analysis. **American Journal of Community Psychology**, 7 (3), 263 – 277.
- KORTE, C. y HUISMANS, S. (1983) Sources of Assistance Among Residents of a Dutch High-Rise Development. **American Journal of Community Psychology**, 11 (6), 747-755.
- LOMNITZ, L. (1976) Migration and Network in Latin America. E.A. Portes y H.L. Browning (Eds.) **Current Perspectives in Latin American Urban Research**. Austin, TX. ILAS, 99 – 131.
- POWELL, D.R. y EISENSTADT, J.W. (1983) Predictors of Help-Seeking in a Urban Setting. **American Journal of Community Psychology**, 11 (4), 401 – 422.
- RHOADES, D.L. y RAYMOND, J.S. (1981) Quality of Life and the Competent Community. **American Journal of Community Psychology**, 9 (3), 293 – 307.
- SHUMAKER, S. y BROWNELL, A. (1985) Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. **Journal of Social Issues**, 40 (4), 11 – 36.
- SUTTLES, G. (1972) **The Social Construction of Communities**. Chicago, IL, Univ. of Chicago Press.
- WELLMAN, B. y LEIGHTON, B. (1979) Networks, Neighborhoods, and Communities. **Urban Affairs Quarterly**, 14 (4) 363 – 390.
- YOUND, C.E.; GILES, D.E., Jr. y PLANT, M.C. (1982) Natural Networks: Help-Giving and Help-Seeking in Two Rural Communities. **American Journal of Community Psychology**, 10 (4), 457 – 469.

Alteraciones en el Reconocimiento de Personas

Cristian Araya Molina*
Patricia Bustos Krumm**

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es hacer una recopilación de los distintos síndromes y cuadros donde se altera la capacidad de reconocer personas. Esta alteración puede tomar diversas modalidades, fenómeno que debe ser considerado para los efectos del diagnóstico diferencial.

Nos referiremos a la forma como se altera el reconocimiento de personas, en la Prosopagnosia, Heautoscopía, síndrome de Capgras, ilusión de Frégoli, intermetamorfopsia, reduplicación, síndrome de Korsakoff y Presbionfrenia de Wernicke.

INTRODUCCION

En el presente trabajo hacemos una enumeración de los síndromes y cuadros en los cuales se altera la capacidad de reconocer personas. Estas alteraciones aparecen en la bibliografía ya en el año 1883, cuando Charcot en "Leçons sur les maladies du système nerveux", describe el caso de un paciente que bruscamente dejó de reconocer a su familia. Incluso no reconocía su propia imagen: "en una oportunidad le obstaculizaba el paso en una galería pública un personaje al que iba a pedir permiso para pasar, era su propia figura reflejada en un espejo"

La identificación de las personas ocurre como resultado de una necesidad básica. Maslow, en

SUMMARY

The object of this paper is to make a recopilation of the different syndromes an disorders where the capability to recognize people is disturbed. This alteration may present different modalities, that should be considered of differential diagnosis. We will try to establish the different cases in which, the alteration of recognition of faces is present. Prosopagnosia, heautoscopy, Capgras syndrome, Fregoli illusion, Intermetamorphopsy, Fenomenon of reduplication, Síndrome of Korsakoff and Wernicke's Presbionphrenia.

su pirámide de necesidades básicas, pone en segundo lugar la necesidad de seguridad. La primera persona que nos brinda esta imprescindible seguridad es nuestra madre y para identificarla, en un principio, se usan otros canales como la Percepción Olfativa; más adelante se va logrando la identificación visual y es ésta la que prima a lo largo de la vida.

Muchos han sido los autores que se han preocupado de describir los mecanismos de la Percepción. Whiteley y Warrington 1977, plantean el concepto de "clasificación perceptual" que consiste en que después de percibir un estímulo los perceptos son agrupados en clases según distintos criterios. Para clasificar el percepto, se precisa un cierto grado de tolerancia o flexibilidad, ya

que tenemos para cada objeto una representación interna prototípica que nos permite clasificar. Este concepto se ha utilizado ampliamente en estudios y experimentos relativos al reconocimientos facial. En estos estudios se plantea que en pacientes que tienen alterada la función de reconocer rostros, habría una falla en la clasificación perceptual. Nosotros creemos que con este planteamiento se está limitando el problema a uno de sus aspectos.

La psicopatología del reconocimiento de personas nos lleva a considerar que se podría distinguir entre un reconocimiento interno y uno externo. El reconocimiento externo se referiría a las claves externas que la persona usa para identificar, como por ejemplo, la cara, el cuerpo o los detalles del contexto. El reconocimiento interno, en cambio, se referiría, a los rasgos de personalidad, por los cuales reconocemos a una persona.

Demasio et al, señalan que desde el punto de vista psicológico, el reconocimiento es la evocación combinada de una serie de memorias multimodales pertinentes que permiten la experiencia de la familiaridad con un estímulo dado. Pensamos que estas memorias pueden referirse tanto a factores externos (recuerdo su pelo negro), como a factores internos (recuerdo su mal genio), y que ambos tipos de memorias son imprescindibles para el reconocimiento e identificación pleno de un individuo.

Los cuadros psicopatológicos en los cuales se ve alterada la capacidad de reconocer personas, son muy variadas y su fisiopatología no ha sido suficientemente aclarada.

Existen numerosos estudios que enfocan el problema desde diversos puntos de vista. Algunos enfatizan la importancia del reconocer los rasgos de la cara y sus experimentos tratan de determinar cuál o cuáles serían los rasgos que más sirven para reconocer a una persona.

McKelvie 1976; Seamon et al y Spitz 1970, enfatizan la importancia de los ojos y la boca en el reconocimiento. Matthews 1978, sugiere que se utiliza una estrategia de procesamiento dual por medio de la cual las personas dan prioridad, en el procesamiento de la información a la línea del cabello, ojos y barbilla; seguido por un análisis más lento, rasgo por rasgo, de las cejas, nariz y boca. Dado que los autores no están de acuerdo en este punto, nos parece adecuado la posición de Walker-Smith et al 1977, y de Harmon 1973, quienes concluyen que cada persona reconoce tomando en cuenta diferentes rasgos.

Otros enfatizan los diversos mecanismos neuro psicológicos que subyacen a la capacidad de reconocimiento de personas. A este respecto, Cohen y Nodine 1978, destacan el papel de la memoria, Benton y Bruce 1979, enfatizan el papel que les cabe a la memoria, la atención y la percepción. Luria piensa que toda función psicológica está influida por el lenguaje, en especial la percepción.

Otro grupo de estudios se refieren a la cantidad y clase de información necesaria para reconocer un rostro. Se ha estudiado especialmente la información verbal y visual. Sobre la base de diversos estudios se puede concluir que se necesita más información verbal que visual para reconocer a una persona. Estos 2 tipos de información se comparan tomando como

criterios, en primer lugar, la rapidez en el reconocimiento y, en segundo lugar, la dificultad de la tarea.

Un sofisticado experimento llevado a cabo por Harmon 1973, concluye que una vez que se logra el reconocimiento, se notan más y más detalles. El autor sugiere que esto es como "si el ojo de la mente supusiera detalles adicionales sobre la burda imagen óptica".

También se ha visto que es posible programar un computador para que identifique caras dándole información sobre los rasgos.

ALTERACIONES EN EL RECONOCIMIENTO

Los errores en el reconocimiento de personas son frecuentes en la patología psiquiátrica y/o neuropsicológica, ya que es habitual que en dichas patologías se alteren diversas funciones que participan en él. La falla en el reconocimiento como alteración de la sensopercepción puede darse en un continuo que va desde la normalidad hasta los trastornos psicóticos, incluyendo trastornos neuróticos. A continuación describiremos los principales síndromes y cuadros en los que se alteran la capacidad de reconocer personas.

EL SÍNDROME DE CAPGRAS

El síndrome de Capgras descrito por primera vez por Capgras en 1923, consiste en la idea delirante de que una cierta persona, generalmente un pariente del paciente, ha sido reemplazado por un doble exacto o impostor; el paciente mantiene esta falsa creencia a pesar de la evidencia concreta.

Sobre este síndrome hay varios puntos de desacuerdo entre los autores. En primer lugar, se discute si es un síndrome o un síntoma; los franceses, de acuerdo con Capgras, lo consideran una entidad específica; los autores alemanes y gran parte de los nortea-

mericanos que se refieren a él creen que es sólo un síntoma particular con implicaciones especiales.

La principal controversia se desarrolla en torno a si el síndrome tiene o no base orgánica. La mayoría de los autores, Hayman y Abrams 1977, Luauté, Bidault y Thionville 1978, enfatizan la sociación del síndrome con Índices de Daño Orgánico Cerebral. Algunos, como Hay, Jolley y Jones 1978, y Weston y Coll 1978, presentan casos de Capgras secundarios a un traumatismo encefalocraneano.

MaCallum 1977, da cuenta de 5 casos de Capgras en pacientes orgánicos. En los 5 casos, la remisión de la enfermedad orgánica primaria tuvo como consecuencia la remisión de los síntomas de Capgras. Faber y Abrams, 1977, presentan el caso de un Capgras que mostraba baja actividad del hemisferio izquierdo en el encefalograma. Hayman y Abrams 1977, sugieren que la Prosopagnosia puede ser la expresión primaria de una disfunción cerebral específica, la cual daría las bases de una elaboración ilusoria que da como resultado el Capgras. De este modo se le está dando un uso muy amplio al término Prosopagnosia. Otros como Hayman y Abrams 1977, hacen una revisión bibliográfica y encontraron que no hay base orgánica en el síndrome de Capgras sino que hay una enfermedad que debe ser explicada sobre la base de mecanismos psicológicos. La clásica explicación psicodinámica la dan Arieti y Meth 1974, al plantear que el síntoma se debe a que el paciente no puede admitir sus sentimientos ambivalentes hacia el amigo o conocido involucrado en su delirio, y, por consiguiente escinde la personalidad de dicho amigo atribuyendo sus malas características al impostor mientras que mantiene una buena actitud hacia el amigo. Tal mecanismo se parece al del desplazamiento, excepto que la afectividad del paciente no se despla-

za hacia otra persona u objeto, sino que se proyecta al alegado como impostor ocurriendo esto como manifestación de una maníobra psíquica paranoide. Hayman y Abrams concluyen el síndrome de Capgras como una manifestación de la esquizofrenia.

SINDROME DE FREGOLI

Descrito por Courbon y Fail en 1927, consiste en que el paciente identifica a una persona familiar (generalmente su perseguidor), en varios extraños. Discute que aunque estos extraños y su perseguidor no tienen semejanza física uno con otro, son psicológicamente idénticos.

El síndrome de Fregoli es una manifestación psicológica que ocurre como regla en el cuadro de la esquizofrenia. A veces es clasificado junto al síndrome de Capgras. En un estudio de Christodoulou 1976, se describen 7 casos y se concluye que son esquizofrenias, ya sea del tipo hebefrénico o para noídeo. Sobre la base de los datos que arroja el estudio y que concuerdan con la bibliografía, se plantea que el síndrome se da de preferencia en hombres jóvenes y solteros. Los hallazgos electroencefalográficos, clínicos y psicométricos apuntan a la posible participación orgánica.

FALLAS DEL RECONOCIMIENTO DEL KORSAKOFF

El Korsakoff es un síndrome amnésico de la amnesia retrógrada y anterógrada, se caracteriza por anosognosis, fabulación y confabulación falsos reconocimientos. Generalmente su etiología es carencia de o nutricioalcoholica; en estos casos las lesiones se localizan preferentemente en cuerpos mamilares, núcleo dorso medial del tálamo y en sustancia gris periacuaductual.

Un estudio de Dricker et al 1978, que usó muestra dividida en 4 grupos, pacientes Korsakoff

alcohólicos, alcohólicos crónicos, pacientes con lesiones del hemisferio derecho y paciente control, muestra que los korsakoff alcohólicos y los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho tenían alterada la memoria y la comparación simultánea de rostros desconocidos. Sus alocuciones en la tarea de reconocer rostros indican que ellos los comparan sobre la base de rasgos superficiales (parafernalia). Se ha sugerido que tal análisis superficial puede ser parcialmente responsable de los problemas visoperceptivos y de memoria de los pacientes.

LA PRESBIOFRENIA

La presbiofrenia de Wernicke es una forma particular de demencia senil, caracterizada por amnesia, desorientación y fabulación. El paciente confunde a parientes con desconocidos y viceversa. Hay un menoscabo bastante efectivo en la memoria de los hechos recientes, los antiguos recuerdos parecen mejor conservados. En cuanto a la topografía de la lesión causante de la Presbiofrenia, según Porot, la disparidad de lesiones cerebrales constatadas en estos pacientes impide hallar de un sustrato cerebral específico, también plantea en 1977 que el paciente a menudo, incurre en falsos reconocimientos. Van Laure 1964, enfatiza que el cuadro ataca principalmente a las mujeres; se da un fondo alegre, ingenuo e infantil, la actitud del paciente es amable y juvenil, a menudo risueña. Esta actividad superficial enmascara el deterioro real. Mantiene una apariencia correcta y muestra una relativa conversación, en especial de las funciones verbales. A menudo siguen siendo capaces, por sus automatismos antiguos, de un buen sentido aparente y de respuestas apropiadas. En este sentido es importante el nivel educacional premórbido. Este cuadro puede comenzar por un delirio confusional alucinativo, pero la mayor parte de los casos se presenta de un modo insidioso, len-

to y progresivo hasta alcanzar su cuadro típico. Estos pacientes ignoran el medio en que viven; no se dan cuenta de su edad.

LA AUTOSCOPIA

También se llama Heautoscopia o El Doble, consiste en que el paciente percibe su cuerpo en el mundo exterior, como un segundo yo. El esquema corporal de su propia figura adquiere en el espacio fuera de él. Hay enfermos que hablan con su doble.

La Autoscopía se da en los cuadros de despersonalización, en algunos casos de patología orgánica cerebral, en la esquizofrenia, en estados oníricos y en delirios.

Jaspers relata los casos siguientes 1963:

"Cuando Goethe vió por última vez en ímpetu y confusión" a Federica y se alejaba de ella hacia Drusenheim le ocurrió lo siguiente: "No me ví con los del cuerpo, sino con los del espíritu, a mí mismo, en el camino, a caballo venir al encuentro, y en una indumentaria que nunca había usado..... en, cuanto me sacudí de ese sueño la figura desapareció del todo".

"Un esquizofrénico (Stan-deumeir): "Me imaginé, por ejemplo, por la noche al ir y venir por el jardín..... que existían otras tres figuras.... Me parecía entonces, que iban delante de mí, vestidos completamente igual, 3 Standeu-meir con el mismo ritmo, quedaban quietos cuando quedaba quieto yo, y extendían las manos cuando yo lo hacía".

LA INTER - METAMORFOPSIA

También se llama "ilusión de encantamiento" fue descrita por Courbon y Tusques en 1930, y consiste en el fenómeno de que las personas se transforman física y moralmente las unas en las otras. La bibliografía cita el caso de una mujer cuyo marido estaba transformado en diversas per-

sonas y ciertas personas se transformaban en los hijos; otra paciente, sexo femenino de 49 años de edad, hospitalizada por una depresión melancólica con ideas de persecución reporta que los objetos y animales que ella poseía se transformaban, lo mismo ocurría con las personas "se le alargaban las orejas, ví mujeres convertirse en hombres y jóvenes en viejos". Courbon y Tusques 1930.

En este síndrome hay dos síntomas centrales:

- 1) El sentimiento fabuloso y maravilloso que rodea al paciente y que lo hace interpretar las cosas que ve como efecto de un encanto, de ahí su nombre, que si es más acentuado realiza el síndrome de acción exterior de Claude y
- 2) La convicción de que las personas se transforman las una en las otras tanto física como psicológicamente.

En síntesis, la intermetamorfopsia se presenta en sujetos portadores de una psicosis y la falla del reconocimiento incluye tanto el reconocimiento externo como interno, diferenciación que ya hemos hecho.

REDUPLICACION

En pacientes con daño orgánico cerebral se ha observado el fenómeno de la reduplicación para el tiempo, persona y lugar.

La reduplicación de lugar puede definirse como la confabulación de la existencia de dos o más lugares con atributos casi idénticos, aunque uno sólo de ellos existe en la realidad. La reduplicación de persona es la confabulación de que hay dos o más personas con atributos casi idénticos sólo una existe en la realidad. La reduplicación de tiempo es la confabulación de que una experiencia presente ha sido también vivida en algún momento del pasado.

Pick, en 1903 describió la reduplicación de lugar y personas y la llamó Paramnesia reduplicativa.

Otros autores que han reportado casos de reduplicación son H. Head 1926, Paterson y Zangwill 1944, Bender, Furlow y Teuber 1949, y Weinstein y Kahn 1951.

En 1952 Weinstein, Kahn y Sugarman observaron el fenómeno reduplicativo en 16 pacientes como enfermedad orgánica cerebral. 2 pacientes tenían meningioencefalitis. 3 pacientes habían tenido hemorragias subaracnoidia con aneurisma del círculo de Willis, demostrables en arteriogramas. 4 pacientes tenían tumores en la región del 3^{er}, ventrículo, demostrables en venticulogramas, y en 3 casos, verificados en la operación. 3 pacientes tenían metástasis intracraneales. Un paciente tenía un absceso cerebelar. Un paciente tenía neurionoma acústico con presión intracraneal aumentada. Un paciente tenía una hemorragia profunda en el hemisferio cerebral derecho. En un paciente la reduplicación se descubrió en el transcurso de un tratamiento de electroshock paroxístico asociado con un neoplasma de la porción torácica inferior de la columna vertebral. En un paciente no se hizo nunca el diagnóstico clínico con certeza. Los electroencefalogramas de todos los pacientes mostraron actividad delta difusa, la frecuencia de las ondas fue de un rango de 1 a 6 cps.

Weinstein, Kahn y Sugarman 1952 discuten el término de "paramnesia reduplicativa" utilizado por Pick 1903.

En primer lugar señalan que Pick utilizó este término porque él atribuía el fenómeno a un defecto de la memoria. Sin embargo esto no explica por qué muchos pacientes con una profunda pérdida de memoria manifiestan reduplicación, mientras algunos pacientes que presentan el fenó-

meno no tienen o tienen un pequeño deterioro en su memoria. Además el concepto de Pick tampoco describe el hecho de que todos los pacientes con reduplicación, incluso el de Pick, manifiestan otras anormalidades del comportamiento tales como desorientación, labilidad emocional y otras ilusiones y confabulaciones. Finalmente, Pick no toma en cuenta el importante papel de la motivación en la determinación de los elementos del pattern reduplicativo.

Considerando la relación entre el fenómeno reduplicativo y la enfermedad cerebral, el fenómeno no puede atribuirse simplemente a la destrucción de un área determinada del cerebro. En los estudios de casos de Weinstein, Kahn y Sugarman el electroencefalograma siempre presentaba actividad de ondas delta difusa. Las lesiones del diencefalo o del cerebro medio se asocian con mayor probabilidad al fenómeno y a las alteraciones del comportamiento que lo acompañan, que las lesiones limitadas a un sólo hemisferio.

En cuanto al papel decisivo de la motivación en la configuración de este fenómeno, se puede decir que el paciente usa el fenómeno para expresar sus necesidades y sentimientos. Los factores motivacionales determinan los elementos, pero no el pattern del fenómeno de la reduplicación. Por ejemplo Weinstein et al citan el caso de 2 pacientes que afirmaban conocer otro hospital con el mismo nombre y muy parecido a aquel en el cual estaban internados. Uno de los pacientes sostenía que el otro hospital atendía los casos más graves, en cambio el otro paciente afirmaba que le hospital en que estaba siendo atendido era el que atendía los casos más graves.

Por lo tanto los elementos que intervienen en el fenómeno reduplicativo varían dependiendo de la motivación y personalidad del paciente. Esto pone en eviden-

cia la importancia de los factores psicodinámicos.

Weinstein et al afirman que bajo ciertas condiciones la reduplicación se puede presentar en personas sin enfermedad cerebral, esto porque hacen equivalente el fenómeno del "Déja vu" con la reduplicación de tiempo. Pensamos que ésta es una afirmación objetiva ya que aunque algunos autores señalan que el fenómeno del "Déja vu" se manifiesta en personas normales, éste no involucra otras anormalidades del comportamiento como ocurre en todos los casos de reduplicación reportados. Los mismos autores plantean que la reduplicación puede ocurrir en los sueños y también en las fantasías infantiles como la del compañero imaginario. También estas dos afirmaciones nos parecen discutibles, en primer lugar por la misma razón que dimos para el caso de l Déja vu y en segundo lugar, porque nos parece que estas afirmaciones le dan al fenómeno de la reduplicación un carácter tan demasiado laxo que por la misma vía podrían incluirse muchos síndromes y fenómenos que implican una lateración del reconocimiento, pero que son muy diversos.

La lesión cerebral no crea automáticamente, en forma secundaria, el fenómeno de la reduplicación, hay una serie de factores que es la motivación y en general los psicodinamismos del paciente. Al parecer, el efecto de la enfermedad cerebral sobre el fenómeno reduplicativo es hacerlo más rígido, más estereotipado y por lo tanto más reconocible.

LA PROSOPAGNOSIA

La Prosopagnosia definida por Bodemer en 1947, se refiere a la incapacidad de reconocer personas basándose en la percepción visual de sus rostros.

Según Benton 1971, existen dos formas de deterioro del reconocimiento facial que son independientes una de la otra. Una sería la discriminación defectuosa

de rostros desconocidos y la otra la falta en el reconocimiento de caras familiares. La Prosopagnosia se referiría sólo a una falla en el reconocimiento de caras conocidas ya que, según Benton, ambas incapacidades difieren en varios puntos.

Muchos autores, Yin 1978, Bodamer 1947, y Tzavaras 1978, consideran que las prosopagnosias en un desorden específico, en cambio otros piensan que una cara es relativamente única, por lo que se espera que un sujeto la identifique no sólo como una clase de objeto, una cara, sino como una cara muy específica que pertenece a una persona determinada. Esto requiere de una discriminación más fina que, por ejemplo, el reconocimiento de un vaso. Sin embargo, si la tarea fuese discriminar entre diversos tipos de vasos muy específicos uno del otro sobre la base de pequeños detalles, es probable que también en los vasos, o en otras categorías de objetos apareciera el defecto. Según Tyler 1980, hay dificultad en reconocer objetos que están muy cercanamente relacionados y que requieren del reconocimiento de finos detalles para discriminar.

Benton 1971, plantea que dentro de los pacientes pronósticos hay una variedad impresionante de descripciones de su dificultad y también de las capacidades concomitantes que muestran.

Numerosas son las descripciones que los pacientes prosopagnósticos hacen de su defecto:

- Uno de los enfermos de Bodamer veía las caras "extrañamente aplanadas y adelgazadas".
- Según Tyler 1980, algunos pacientes describen distorsiones de la apariencia visual. "Todos tienen bigotes"; "Parece que todas las caras estuvieran hechas de cera que se derrite"; "Pareciera que todos usaran una media blanca sobre su cabeza, no veo rasgos".

— Millian 1972, cita un paciente que dice "siempre veo claro... no capto la fisonomía en su conjunto".

— Un paciente de Whiteley y Warrington describía las caras "como de una raza intermedia, ni blancos ni negros".

— Lhermite y Pillon 1975, citan el caso de una paciente que explica de este modo su enfermedad: "Las caras y calles que conocía muy bien las veo desfilar y no las conozco más".

Assal 1972, plantea que raras veces se conserva la capacidad de distinguir el rostro de un hombre del de una mujer; lo más frecuente es que el paciente diferencia los sexos por la vestimenta.

Para abordar el tema del origen de la Prosopagnosia hay que distinguir varios niveles. Hay acuerdo general en que la Prosopagnosia tiene una base orgánica cerebral; es más, éste es uno de los criterios para el diagnóstico.

En cuanto a la topografía de la lesión o a las características de ésta hay que distinguir:

- 1.— Si la lesión debe ser necesariamente bilateral o si hasta una lesión unilateral para que el sujeto presente una Prosopagnosia.
- 2.— En qué parte del cerebro se debe ubicar la o las lesiones causantes de la Prosopagnosia.

Beton 1971, muestra 9 casos de Prosopagnosia con autopsia, en los nueve casos se encontró una lesión bilateral.

Bodamer 1947, admitió la necesidad de lesiones bilaterales para que se manifieste la Prosopagnosia. Varios autores concuerdan con esta posición, entre otros Randot y Tzavaras 1978, Lhermitte et al 1972, Meadows 1977.

Según Benton y Whiteley y Warrington, un hallazgo común

es un daño orgánico cerebral en ambos lóbulos occipitales; ocasionalmente hay una combinación de una lesión en el lóbulo occipital derecho y una lesión de hemisferio izquierdo en otra localización.

En el terreno clínico según Assal los síntomas sugieren con frecuencia lesiones bilaterales, pero de los casos citados en la literatura, se desprenden un predominio de lesiones del hemisferio derecho.

Benton 1971, Whiteley y Warrington 1978, Lhermitte y Pillon 1975, Tyler y Hécaen 1978, subrayan la asociación entre la lesión derecha en especial de la zona occipital, y la Prosopagnosia. Sin embargo, Hécaen también enfatiza el hecho de que no existe ningún caso anatomoclínico absolutamente demostrativo que indique sólo una lesión unilateral derecha.

Las causas funcionales, a la base del síndrome prosopagnóstico, son las siguientes de acuerdo a distintos autores:

- 1.— Assal 1972 plantea que el paciente prosopagnóstico acepta las imágenes complejas detalle por detalle y es incapaz de dar una explicación de conjunto.
- 2.— Tyler asegura que la mayoría de los pacientes no "miran" a una cara apropiadamente.
- 3.— Benton 1971 opina que la naturaleza de la incapacidad básica de la Prosopagnosia aún queda por ser clasificada. Sin embargo, adelante la interpretación de que el paciente sufre un deterioro general en el análisis y síntesis de configuraciones de estímulos visuales complejos que se manifiestan claramente en un reconocimiento facial defectuoso porque las caras presentan una tarea discriminativa "formidable".
- 4.— Bodamer en 1947, asegura que hay algo específico sobre el reconocimiento facial y sus problemas. La Prosopagnosia

es vista como una regresión al sistema perceptual primitivo muy diferente a los mecanismos que subyacen la percepción visual de objetos o símbolos.

- 5.— A pesar de que Tzavaras, Hécaen y Lebras y Yin 1978, conciben la Prosopagnosia como una agnosia específica de las caras, la mayor parte de los informes han demostrado una identificación deteriorada de otros estímulos. Esto lleva a pensar que el síndrome se debe a la incapacidad para percibir la individualidad dentro de una sola clase de objetos tales como caras, sillas, automóviles, pájaros, edificios, vasos, etc.
- 6.— Benton 1971 plantea un defecto en la memoria para un material específico; un defecto para integrar preceptos faciales actuales con la experiencia pasada sobre ellos.
- 7.— Según De Renzi et al y Lhermitte y Pillon 1975, existiría un deterioro general de la percepción visoespacial, la Prosopagnosia sería sólo un rasgo más de éste deterioro.
- 8.— Hécaen et al 1978 y Whiteley y Warrington 1977, sostienen que la percepción de una cara debe preceder a su reconocimiento, cualquiera limitación en la percepción haría emerger una dificultad en los sistemas amnésicos del reconocimiento.

A través de la literatura se han asociado muchos síntomas a la Prosopagnosia. Los más citados son: apraxia del vestir, defectos en el campo visual y acromatopsia.

CONCLUSION

Se enumeraron en este trabajo, ocho cuadros psicopatológicos en los cuales se ve alterada la capacidad para reconocer personas.

La alteración es diferente en cada uno de los cuadros por lo que pensamos que este fenómeno

debería ser tomado en cuenta para los efectos del diagnóstico diferencial.

Nos parece importante nuestra distinción entre el reconocimiento externo, ya que los distintos cuadros se diferencian en este aspecto. Por ejemplo, tanto en el Capgras como en el Fregoli la alteración está en el reconocimiento interno de los demás individuos, el paciente puede reconocer que la persona es externamente igual, sin embargo, piensa que internamente es otra persona. En cambio, tanto en la intermetamorfopsia como en la Reduplicación, el Korsakoff, la Presbiefrenia y la Autoscopía, el paciente tiene alterados tanto el reconocimiento externo como interno, así por ejemplo, en la intermetamorfopsia las personas se transforman física y psicológicamente las unas en las otras. Por último, en la Prosopagnosia, hay una alteración del reconocimiento externo solamente.

Según la bibliografía consultada, la falla en el reconocimiento de personas podría tomar diversas modalidades, por ejemplo, el no reconocimiento, el falso reconocimiento.

Por otra parte, estas fallas podrían darse en normales bajo la forma de una ilusión.

La Prosopagnosia, la Reduplicación, el Korsakoff, la Presbiefrenia son cuadros en que hay evidencia de compromiso orgánico cerebral. En la Reduplicación hay un daño parietal derecho; en el caso de la falla del reconocimiento del Korsakoff, el daño es principalmente mamilo-talámico con compromiso difuso; en la Prosopagnosia habría daño orgánico cerebral parieto occipital derecho o bilateral; y por último, en la Presbiefrenia habría un compromiso difuso. Los estudios sobre Capgras y Fregoli tienden a señalar que éstos tendrían una enfermedad orgánica cerebral de base. Por último, tanto en la Autoscopía como en la Intermetamorfopsia no hay daño orgánico cerebral.

Cabe señalar que el término organicidad es usado de un modo bastante laxo por los distintos

autores. En algunos casos se refiere a síntomas asociados a un daño orgánico cerebral focal tales como alteraciones visoperceptivas, grafomotoras, etc. En otros casos se refiere a datos significativos de la anamnesis, tales como TEC y enfermedad del embarazo (rubeola, sarampión).

BIBLIOGRAFIA

- ARDILA, A. Curso: **Avances en Neuropsicología**. Hospital J.J. Aguirre y Salvador, Junio, 1982 (Comunicación personal).
- ASSAL, G. Los trastornos del reconocimiento de las caras en las lesiones hemisféricas cerebrales. **Imagen**, 1972-45, 3 — 7
- BENTON, A. L. The neuropsychology of facial recognition. **American Psychologist**, 1980, 35 (2), 176 — 186.
- BENTON, A. L. **Introducción a la neuropsicología**. Fontella, Barcelona, 1971.
- BODAMER, I. Die Prosop-Agnosie. **Arch Psychiatr. Neurol**, 1947, 179, 5 — 54.
- BROMAN, M. Reaction time differences between the left and right hemispheres for face and letter discrimination in children and adults. **Cortex**, 1978, 14 (4) 578 — 591.
- BRUCE, V. Searching for politicians: an information processing approach to face recognition. **Quarterly Journal of Experimental Psychology**, 1979, 31, 373 — 396.
- BRUYER, R. La Cerveau et la reconnaissance visuelle du visage humain. **Acta Psychiat.**, 1979 79 113 — 143.
- COHEN, M. y NODINE, C.F. Memory processes in facial recognition and recall. **Bulletin of the Psychonomic society**, 1978, 12 (4), 377—319.
- COUBOUL Y FAIL, G. Síndrome de "Ilusion de Fregoli" et schizophrénie. **Bulletin de la Societe Clinique de Medicine Mentale**, 1927, 15, 121 — 124.
- COURBON, P. Y TUSQUES. Illusions d'intermetamorphose et de charme. **Ann Medico-Psychologique**, 1930, 1, 214.
- CHRISTODOULOU. Delusional hyper-identification of the Frégoli type. **Acta Psychiat Scand.**, 1976, 54, 305 — 314.
- CHARCOT J. M. Lecons sur les maladies du systeme nerveux, Paris 1886 3, 38 — 81.
- DRIKER, I. ET AL. The recognition and encoding of faces by alcoholic, Korsakoff and right hemisphere patients. **Neuropsychologia**, 1978, 16, 683 — 695.
- HARMON, L. D. The recognition of faces. **Sociedad Americana**, 1973, 229, 71 — 82.
- HAY, JOLLEY Y JONES. A case of the Cap-gras syndrome in association with pseudohypoparathyroidism, **Acta Psychiatrica Scandinavia**, 1974, 50, 73 — 77.
- HAYMAN, M.A. Y ABRAHMS, R. Síndrome de Capgras y disfunción cerebral, **BritPsychiat.** 1977, 130, 69 — 71.
- HECAEN, H. La Perturbaciones de la Percepción. **Ed. Paidós**, Buenos Aires, 1978.
- JASPERS, K. Psicopatología General. **Ed. Beta**, Buenos Aires, 1963.
- LEVINE, D. N. Prosopagnosia and visual object agnosia: a behavioral study. **Brain and Language**, 1978, 5, 341 — 365.
- LHERMITTE, F. Y PILLON, B. La prosopagnosia, rol del hemisferio derecho en la percepción visual. **Rev. de Neurología**, 1975, 131, 791 — 812.
- WAUTE, J. P., BIDANLT, E. Y THIONVILLE, M. Syndrome de Capgras et organicité cérébrale. **Anuales Médico - Psichologiqués**, 1978, 136 (5), 803 — 816.
- LURIA, A. R. Cognitive Development, its Cultural and Social Foundations. **Harvard University Press**, 1978.
- MATHEWS, L. Discrimination of identikit construction of faces: evidence for dual processing strategy. **Perception and Psychophysics**, 1978, 23 (2), 153 — 161.
- Mc KELVIE, S. J. The role of Mouth and eyes in the memory of a face. **American Journal of Psychology**, 1976, 89.
- PICK, A. On reduplicative paramnesia, **Brain**, 1903, 26, 260 — 267.
- POROT, A. Diccionario de Psiquiatría. **Edit. Labor España** 1977.

-
- SEAMON J. G., STOLZ, J. A., BASS, D. H. Y CHATINOVÉR, A. I. Recognition of facial features in immediate memory. **Bulletin of the Psychonomic Society**, 1978, 12 (3), 231 – 234.
- SWAUSON, BOHNER Y SMITH. El mundo paranoide. **Ed. Labor**. 1974.
- TYLER, H. R. Cerebral disorders of vision Fotocopia. Biblioteca particular Profesor C. Araya Molina.
- VAN LAERE, J. E. Elementos de Psiquiatría **Ed. Troquel**, 1964
- WALKER – SMITH, G. J., GALE A. G. Y FINLEY, J. M. Eye movement strategies involved in face perception. **Perception** 1977, 6 (3) 313 – 326.
- WEINSTEIN, E. A., KAHN, R.L. Y SUGARMAN L. A. Phenomenon of Reduplication. **Arch Neurol and Psychiat.** 1952, 67, 808 – 814.
- WHITELEY, A. M. Y WRINGTON, E. K. Prosopagnosia: a clinical, psychological and anatomical study of patients. **Journal of Neurology and Psychiatry**, 1977, 49, 395.
- YIN, T. C. The parietal lobe and visual attention. **Journal of Psychiatric Research**, 1978, 14 (1 – 4), 261 – 266.

Decodificación Fonémica en Disléxicos*

Luis Bravo Valdivieso
Jaime Bermeosolo Bertrán
Amanda Céspedes Calderón
Arturo Pinto Guevara

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue efectuar un Análisis Discriminante (AD) en pruebas de reconocimiento auditivo fonémico y de rendimiento verbal, entre disléxicos de habla hispana. El grupo disléxico ($N = 89$) fue dividido según los errores que cometían en la decodificación de fonemas y según la edad (8-9 y 10-12 años).

La hipótesis fue que el subgrupo disléxico, que durante el proceso de decodificación confunde fonemas de pronunciación, semejante, tendría menor nivel de procesamiento auditivo y verbal.

El resultado del AD confirmó las diferencias en el rendimiento de ambos subgrupos, para las dos edades, en pruebas para nominar y reconocer categorías verbales y en la percepción auditiva de ritmos.

Entre los subgrupos disléxicos de 8-9 años también discriminó el reconocimiento visual de secuencias auditivas y a la edad de 10-12 años, la discriminación auditiva de fonemas semejantes. No hubo diferencias significativas en el CI.

Se plantea la hipótesis de un subtipo de dislexia caracterizada por alteraciones en la percepción fonémica y en el procesamiento verbal de categorías.

ABSTRACT

The purpose of this research was to make a discriminant analysis (DA) in test of auditive phonemic recognition and verbal performance among spanish speaking dyslexic children. The dyslexic group ($N = 89$) was subdivided according to the errors they made in decoding and according to age.

The hypothesis was that children in the dyslexic subgroup prone to confuse phonemes similar in pronunciation would have a lower level of auditive and verbal processing.

Results confirmed the differences in the performance of both subgroups —for both levels of age— in test of recognition and denomination of verbal categories, and of auditive perception of rhythm.

Visual recognition of auditive sequencies discriminated between dyslexic subgroups of 8-9. At ages 10-12, on the other hand, auditive discrimination of similar phonemes was the discriminant variable.

An hypothesis concerning the existence of a dyslexic subtype characterized by alterations in phonemic perception and in verbal processing of categories is formulated.

Uno de los aspectos de las dislexias que mayor interés ha suscitado en muchos investigadores en la actual década se refiere a la relación entre el reconocimiento perceptivo-visual de letras y palabras y el reconocimiento auditivo de los fonemas asociados a cada signo gráfico.

Una revisión de las investigaciones sobre el procesamiento cognitivo de la decodificación de palabras efectuado por Stanovich, K.E. (1982) concluyó que "una amplia proporción de la varianza en la habilidad para decodificar palabras se explica por los procesos fonológicos, y que una pequeña parte de la varianza se explica por los procesos visuales".

Para este autor el término "decodificación" o "reconocimiento de palabras" significa "el proceso de extraer suficiente información de las unidades de las palabras de tal manera que active una parte del léxico mental, resultando así que una información semántica llega a la conciencia". Tanto el procesamiento visual como el fonológico contribuyen a este proceso siendo de mayor importancia el procesamiento fonológico para las etapas iniciales del aprendizaje.

El procesamiento fonológico que conduce a la adquisición del significado del texto dependería estrechamente de la memoria auditiva de corto término. Stanovich estima que el código más estable

* Esta investigación ha sido financiada por la Dirección de Investigaciones de la U. Católica. Un resumen de sus resultados ha sido publicado en el Boletín de Investigaciones de la Facultad de Educación.

de la memoria de corto alcance es el código fonético. La retención en la memoria de cada fonema constituiría el proceso previo e indispensable para formar unidades psicolingüísticas con significado, que permitan la comprensión posterior del texto. Este procesamiento dependería también de la codificación oral de cada fonema.

Frith, U. (1981) por su parte, estima que los disléxicos presentarían dos tipos principales de alteraciones. Una de ellas, para establecer la asociación entre el sonido de las palabras y su representación escrita, y la segunda, para su relación con el significado.

Snowling, M. (1981), estudiando la relación entre dislexia y déficit fonémico encontró que "el procesamiento léxico está intacto en los lectores disléxicos", ya que cuando una palabra forma parte de su vocabulario visual pueden leerla fácilmente. El problema surgiría al tener que leer palabras que no pertenecen a su léxico visual (pseudo palabras y/o palabras no corrientes), las cuales necesitan ser decodificadas a partir del análisis de sus fonemas. El problema de los disléxicos para efectuar esta decodificación residiría en dificultades para establecer las correspondencias grafema-fonema, lo cual puede deberse tanto a problemas en la segmentación fonémica cuanto a dificultades en la codificación de los fonemas.

Esta investigación de Snowling coincide con lo expresado por Vellutino (1979, 1980), quien estima que una dificultad básica para el aprendizaje de la lectura sería "la incapacidad para analizar implícitamente la estructura interna de las palabras", dificultad que se manifiesta en una asociación inadecuada de las letras y sus sonidos, constituyendo las deficiencias fonológicas obstáculos serios para decodificar y lograr el significado de las palabras.

El reconocimiento perceptivo de letras, tanto visual como auditivo, tendría una influencia dife-

rente según las etapas de aprendizaje lector en la cual se encuentre el niño. (Elhri y Wilce, 1983). Su peso en el proceso de aprendizaje sería más intenso durante el aprendizaje inicial, debido a que este proceso sería progresivamente sustituido por el reconocimiento semántico y sintáctico en las etapas más avanzadas, como lo sugiere Vellutino (1979).

Para investigar este problema, la mayoría de las investigaciones sobre dislexias han tomado como camino comparar grupos de niños retardados lectores severos o disléxicos con grupos lectores normales, equiparándolos en algunas variables intervinientes que podrían alterar la comparación, como su edad, CI, sexo y/o nivel socioeconómico, con el objetivo de encontrar diferencias en áreas perceptivas, verbales u otros (Bravo, L., 1984). Pocos estudios han intentado encontrar subgrupos disléxicos a partir de los errores que los niños muestren en la decodificación y relacionar dichos errores con confusiones verbales superiores implícitas en el procesamiento comprensivo de la lectura. Tal es el caso de los trabajos de Boder (1973), Obrzut (1979) y Aaron (1978) en idiomas inglés, y de Lluch de Pintos y Montero, (1977) y Bravo, L. y Pinto, A. (1982, 1983, 1984) en idioma castellano.

Una de las principales diferencias entre ambos idiomas reside en la gran variabilidad de la relación grafema-fonema en la pronunciación hispana. En consecuencia, en idioma inglés, la mayor parte de los errores disléxicos se cometen en la decodificación de vocales (Liberman, I. y Shankweiler, 1971), en cambio en idioma castellano ocurren en el reconocimiento de las consonantes (Bravo, L. y Pinto, A, 1980).

Estas diferencias idiomáticas han hecho suponer a algunos investigadores que los errores cometidos en la percepción fonémica tendrían en idioma castella-

no menor relevancia dentro del síndrome disléxico que en lengua inglesa (C. de Grompone y col., 1975).

El objetivo del presente estudio es comparar el rendimiento obtenido en pruebas verbales y de reconocimiento fonémico, en dos grupos de disléxicos que se diferencian entre sí por el tipo de errores que cometen en el reconocimiento fonémico de palabras con significado, durante la decodificación. Un grupo tiende a confundir las letras que presentan sonido de pronunciación cercano y el otro grupo comete de preferencia confusiones visuales o de otra índole. Las confusiones fonémicas se advierten al leer en voz alta palabras tales como **ocho — hoyo; foto — voto; malla — macha**, donde un grupo de disléxicos tiende a confundir las consonantes subrayadas y otros disléxicos las leen correctamente, cometiendo, en cambio, errores para diferenciar letras con semejanza gráfica.

La hipótesis principal es que el grupo disléxico que confunde fonemas de pronunciación cercana tendría más dificultades en la decodificación lectora y menor nivel de procesamiento verbal que el otro grupo. Esta hipótesis está relacionada con la presencia de los subtipos disléxicos disfonéticos y diseidéticos propuestos por Boder (1973).

Como antecedente para este estudio, se efectuó previamente (con la misma muestra) un análisis comparativo de cuatro subgrupos disléxicos y un grupo lector normal (Bravo, L. y col., 1984). Los cuatro subgrupos disléxicos fueron:

- Niños que cometen solamente confusiones visuales de grafemas;
- Niños que cometen solamente confusiones fonémicas;
- Niños que cometen confusiones mixtas;
- Niños que no cometen confusiones perceptivas de grafemas ni fonemas.

Los análisis de varianza indicaron que la principal variable discriminante entre los cuatro subgrupos la constituyó la presencia o ausencia de confusiones auditivas de fonemas durante la decodificación, lo cual motivó a los autores de este trabajo para investigar con mayor detención la incidencia de esta variable entre disléxicos que cometen y que no cometen confusiones fonémicas.

La Investigación:

La investigación consistió en comparar el rendimiento en cuatro pruebas verbales y dos pruebas auditivo fonémicas en disléxicos de dos niveles de edades: 8-9 y 10-12 años. Se tomó como punto de referencia el rendimiento obtenido por un grupo lector normal.

El grupo estudiado:

El grupo experimental se constituyó a partir de una muestra original de 142 niños disléxicos que seguían clase, de rehabilitación en 5 escuelas públicas y que reunían las siguientes condiciones:

- Edad de 8 a 12 años
- Nivel sociocultural medio-bajo (padres, obreros o empleados, subalternos)
- Escolaridad superior a dos años
- Lectura: reconocer letras (lectura inicial)
- Inteligencia: CI, evaluado en el WISC-R, superior 75
- Asistencia regular a los grupos diferenciales de tratamiento de dislexias
- Ausencia de alteraciones sensoriales o motora severas, comprobadas mediante examen médico y neurológico. Se hizo especial énfasis en el examen clínico de la vista y del oído.

De este grupo inicial se seleccionaron los niños cuyo nivel lector era inferior al Percentil 30 de la Escala TEDE de Condemarin-Blomquist. Este test de lectura es de uso corriente en Chile y ha sido estandarizado por Berdicewski, Milicic y Orellana (1983). Ade-

más los niños fueron clasificados en una prueba para evaluar confusiones auditiva-fonémicas y visuales en la lectura (Bravo, L. y Pinto, A., 1984), la cual permite determinar el tipo de errores que cometen en la lectura en voz alta de 30 palabras aisladas, de uso corriente en el vocabulario escolar chileno.

Esta prueba de lectura se aplicó en dos oportunidades, con dos meses de intervalo, con objeto de tener mayor seguridad sobre la estabilidad del tipo de errores disléxicos cometidos por el grupo estudiado.

La correlación test-retest para la escala de confusiones auditivo-fonémicas fue 0.81 (Pearson) y para la escala de confusiones visuales fue 0.70 (N=142) ($p > 0.01$)

En el grupo final quedaron 89 niños que mantuvieron el nivel de confusiones visuales y/o auditivas en ambas administraciones del test y cuyas diferencias entre ambas escalas (confusiones visuales o confusiones auditivas) era estadísticamente significativa (Ver Tablas 1 y 2).

El estudio se efectuó separadamente en dos niveles de edades (8-9 y 10-12 años). El grupo de 8-9 años estuvo formado por 26 disléxicos que cometían confusiones fonémicas (grupo C.C.A.F.) (*) y 20 niños que no cometían este tipo de errores (grupo S.C.A.F.) (**). En el grupo de 10-12 los subgrupos mencionados fueron de 20 y 23 casos respectivamente. Además, se agregó un grupo control compuesto por escolares cuyo nivel lector era normal (percentil 40 o superior) en el Test TEDE que provenían de las mismas aulas que los niños disléxicos (10 en cada nivel de edad) y estaban dentro de un rango intelectual normal.

Diseño:

El grupo total fue examinado individualmente mediante tests y pruebas experimentales durante el

período escolar. Las pruebas administradas fueron:

Test WISC-R abreviado a 5 subtests: Vocabulario, Aritmética y Dígitos, Cubos y Completación de Figuras. Esta prueba estuvo destinada a descartar niños con retardo intelectual. Se eligió estos subtests debido a su correlación con el CI total.

Cuatro pruebas verbales experimentales: los tests TAVI, 3-S, CAT-V y S-V. Estas pruebas se encuentran en proceso de publicación y han sido empleadas en varios estudios anteriores (Bravo, L. y Pinto, A., 1982, 1983, 1984):

- TAVI evalúa la retención oral inmediata de la información; 3-S evalúa habilidad para determinar semejanzas verbales en series de tres conceptos. El sujeto debe expresar en qué se parecen; S-V evalúa destreza para recordar series verbales con significado de acuerdo a la categoría a que pertenecen. CAT-V evalúa la destreza para nominar objetos y agruparlos en categorías.
- Dos pruebas experimentales auditivas. Una de discriminación de fonemas consonánticos (D.A.) y otra de reconocimiento secuencial de fonemas (S.A.). En la primera prueba el sujeto sólo debe reconocer con un signo de cabeza si dos palabras de sonido cercano escuchadas en una grabadora son iguales o diferentes. En la segunda prueba el niño escucha una secuencia de fonemas grabados y debe encontrar entre palabras de sonido y gráfica cercanos a cuál corresponde la secuencia auditiva escuchada. De estas pruebas se efectuó previamente un estudio de consistencia interna, mediante un análisis de ítemes.
- Una prueba de reproducción de ritmo (Conglomerado Prueba de Ritmo de la Batería de Integración de Funciones Cerebrales Básicas de Olea, 1979)

(*) Con confusiones auditivofonémicas.

(**) Sin confusiones auditivofonémicas.

Los resultados de todas las pruebas, fueron convertidos a puntaje estandarizado *T*, para establecer las comparaciones. En el caso de las pruebas experimentales no estandarizadas (S.A., D.A. y Ritmo) se estableció el puntaje *T* en base a una muestra independiente de 72 niños lectores normales, de

la misma edad y nivel socio cultural del grupo disléxico estudiado.

Una vez estandarizados los puntajes se efectuó un cálculo de correlación canónica (C.C.) y análisis discriminante (A.D.) mediante el programa de computación SPSS-10/K1; Method RAO (Univ. of Pittsburgh, 1979).

Resultados:

Grupo 8-9 años: Los promedios de los grupos SCAF y CCAF aparecen en la Tabla I.

El cálculo de C.C. indicó una correlación canónica 0,516 entre los dos grupos ($p < 0.011$).

Las variables que discrimina-

TABLA 1									
GRUPO 8 – 9 AÑOS									
PROMEDIOS NIVEL LECTOR Y CONFUSIONES VISUALES Y AUDITIVAS Y NIVEL INTELECTUAL									
		PRUEBAS LECTURA							
		Nivel Lector		Confusiones Fonémicas Auditivas		Confusiones Visuales		C.I. Total:	
GRUPO CON CONFUSIONES FONEMICAS (N = 26)	\bar{X}	73.7		3.61		2.03		95.9	
	Ds	12.8		1.07		1.53		9.63	
GRUPO SIN CONFUSIONES FONEMICAS (N = 20)	\bar{X}	78.4		0.35		2.15		99.3	
	Ds	10.3		0.47		1.85		9.7	
GRUPO LECTOR NORMAL (N = 10)	\bar{X}	97.2		0.6		0.1		107.5	
	Ds	1.88		0.5		0.3		10.5	
PROMEDIOS PRUEBAS NO-LECTORAS (PUNTAJE T)									
		TEST VERBALES				PRUEBAS AUDITIVAS			
		TAVI	3-S	CAT-V	S-V	S.A.	D-A	RITMO	
GRUPO CON CONFUSIONES FONEMICAS (N = 26)	\bar{X}	42.8	40.5	42.1	35.5	37.5	27.2	31.1	
	Ds	8.29	8.48	11.48	14.1	8.9	17.9	15.88	
GRUPO SIN CONFUSIONES FONEMICAS (N = 20)	\bar{X}	45.2	43.6	49.8	39.6	42.7	30.2	41.7	
	Ds	6.87	8.26	6.93	11.65	8.17	16.9	12	
GRUPO LECTOR NORMAL (N = 10)	\bar{X}	56.4	49.4	57	57.1	47.5	47.3	51.4	
	Ds	4.12	10.8	7.9	9.23	—	—	—	

ron significativamente entre ambos grupos y sus pesos en la función discriminante fueron:

- Test de Categorías Verbales -0.547
- Test de Secuencias Auditivas -0.540
- Test de Ritmo -0.436
- Test de Seriaciones Verbales -0.354

Las variables mencionadas discriminan significativamente entre ambos grupos disléxicos. En las 4 variables el grupo SCAF presentó un rendimiento superior al grupo CCAF. (Ver Gráfico 1).

Los promedios de la función discriminante para ambos grupos, expresados en puntajes Z fueron como sigue:

- Grupo SCAF -0.673
- Grupo CCAF -0.517

Entre los promedios discriminantes de ambos grupos hay una diferencia de 1.18 desviación estándar.

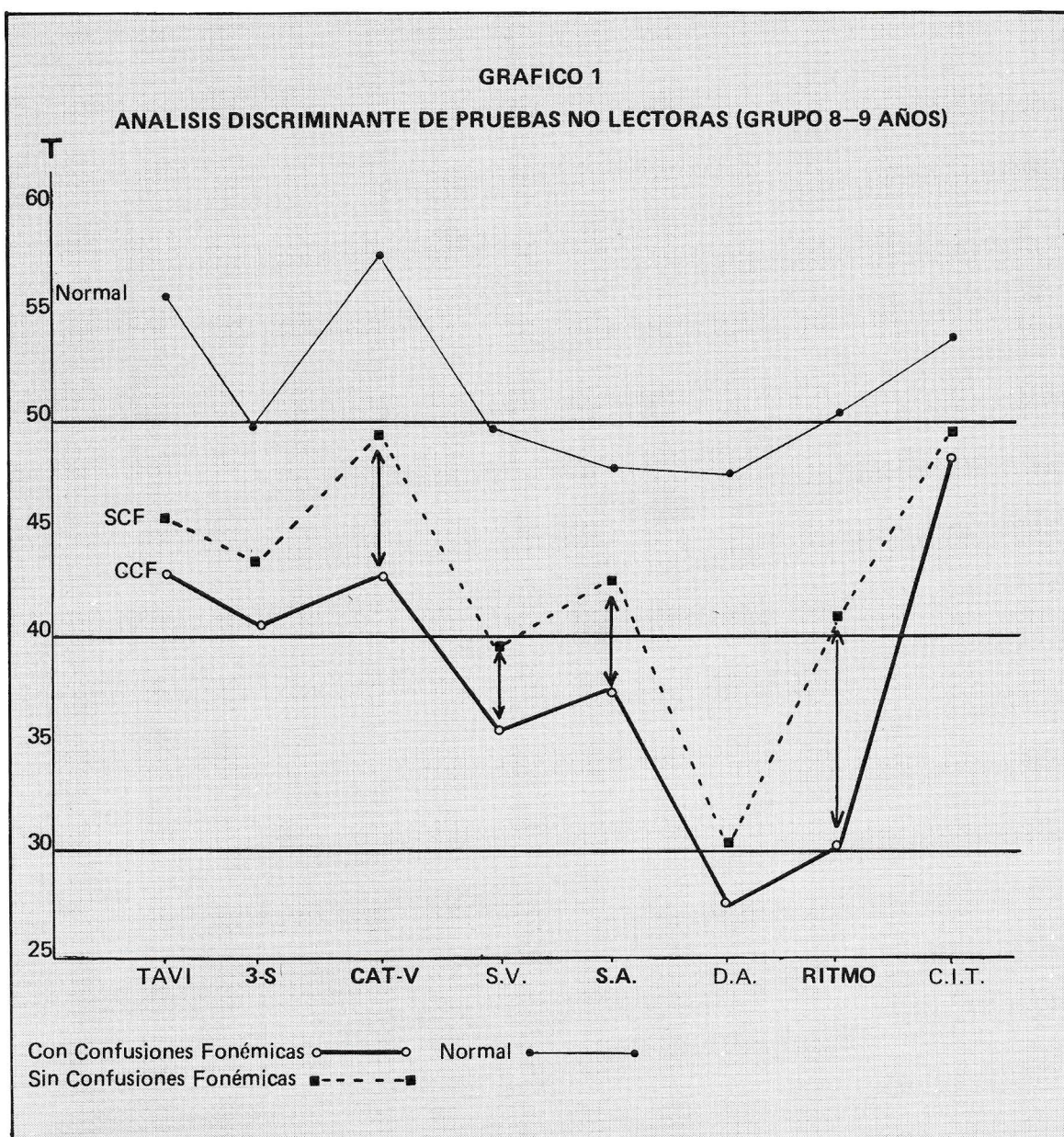
Por otra parte, el análisis de las varianzas y co-varianza entre grupos SCAF y CCAF no fue significativo ($F=1.03$; $p=0.40$), lo cual indica la homogeneidad de ambos grupos.

Las cuatro variables señaladas discriminaron el 73.90% de los casos.

Análisis:

En primer lugar es interesante señalar que el CI no discriminó entre los grupos, lo cual indica que la diferencia entre ellos no depende directamente del coeficiente intelectual, el cual aparece levemente más alto en el grupo SCAF.

De las cuatro variables discriminantes, dos son pruebas verbales —una de nominación de cate-



gorías y la otra de retención de series verbales— lo que confirma la relación entre procesos de percepción fonémica y procesamiento verbal. El grupo CCAF tuvo un menor rendimiento en todas las pruebas verbales que el grupo SCAF.

Las otras dos pruebas discriminantes fueron las de memoria y re-

conocimiento de secuencias auditivas y de reconocimiento y reproducción del ritmo. La primera de ellas implica percibir secuencialmente los fonemas que componen una palabra y luego reconocer ésta entre varias palabras de pronunciación semejante. La otra requiere un proceso análogo, pero con estímulos no verbales y además, repro-

ducir el ritmo a partir de la percepción visual de los signos escritos.

Grupo 10-12 años: Los promedios de los grupos SCAF y CCAF, de esta edad aparecen en la Tabla 2.

El coeficiente de correlación canónica entre ambos grupos díslexicos fue 0.749 ($p < 0.00000$).

Las variables discriminantes y

TABLA 2
GRUPO 10 — 12 AÑOS
PROMEDIOS NIVEL LECTOR, CONFUSIONES VISUALES Y AUDITIVAS Y
COEFICIENTE INTELECTUAL

		PRUEBAS LECTURA				C.I. Total:		
		Nivel Lector	Confusiones Fonémicas Auditivas		Confusiones Visuales			
GRUPO CON CONFUSIONES AUDITIVAS FONEMICAS (N = 20)	\bar{X}	75.55		3.5	1.5	86.5		
	Ds	12.9		1.53	1.28	8.04		
GRUPO SIN CONFUSIONES FONEMICAS (N = 23)	\bar{X}	84.13		0.37	2.08	89.69		
	Ds	6.17		0.48	2.3	8.57		
GRUPO LECTOR NORMAL (N = 10)	\bar{X}	97.1		0.3	0.3	103		
	Ds	1.4		0.45	0.45	12.6		
PROMEDIOS PRUEBAS NO—LECTORES (PUNTAJE T)								
		TEST VERBALES				PRUEBAS AUDITIVAS		
		TAVI	3-S	CAT-V	S-V	S.A.	D.A.	RITMO
GRUPO CON CONFUSIONES FONEMICAS (N = 20)	\bar{X}	45.2	40	35.2	27	36.6	19.8	35.7
	Ds	7.5	5.2	10.8	13.6	8.9	15.7	10.7
GRUPO SIN CONFUSIONES FONEMICAS (N = 23)	\bar{X}	42.6	42.2	43.2	32.9	41.4	42.3	41.1
	Ds	7	5.2	6.7	12.8	12.1	15.8	13
GRUPO LECTOR NORMAL (N = 10)	\bar{X}	54.4	54.3	56.4	41.1	53.2	48.3	46.6
	Ds	4.9	8.2	5.8	5.9	—	—	—

sus respectivos coeficientes de función discriminante fueron:

- Test de discriminación auditiva (D.A.) -0.728.
- Test de seriaciones verbales (S.V.) -0.494.
- Test de categorías verbales (CAT-V) -0.487.
- Test de ritmo -0.366.

Las variables mencionadas discriminaron significativamente, entre ambos grupos disléxicos, presentando un promedio de rendimiento inferior el grupo con confusiones auditivas-fonémicas (Ver Gráfico II).

Otras dos variables también discriminaron significativamente, pero con una relación inversa. Su promedio fue superior en el grupo con confusiones auditivas-fonémicas. Estas fueron:

- TAVI 0.601
- Aritmética (WISC) 0.316

Los promedios de función discriminante para ambos grupos, expresados en puntaje Z fueron:

- Grupo CCAF : -1.03
- Grupo SCAF : 1.18

La diferencia entre los promedios estandarizados discriminantes de ambos grupos es de 2.1 desviaciones standard.

La homogeneidad de ambos grupos entre sí quedó de manifiesto en el análisis de varianza y covarianza, que no fue significativo $F: 1.263 (p > 0.186)$.

Las seis variables señaladas discriminan el 83% de los casos.

En esta edad hubo dos variables discriminantes que se repitieron en relación al grupo 8-9 años, CATV y Ritmo, y dos nuevas (S.V.

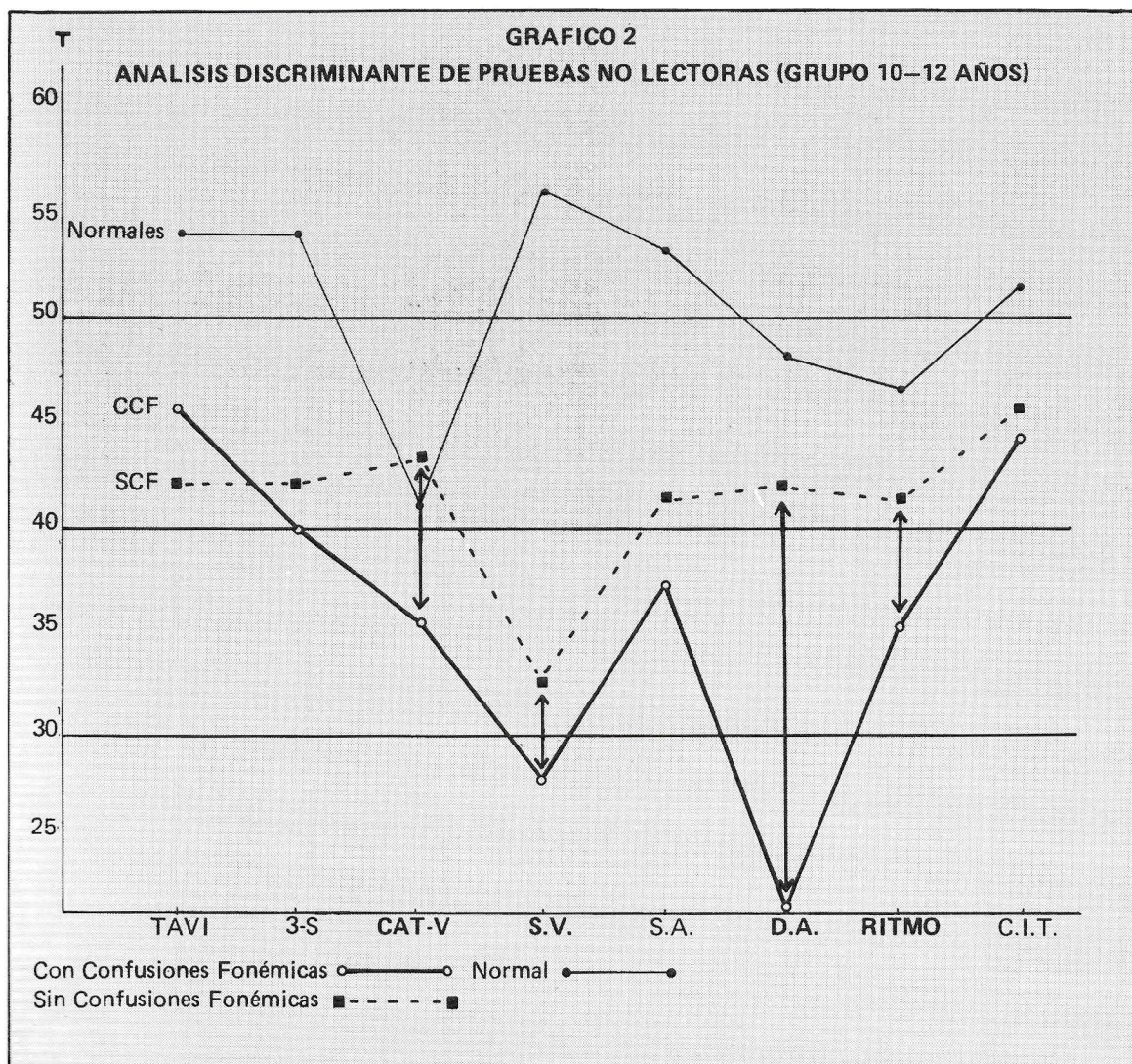
y D.A.).

Las pruebas CATV y S.V. evalúan habilidades para establecer categorías y memoria de series verbales con significado; D.A. evalúa la capacidad para discriminar perceptivamente fonemas de consonantes de sonido próximo y, la prueba de ritmo, el reconocimiento perceptivo auditivo y visual de ritmos y su reproducción.

Las variables TAVI y Aritmética aparecen con mayor promedio en el grupo 10-12 años. Tampoco hay diferencias significativas en el CI.

Análisis comparativo para ambas edades:

Los resultados del análisis discriminante apoyan la hipótesis



que los disléxicos que cometen confusiones fonémicas de consonantes parecidas, constituirán un subgrupo diferente, con menor rendimiento lector y rendimiento equivalente en el CI. También apoyan la hipótesis que las diferencias entre disléxicos con y sin confusiones fonémicas tienen relación con procesos no lectores verbales y de percepción auditiva.

La habilidad para enunciar categorías verbales aparece como una de las variables con mayor fuerza discriminante, ya que lo hace en ambos grupos de edades. Igualmente el reconocimiento y reproducción perceptiva de ritmos.

En las pruebas de reconocimiento auditivo se advierte una diferencia interesante. Entre los disléxicos de 8-9 años es significativa la diferencia entre ambos conglomerados en el reconocimiento de letras a partir de la percepción de secuencias auditivas, en cambio en los mayores esta función no discrimina.

En el grupo mayor, aparece discriminante el reconocimiento perceptivo de consonantes de sonido cercano en vez de el reconocimiento de secuencias.

Una explicación posible de la carencia de discriminación de la prueba D.A. en los disléxicos menores, e deben a que ambos grupos tuvieron en ella un rendimiento muy reficiente (Ver Gráficos).

DISCUSION Y CONCLUSION

La determinación de los subgrupos disléxicos comparados fue efectuada en base a una variable independiente: Los errores cometidos en decodificación fonémica de palabras aisladas, lo cual plantea la interrogante sobre cual es su importancia dentro del trastorno disléxico global del grupo CCAF. Un estudio análogo efectuado con anterioridad (Bravo, L. y Pinto, A. 1984) indicó que este tipo de errores tiene correlación con la comprensión lectora silenciosa en disléxicos de 10-12 años, lo que confirma su incidencia en el proceso lector posterior.

Por otra parte, el hecho que

sólo un sub-grupo de disléxicos presente este tipo de alteraciones, no sólo tiende a confirmar la heterogeneidad de este síndrome, sino también a favorecer la hipótesis de diversas vías de acceso al léxico durante el aprendizaje una visual y otra auditiva (Downing y Leong, 1982). La presencia de determinadas características disléxicas estaría interrelacionada con las metodologías de enseñanzas de la lectura, según estimulen de preferencia el reconocimiento global de las palabras o el análisis fonémico de ellas. Previamente a su tratamiento debería determinarse el tipo de confusiones que comete el niño con dificultades para leer y adecuar a ellas la metodología de enseñanza.

La dificultad básica presentada por los disléxicos que cometen confusiones fonémico-auditivas se presentaría a nivel del proceso de extraer información de las unidades fonológicas constituyentes, lo que obstaculiza activar el léxico mental durante la lectura. Los resultados del presente trabajo apoyan esta hipótesis.

Las confusiones auditivo-fonémicas durante la decodificación de los disléxicos también aparecen relevantes en idioma castellano, lo que indica que su presencia no depende exclusivamente de las características del idioma.

Los disléxicos que cometen confusiones fonémicas de consonantes se perfilan como un subgrupo que presenta un rendimiento más reficiente en otras tareas verbales no lectoras. Estas tareas requieren diversos modos de organización neuropsicológica subyacentes a los procesos básicos de procesamiento de la lectura. La memoria fonémica de corto término, facilita la adquisición del significado verbal y del reconocimiento visual de las palabras; y la nominación y agrupación en categorías semánticas reflejaría el grado de acceso al léxico. Este último proceso contribuirían al aprendizaje en un nivel superior de integración verbal y facilitaría el procesamiento de funciones más básicas, como son la percepción foné-

mica y la discriminación perceptiva de consonantes.

Todas estas confusiones aparecen más deficitarias en el subgrupo disléxico CCAF, lo cual apoya indirectamente la impresión de que haya un tipo de disléxico auditivo o fonémico que presenta un compromiso más acentuado en diversos niveles del funcionamiento neurolingüístico.

REFERENCIAS

- AARON, P.G. (1978), *Dyslexia: an imbalance in cerebral information - processing strategies, Perceptual and Motor Skills*, 47: 699-706.
- BERDICEWSKI, O.; MILICIC, N. y ORELLANA, E. (1983), *Elaboración de normas para la Prueba de Dislexia Específica de Condemarín-Blomquist Edic. Facultad de Educación, Universidad Católica de Chile, (OFF-SET).*
- BODER, E. (1973), *Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. Developmental Med. and Child Neurol.*, 15: 663-687.
- BRAVO, L. (1984) *Dislexias y Retardo Lector. Edic. Universidad Católica de Chile.*
- BRAVO VALDIVIESO, L.; BERMEOLO, J.; CESPEDES, A. y PINTO, A., (1984), *Decodificación fonémica y visual en disléxicos, Rev. Chilena de Psicología*, 1984 (en publicación).
- BRAVO VALDIVIESO, L. y PINTO, A. (1984), *Confusiones sensoriales y auditivas en las dislexias, Revista Latinoamericana de Psicología*, 16: 213-224.
- BRAVO VALDIVIESO, L. y PINTO, A. (1982), *Confusiones auditivas y funciones verbales en disléxicos, Rev. Chilena de Psicología*, 5: 33-38.
- BRAVO VALDIVIESO, L. y PINTO, A. (1984), *Dislexia y confusiones perceptivas visuales y auditivas, Lectura y Vida*, 4: 6-10.

- BRAVO VALDIVIESO, L. y PINTO, A. (1980). Los errores específicos en el pronóstico de las dislexias, *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 35: 1061-1075.
- CARBONELL DE GROMPONE, M. y al (1975), *Tamiz diagnóstico de dificultades de lecto-escritura de Helena Aoder*. En: *Soc. Dislexia del Uruguay; II Jornadas de Dislexia*. Montevideo (Noviembre, 1972).
- JOWNING y LEONG, CH (1982). *Psychology, reading* McMillan, New York.
- ELHRI, L. y WILCE, L. (1983), *Developmental of word identification speed in skilled and less skilled beginning readers*. *Journal Educ. Psychology*, 75: 3-18.
- FRITH, U. (1981), *Experimental approaches to developmental dyslexia: an introduction*, *Psychological Research*, 43: 97-109.
- LIBERMAN, I. y SHANKWEILER (1971), *Letter confusions and reversals of sequence in the beginning reader*. *CORTEX*, 7, 127-142.
- LLUCH DE PINTOS, E. y MONTERO, O. (1977), *La prueba de Boder y el diagnóstico de la dislexia*, *Neuropediatría Latinoamericana* (Montevideo) 11: 35-40.
- OBRZUT, J.E. (1979), *Dichotic listening and bisensory memory skills in qualitatively diverse dyslexic readers*, *Journal of Learning Disabilities*, 12: 24-34.
- OLEA, R. (1979), *Batería de integración cerebral funcional Láxica*. *Rev. El niño limitado* (Santiago de Chile). Número Especial.
- SNOWLING, M. (1981), *Phonemic deficits in developmental dyslexia*, *Psychological Research*, 43: 219-234.
- STANOVICH, K.E. (1982), *Individual differences in the cognitive processes of reading. I Word decoding*. *Journal of Learning Disabilities*, 15: 485-493.
- STANOVICH, K.E., (1982), *Individual differences in the cognitive processes of reading. II. Test Level Processes*. *Journal of Learning Disabilities*, 15: 549-554.
- VELLUTINO, F.R. (1979), *Dyslexia, theory and research*. The MIT Press Cambridge.
- VELLUTINO, F.R. (1980), *Deficiencias verbales y alteraciones en la lectura*. En: Bravo, L. (Coordinador) *El niño con dificultades para aprender*, UNICEF, U. Católica de Chile, Galdoc.

Fundamentos y Tareas de la Psicoterapia Individual

ALEX KALAWSKI (*)

RESUMEN

Se hace una analogía entre el comportamiento animal y el humano y se plantea que el comportamiento humano depende de las modalidades mediante las cuales se obtiene información para contestar preguntas fundamentales. ¿Quién soy yo? ¿Cómo es el mundo que me rodea? ¿Cuál es mi lugar en él?

Se afirma que la tendencia a la automantenimiento de las respuestas a estas preguntas es el aspecto clave a ser considerado en la psicoterapia individual.

Dentro de este contexto, reciben atención especial los siguientes aspectos:

1. La familia de origen como fuentes de respuestas y la necesidad de reestructuras éstas en el proceso terapéutico.
2. El contacto con uno mismo como fuente básica que guía la conducta.
3. La importancia del lenguaje analógico
4. La importancia de la realidad externa.
5. La relación con el terapeuta como fuente de nuevas alternativas; como inspiradas de fe y confianza y como un tipo diferente de modelo.

ABSTRACT

An analogy is drawn between animal and human behavior and it is stated that human behavior depends upon modalities through which information is obtained to answer fundamental questions. Who am I? How is the world around me? Which is my place in it.

It is proposed that the tendency to the self-maintenance of the answer to these questions is the key problem that should be answered in individual psychotherapy.

In this context, the following aspects receive special attention:

1. The family of origin as a source of answers and the need to restructure this in the therapeutic process.
2. The contact with oneself as the basic source of the cues which guide behavior.
3. The importance of analogic language.
4. The importance of external reality
5. The relation with the therapist as a source of new alternatives as inspiring faith and confidence and as a new type of model.

El presente trabajo fue presentado en el 40º Congreso de Psicología Clínica, Santiago, agosto de 1984. Corresponde a la solicitud de abordar el tema del Congreso: Psicología y Salud, desde el enfoque psicológico individual, con el fin de confrontarlo en una mesa redonda con los enfoques familiar y psicológico social.

En el artículo se pretende delinear un marco general en el cual describir los aspectos fundamentales de la psicoterapia individual, cualquiera que sean las técnicas o el enfoque técnico específico que utilice el terapeuta. Después de comenzar por una perspectiva amplia en que se describen ciertas características de la conducta animal, se va estrechando progresivamente la visión, de modo de destacar diversas dimensiones de la psicoterapia, señalando algunos aspectos especialmente relevantes para la salud psíquica y física.

UN MARCO GLOBAL

Cada animal necesita, para poder subsistir, contestar algunas preguntas fundamentales, que pueden resumirse en: ¿Quién soy yo? ¿Cómo es el mundo que me rodea?

¿Cuál es mi lugar en el mundo?

Estas preguntas, si bien pudieran parecer aspectos puramente

(*) Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santiago Chile.

teóricos, son realmente muy concretas y determinan, si son mal contestadas, que la subsistencia del individuo termine. Si un conejo se acerca a un lobo creyendo que eso con dientes filudos que está frente a él es otro ejemplar de conejo, no va a poder tener si quiera la oportunidad de corregir su error.

Los seres vivos nos alimentamos de información. Así exploramos el mundo en busca de ésta. Por otra parte, tal exploración está guiada por informaciones anteriores que nos dicen qué, cómo, cuándo y dónde explorar.

Esta información es indispensable, ya que cada animal es un proyecto que se va autoconstruyendo a través de distintas etapas, cada una de las cuales es un requisito de los pasos siguientes. En base a la información que se tiene en cada punto, se toman ciertas opciones y se realizan ciertas acciones que ese animal único está realizando por primera vez y que significan grandes dosis de riesgo. En todos estos pasos, el animal es guiado por patrones instintivos, los que van cambiando con el resultado de la experiencia (Klawnski, 1983).

Así el pájaro que tiene que levantar por primera vez el vuelo, es guiado por patrones que le dicen cómo hacerlo, sin embargo es él quien tiene que llevarlo a la práctica en ese momento y lugar específico, siempre estando presente el riesgo de caer al suelo. Si el pájaro lo logra hacer (y sólo si lo logra hacer) tendrá que coordinar sus movimientos para cazar o recoger su alimento. Si lo logra, se irá desarrollando y llegará un momento en que tendrá que seleccionar un territorio y luchar contra otros pájaros para defenderlo, mientras tanto habrá aprendido a cantar, esperar y escuchar en busca de una respuesta, si lo logra... y así sucesivamente hasta que sobrevenga la muerte.

En cada uno de estos pasos se van reformulando y ampliando estas preguntas y así, en un momento, el pájaro sabrá que es "padre"

y que tiene que rejurgitar su alimento en los picos abiertos de sus hijos que le reclaman.

Los seres humanos hemos desarrollado una forma mucho más eficaz de información que aquella caracterizada por patrones instintivos simples. Usando una analogía: En vez de andar trayendo un montón de números en la cabeza tenemos una información que ocupa mucho menos espacio y que dice algo así como "Cuando quiera saber un número vaya y consulte la guía telefónica". Además de ocupar menos espacio tiene la gran ventaja que puede ser mucho más fácilmente modificada. Es cosa de cambiar, añadir o sacar números en la guía y no es necesario cambiar el procedimiento básico. Entonces los seres humanos, en vez de traer información específica, traemos información acerca de cómo y dónde obtener información.

Lo anteriormente señalado se puede agrupar en 4 aspectos muy importantes y mutuamente complementarios:

a) La gran forma en que la Naturaleza ha arreglado las cosas para que nosotros podamos contestar nuestras preguntas fundamentales, es el que desde el nacimiento hacia adelante nos encontramos en presencia de otros seres humanos, más grandes que nosotros y que habitualmente llamamos Papá y Mamá. También hay otros que llamamos Tata, hermano, tía, etc. Estas personas se transforman en "guías de teléfono" muy especialmente, más exactamente se transforman en manuales para buscar guías de teléfonos. De ellas aprendemos los grandes marcos de referencia para contestar preguntas y así sabemos qué significa ser hombre o mujer, cómo soy yo, cómo voy a ser cuando grande, qué es bueno y qué es malo, etcétera.

b) Cualquiera que sea la edad que tengamos, estamos rodeados de miles de signos y símbolos que nos suministran información acerca de qué hacer y cómo

actuar en el momento presente. Estos signos nos van entregando información específica, pero también van formando parte de nuestra historia y van ratificando, cuestionando o complementando los marcos de referencia producto de nuestra historia anterior.

c) Por otra parte nosotros estamos dándonos constantemente claves y señales a nosotros mismos, que en parte nos sirven para guiar nuestra conducta aquí y ahora: y por otra parte, van modificando y recreando los patrones originales. De esta manera yo puedo tener "insignias" que modifican experiencias, que puedo haber tenido hace poco o hace muchos años, y puedo entregarme a complejas y largas cadenas de señales llamadas pensar, ensoñar o soñar.

d) Nosotros nos constituimos en una fuente central de señales para modular la conducta de los otros y asimismo para influir en sus marcos de referencia. De este modo, no sólo el padre le enseña a su hijo, sino que el hijo le enseña a su padre, si es un buen o mal padre, etc. Igualmente quienes nos enseñan a ser terapeutas son nuestros pacientes.

Lo que hemos descrito es el gran contexto en el cual se puede entender el sentido de "la aproximación psicológica individual a los problemas de salud física y psicológica individual a los problemas de salud física y psicológica" o más simplemente, la psicoterapia individual.

La perspectiva descrita se ubica dentro de un enfoque sistémico y considera especialmente relevantes los aspectos psicológicos-sociales y los aspectos familiares. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad (y habitualmente la necesidad) de ayudar al individuo en cuanto al saber quién es él, cómo es el mundo que lo rodea y a encontrar su lugar en ese mundo.

Para describir los aspectos más relevantes de la acción del psicoterapeuta, partiremos de la misma

manera como comienza habitualmente su contacto con la persona que necesita su ayuda: con un problema.

Las respuestas que hemos y nos han dado a nuestras preguntas existenciales tienden a automantenerse. O dicho en una forma más simple: Hacemos lo que hacemos porque lo hacemos y no hacemos lo que no hacemos porque no lo hacemos.

Si una persona anda en bicicleta y persiste un cierto tiempo haciéndolo, aprende a andar en bicicleta (hay que recordar que primero anda y después aprende). Una vez que aprendió va a disfrutar de hacerlo, la bicicleta va a ser una fuente de refuerzo; conjuntamente, va a ser capaz cada vez de hacerlo mejor. Es posible que en otros momentos aprenda otras actividades, las que van a entrar a competir con la bicicleta y eventualmente desplazarla, sin embargo, la persona ya va a mantener en alguna parte de su definición personal, que tiene una habilidad ciclística.

Si por otra parte, la persona no anda nunca en bicicleta, anda pocas veces, o tiene una caída que le produce miedo y rechazo, no aprenderá a andar en bicicleta. Cuando mayor, simplemente la persona no anda en bicicleta porque "no sabe andar en bicicleta". Esto mismo podemos aplicarlo al cigarrillo o al alcohol. Mientras más alguien fuma o bebe, más es probable que lo continúe haciendo. Cuando alguien intenta dejar el hábito, lo logrará si es capaz de cambiar ese círculo vicioso por un círculo virtuoso. Tal como lo explicó Marlatt (1985), en ese mismo Congreso, si un "alcohólico" se abstiene de consumir alcohol durante un cierto tiempo, el ser capaz de autocontrolarse aumentará su percepción de autoeficacia, lo que a su vez aumentará la probabilidad del autocontrol. Por el contrario, la persona que no resiste la tentación se llena de culpa y vergüenza, su percepción de autoeficacia disminuye lo que aumenta la probabilidad de volver a beber, etcétera.

Este mismo proceso circular se da en la relación con los otros. Las persona actuamos desempeñando roles que se coordinan recíprocamente unos con otros. Son igualmente importantes tanto aquellos que aparecen en una visión lineal como los determinantes, como los que aparecen como "determinados". Así, por ejemplo, no sólo alguien a quien lo empiezan a perseguir va a arrancar, sino también si alguien empieza a arrancar, alguien lo va a perseguir, ya sea para preguntarle por qué corre o porque piensa que algo malo tiene que haber hecho para arrancar de esa manera. Una vez que ambos corren ya no importa quién empezó. Los ejemplos son innumerables: A) crítica a B) porque se equivoca, B) se equivoca porque teme que A) lo critique. La esposa presiona al marido para que hable, "porque siempre está tan callado y metido en sus cosas" y el marido no habla con ella como una forma de protección frente a sus continuas presiones, etc.

Gran parte de la conducta humana está basada en suposiciones acerca de lo que va a ocurrir. Al actuar de acuerdo con dichas predicciones modificamos la realidad, haciendo que ésta se modifique y termine calzando con lo que pensamos que iba a pasar. Este es el fenómeno de la "profecía que se autocumple" (Kalawski 1980). Las características de la imagen personal corresponden en gran medida a profecías autocumplidas, tanto de las personas que tienen dichas características, como de las personas que las rodean. Así las personas que se sienten seguras irradian seguridad y, por lo tanto, son tratados por los otros como personas seguras. Se atreven a realizar acciones más difíciles y persisten hasta que obtienen resultados positivos, lo que aumenta su sensación de seguridad, etc.

En términos generales podemos entender por lo tanto, la psicoterapia individual, o familiar, como la habilidad de desordenar y, ayudar a ordenar. La de bloquear círculos viciosos y fomentar círcu-

los virtuosos. (Hoffman, 1981).

Veremos ahora algunos aspectos más específicos de la psicoterapia individual.

Los aspectos que señalaremos a continuación se superponen en distintos grados y se influyen mutuamente.

La Familia de Origen:

Como ya señalamos, los padres de cada persona representan una fuente de información que determina gran parte de las suposiciones básicas que guiarán la búsqueda de respuestas más específicas. Es por eso que gran parte de los esfuerzos de muchos sistemas de terapia, están centrados en la posibilidad de sacar a luz y modificar la historia de cada individuo en relación a los otros significativos.

Un aspecto extraordinariamente importante de los sistemas de información que ocupamos los seres humanos es la posibilidad de ocupar más de una fuente de información. Esto ha sido destacado por Bateson (1979) en el sentido de que el tener múltiples versiones del mundo; si los combinamos, tenemos un nuevo tipo de información especialmente importante y que es más que la mera suma de ambas. Es así como el hecho de tener dos ojos, cada uno de los cuales mira al mundo desde un ángulo distinto nos permite tener una visión en profundidad.

El mismo papel cumple el tener dos padres. Cada uno nos da una visión diferente del mundo y de nosotros. Eso nos da la posibilidad de distinguir entre el Mapa y el territorio, entre la realidad subyacente y la versión que cada uno hace de ella, lo que nos da la gran posibilidad de crear nuestra propia visión y de recombinar de distintas maneras ambas visiones. Sin embargo, parece que los seres humanos necesitamos sacrificar la complejidad en aras de la seguridad, entonces en vez de pensar "mi mamá veía así las cosas y mi papá las veía así", uno hace una alianza con una visión determinada y simultáneamente uno es "hipnotizado" por uno de los pa-

dres, de modo de darle el sentido de realidad objetiva a lo que es sólo una visión particular. Uno de los autores que ha desarrollado esto en gran detalle es Ahsen (1977). (Aguirre y Col., 1984). quien ha estructurado un método muy efectivo para poder revisar vivencialmente no sólo la historia aparente —el cuento que nos contamos y nos contaron acerca de cómo fue nuestra historia— sino para poder sacar a luz las otras alternativas que fueron suprimidas y que al reaparecer son sorprendentemente, mucho más reales.

Esta es una de las posibilidades claves para ayudarle a desordenar y reordenar su mundo a una persona. Al dejar de considerar un cierto aspecto "normal" y evidente, va a dejar de ser el patrón de comparación a partir del cual se discrimina y se califican otros aspectos. El mundo adquiere entonces otros sentidos y la persona deja de estar presa en su visión anterior.

Cuando una mujer deja de ver a su mamá como alguien mala que no supo comprender a su padre, que era tan bueno y que ha sido la persona que más le quiere en el mundo . . . se permite desarrollar una serie de posibilidades de existencia y de acción que estaban en su mamá y que ella no se permitía expresar ya que se había propuesto no ser nunca como ella, o que los expresaba sin permitirse tener conciencia de ello. Igualmente al dejar de considerar la relación con su padre como ideal puede comprender algunas actitudes de su marido que, al ser comparadas con el patrón de su padre eran juzgadas como signo de que él no la quería realmente. Si volvemos a nuestro esquema inicial comprenderemos que el marido reaccionaba al ser tratado como alguien que no quiere a su esposa en un rol complementario a este, reforzando entonces las ideas de su señora acerca de él y de esta manera reafirmar la idea de que nunca nadie la había querido como su padre.

Parece por lo tanto indispensable ayudar a los individuos adultos a "desenredarse" de su familia de

origen, y ser capaces de tener realmente su visión del mundo y poder ser realmente esposos, amigos y padres, y no simplemente alguien que está dando vida a un sueño de uno de sus padres; que a su vez no fue realmente un padre sino un niño que daba vida a un sueño de uno de padres . . .

Muchos trastornos psicossomáticos se pueden entender como el resultado de la lucha que se produce entre lo que yo puedo o necesito ser y el orden sobreimpuesto de lo que tengo que ser, producto de esta versión simplificada del mundo y uno mismo. Imaginen los resultados fisiológicos que produce el tener que reprimir las expresiones de rabia porque ellas cayeron en la zona negativa de nuestra historia. El problema se complica porque la falta de expresión de rabia es uno de los aspectos que pueden ser especialmente provocadores de agresión en las personas que tengan una relación íntima, ya que interpretarán esta actitud de sobre control como la de alguien que se pone por encima de los demás en una posición inalcanzable.

El contacto con nosotros mismos

Este es otro de los grandes tipos de acción que prácticamente todos los terapeutas realizamos, aunque con distintos énfasis y distintos procedimientos.

Tal como lo señalamos, un factor muy importante que guía nuestra conducta son las propias señales que nos damos a nosotros mismos. Sin embargo nos comportamos frente a estas señales en forma bastante similar a como lo hacemos con las que vienen del mundo externo. De esta manera podemos interpretar erróneamente nuestras propias señales e incluso, más aún, puede ser que los otros interpreten mucho más exactamente nuestras claves que nosotros mismos; el otro puede detectar que apretamos los dientes o que suspiramos y percibir nuestra rabia y nuestro desánimo que nosotros no habíamos registrado. Más exactamente que una parte de no-

sotros no había registrado. Los seres humanos tenemos una extraordinaria capacidad para disociarnos y parte de esa capacidad se refleja a través de disociar que disociamos.

Durante nuestra historia y especialmente con los "otros significativos" hay ciertas escenas que resumen un gran caudal informativo. En esta situación hay tres aspectos que se dan simultáneamente: a) algo está pasando afuera con ellos, entre ellos o con relación a mí. b) Mi respuesta corporal y emocional en relación a lo que pasa, y c) el significado que esto tiene para mí. Estos tres elementos son los que según Ahsen (1977) forman una unidad, la que está compuesta por los tres elementos descritos y que Ahsen llama ISM; "I" que corresponde a la imagen; que es la forma en la cual archivamos lo que pasa afuera, "S", por somático, que corresponde a la reacción del organismo y "M" por "meaning", que es el significado que eso tiene para mí. Estos tres aspectos se dan unidos, sin embargo, a través del tiempo se separan y posteriormente la relación entre ellos deja de estar en la conciencia. Sin embargo, a través de la concentración en la imagen se puede recuperar tanto la sensación corporal como el significado perdido. Esta es la base de muchos problemas psicossomáticos: muchas respuestas corporales corresponden a respuestas gatilladas por claves visuales, sin que tengamos en la conciencia siquiera la existencia del estímulo que las despertó y mucho menos la relación entre estos y nuestra respuesta.

La programación Neurolingüística, (Dilt et al, 1981) a partir de un ángulo deferente plantea una posición muy similar a la de Ahsen en el sentido de la existencia de distintos sistemas representacionales: Visuales, Auditivos y Kinestésicos los que almacenan la información en forma separada.

Lo que hemos planteado tiene sentido no sólo en términos de nuestra historia sino que a través de estos distintos sistemas nos estamos informando a nosotros mis-

mos de cómo estamos, qué necesitamos, etc.

El saber reconocer nuestras claves corporales como lo que son; como valiosos mensajes de nuestro organismo y no como enemigos que deben ser destruidos, son aspectos centrales del proceso terapéutico, tal como lo he señalado en ocasiones anteriores (Kalawski, 1983 a). Se trata de facilitar a la persona la posibilidad de integrar distintos aspectos de sí mismo, distintas partes que se han separado y se ha alterado la comunicación entre ellas, mal interpretando la conciencia su significado. Se trata de re-mentalizar nuestras reacciones orgánicas y poder sentir rabia en vez de dolor de cabeza, miedo en vez de simplemente taquicardia, etc.

Frente a las preguntas: ¿Quién soy yo? se trata de comprender que somos un mecanismo complejo formado por distintos subsistemas, cada uno de los cuales tiene derecho a su forma particular de existencia, y que hay que buscar la forma de que todos estos coexistan armoniosamente y cooperen a la subsistencia y desarrollo de la totalidad de la que forman parte. Otras palabras para describir esto son: Democracia, pluralismo y tolerancia.

Y con esto pasamos a otro aspecto:

La Importancia del Lenguaje Analógico:

Acabamos de hacer una analogía para explicar cuál sería la mejor forma de funcionar de una persona (y no sólo de una persona), para esto nos hemos valido de la capacidad que tenemos los seres humanos para detectar la semejanza que existe en cuanto a estructura en contenidos específicos muy diversos. Esta es la gran forma de entregarnos información a nosotros mismos lo que hemos descrito en otros artículos (Kalawski, 1983 b): Frida Ringler (1985) hizo en este mismo congreso una muy buena síntesis de la importancia de este lenguaje en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos,

así es que prefiero remitirlos a esa exposición. Sólo quiero mencionar que hemos comenzado a realizar estudios empíricos en esta línea tanto en cuanto a distintas técnicas de imaginación (García y Ríos, 1983) como en la relación que existe entre imágenes y trastornos psicosomáticos (Ergas y Cols, 1985).

A través de esta forma de lenguaje es como mejor podemos comunicarnos con aquello que está más adentro de nosotros mismos y que representa la posibilidad de encontrar una fuente constante de ayuda para responder a nuestras preguntas. El ponernos en contacto con ello nos posibilita el encontrar realmente quienes somos y cuál es nuestro lugar en el mundo.

Más allá de nuestro ombligo.

El siguiente aspecto tiene que ver con la otra cara de la medalla. Tan importante como la posibilidad de encontrar respuestas internas es el mirar el mundo que nos rodea y participar activamente en él. Lo que es el remedio para unos puede ser veneno para otros. Por importante que sea el aprender a conocer nuestro mundo interno, esta puede ser una forma de alienación. Muchas personas desarrollan una neurosis "de ombligo" en la que la búsqueda de pelusas provoca una irritación que provoca más búsqueda y más irritación.

Una de las metas centrales de la terapia consiste justamente, en ayudar a que la persona encuentre su lugar en el mundo, se comprometa a cuidar de él y lo haga lo más amorosamente que pueda. Esto significa ayudar a que la persona sea capaz de desatar los nudos ciegos con su familia de origen que lo hicieron ser hijo, para desarrollar nuevos lazos que lo hagan ser amigo, esposo, padre, tener un trabajo que le guste y lo haga bien, etc.

Muchos problemas de salud están ligados a la falta de pertenencia o a la pérdida de un adecuado

nicho ecológico. Muchos de los problemas de salud física y mental en Chile están ligados a los problemas de cesantía que dejan a la persona no sólo sin las posibilidades económicas que eso significa, sino también sin otros aspectos igualmente importantes como la organización del tiempo, la sensación de dignidad, autoeficiencia y pertenencia. En el mismo sentido, el exilio representa de manera más extrema aún una situación de amenaza, ya que la estructura de significados que la persona desarrolla a lo largo de su vida deja de calzar en aspectos muy importantes con la nueva realidad externa. Sin embargo, es posible para muchos sobrevivir, y más aún construir un orden más rico, flexible y amplio que el que tenía antes.

Una de las maneras de librarnos de nuestros círculos viciosos y entrar en círculos virtuosos es a través de las claves externas. Si estoy en un estado de ánimo negativo, me alejaré de aquellas claves del mundo externo que me pueden sintonizar con estados diferentes. Pero si estoy obligado a permanecer en contacto con ellas es probable que mi estado de ánimo cambie. Esto es uno de los aspectos positivos de un buen trabajo, de buenas rutinas. Esta propiedad de sintonizarnos en otros aspectos distintos a los que nos preocupan transforman al trabajo en una situación adaptativa de propiedades adictivas. En esto radica un posible aspecto negativo, el que el trabajo pase a ser una adicción y la persona en un "trabajólico". Cuando se utiliza el trabajo como fuente única se produce desordenamiento del mundo y de nuestro lugar en él. La solución está en desarrollar por igual la otra adicción complementaria, igualmente necesaria: la vida familiar, en la cual tener espacio para la intimidad, la expresión de afectos y el descanso. Amar y trabajar es la respuesta que dio Freud a la pregunta sobre la salud mental. Esta respuesta sigue siendo igualmente válida hoy. Son la forma que la vida tiene de enraizarse en otras vidas.

Una relación significativa con alguien no significativo.

Este es justamente el significado que tiene la posibilidad de intervención del terapeuta. Este es un ser humano que está en una situación muy especial y que tiene como meta ayudar a la persona a superar el punto en el cual está detenido y permitirle cumplir las metas que le corresponden. Para eso tiene que entrar a tener una gran posibilidad de poder e influencia en la vida de la persona. Esto que puede ser muy peligroso, tiene una doble salvaguarda: por una parte el poder y la influencia son usados para devolverse a las propias personas. Por otra parte, por mucha influencia que tenga el terapeuta, quien se la está entregando es la persona que consulta y en cualquier momento se la puede quitar. Por eso es que es tan importante el ser simultáneamente una relación significativa y un alguien no significativo; en el sentido que la persona nos usa y después prescinde de nosotros. Como el bastón que se abandona cuando se puede apoyar el pie. El terapeuta que pretenda transformarse en pierna no sólo no va a poder ayudar a sus pacientes sino que además lo va a pasar muy mal.

La relación con la terapeuta le permite a la persona poder explicitar su visión y entonces desarrollar una perspectiva acerca de ésta. El que el terapeuta sea una persona extraña tiene un papel fundamental para permitir esta explicitación y toma de perspectiva: Por una parte, existen menos riesgos para que la persona muestre aspectos de sí que no le gustan o teme que provoquen rechazo.

Por otra parte, el que uno como terapeuta vea las cosas desde afuera permite que uno le deje mucho más hueco a la persona que el que pueden dejarle sus amigos o pareja. Cuando uno tiene una relación cercana con una persona, los comentarios que una persona hace acerca de sí misma son percibidos por la otra como comentarios dirigidos a ella y se perciben entonces como quejas, críti-

cas o peticiones y no simplemente como expresiones o descripciones. Esto interfiere con la posibilidad de expresión del otro. Esta es una de las razones fundamentales por las que alguien necesita buscar ayuda fuera de su familia o de su círculo más próximo.

Por otra parte, el terapeuta además de "no responder", puede responder en otros roles, distintos a los que podríamos llamar las "respuestas naturales". Esto es lo que Alexander (1956), llamó "una respuesta emocional correctora" y es una de las formas más importantes a través de las cuales se modifican los círculos viciosos en los que está la persona. Así por ejemplo, frente a una persona que "se bota al suelo" para que la recojan, el terapeuta puede, en vez de darle consejo tras consejo, expresarle que no sabe qué hacer, con lo que él se bota al suelo mucho más que ella. O puede pedirle que coloque al terapeuta en una silla y que después se siente ella y se escuche imaginariamente desde ahí, y note que siente y después responda, etc. Muchos desarrollos terapéuticos se pueden señalar en este sentido, desde el concepto de transacción el Análisis Transaccional, hasta la importancia de las Técnicas Paradójicas. Podemos afirmar que lo importante no es tanto que el terapeuta use tal técnica específica, sino que, estando el paciente y el terapeuta presos en un círculo vicioso, el terapeuta tenga o pueda inventar opciones diferentes.

Otro aspecto importante de lo que aporta el terapeuta a la relación es la fe y la confianza, tanto en él como en la persona a quien ayuda. La confianza en que el cambio es posible y que aunque no conozca de antemano los medios específicos que vamos a utilizar, está seguro de poder encontrarlos. En el ejemplo de la bicicleta si uno es capaz de persistir suficientemente y proteger a la persona de caídas muy serias, la persona va a ser capaz de andar y una vez que lo haga va entrar en un círculo virtuoso.

Entonces nuestra tarea es como la de la batería y el motor de partida que suministran energía para

que ande el motor cuando este está detenido y frío. En este sentido las técnicas nuevas cumplen un papel muy importante, además de su eficacia real, ya que le dan fe al terapeuta de que va a tener un buen resultado y esto se lo comunica al paciente. De la misma manera se ha encontrado en Medicina que, incluso con intervenciones quirúrgicas, estas tienen resultados más promisorios al comenzarse a usar y ser el "boom" del momento y después van perdiendo su eficacia, hasta su eficacia "real", al desaparecer el llamado efecto placebo que era básicamente comunicado a través de la actitud del médico (Moerman, 1983).

El último aspecto que llama la atención es como al leer u observar la forma de actuar de diferentes terapeutas exitosos nos encontramos con posiciones teóricas muy diferentes, y también con estilos diferentes. Sin embargo, en forma subyacente hay un aspecto común. Cada uno de los terapeutas es clara y definitivamente él mismo; con sus defectos y virtudes pero claramente es alguien único que tiene un estilo y un sello propio. Este es un gran mensaje para el paciente. El terapeuta se transforma así en una segunda imagen paterna pero de tipo muy distinto, ya que sirve como modelo no para que la persona que consulta sea igual a él en sus características específicas sino como un modelo a imitar libremente.

Esto es en síntesis lo que significa la salud: permitirnos desarrollar al máximo esa forma particular de vida que somos cada uno de nosotros.

REFERENCIAS

- AGUIRRE, T.; FIGUEROA, J.; SCOTT, C. "Psicoterapia Eidética". Tesis EPUC, 1984.
- AHASEN, A. "Psychege: Ielp Analytic Consciousness N. Yo Brandon House 1977.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T.M. "Terapéutica Psicoanalítica" Buenos Aires, Paidós, 1956.

-
- BATESON, G. "Mind an Nature: A necesary unity". N.Y. Dutton, 1979.
- CARAFI, M.; ERGAS, S.; MOLINA, M.: "Imágenes idénticas parentales en sujetos con colon irritable". Tesis E.P.U. C., Santiago 1985.
- DILTS, R.; GRINDER, J.; BANDLER, I.; DE LOZIER, J. "Neuro-linguistic programming". Metapublications. Cupertino. California, 1980.
- GARCIA, S.; RÍOS, D.: "Pauta de Imaginería dual Kinestésica: construcción de un instrumento objetivo". Tesis para optar al título de psicólogo E.P.U.C., 1983.
- HOFFMAN, L.: "Foundations of family therapy: A conceptual framework for sistems change". N.Y. Basic Books, 1981.
- KALAWSKI, A.: "Lo real lo imaginario". Revista Chilena de Psicología V.1.III. Nº 2, 1980. Stgo.
- KALAWSKI, A.: "Algunas reflexiones sobre las emociones básicas". Rev. Terapia Psicológica Año II Nº 2 Stgo., 1983 a)
- KALAWSKI, A.: "Lenguaje Analógico y Psicoterapia, reflexiones, analogías y metáforas". Revista Chil. de Psicología, vol. 6 Nº 1, 1983. b)
- MARLATT, A.: "Trastornos adictivos: Un modelo cognitivo conductual". Rev. Terapia Psicológica Año IV Nº 5-6, Stgo., 1985.
- MOERMAN, D.: "Psysiology and Symbols: the antropological implications of the placebo affect". En: Romanucci-Ross et al: The antropology of medicine: From culture to method. N.Y. 1983.
- RINGLER, F.: "Imágenes y Psicosomática: Una aproximación sistemática". Rev. Terapia Psicológica. Año IV Nº 5-6 Stgo., 1985.

La Técnica de Diálogo de Sillas: Estado Actual

CARLOS ZALAQUETT *

SUMMARY

The structural aspects and the current state of The Two Chair Dialogue technique are presented. The origins and development, form of application, and research with this technique are described. The basic principles and the stages of conflict resolution are discussed in order to facilitate the learning, application, supervision and research with this psychotherapeutic method.

RESUMEN

Se presenta una sistematización de los aspectos estructurales y del estado actual de la técnica de Diálogo de Sillas. Se describe la técnica misma, su forma de aplicación y los resultados de las investigaciones que se han hecho sobre ésta. también se describen los principios básicos subyacentes y las etapas en la resolución de conflictos que se produce en su aplicación, todo lo cual se realiza con el objeto de facilitar su aprendizaje, aplicación, supervisión e investigación con esta técnica psicoterapéutica.

Muchas de las intervenciones terapéuticas desarrolladas en el campo de la psicoterapia son, generalmente, vistas como acciones intuitivas o artísticas que difícilmente podrían ser enseñadas de un modo sistemático. Sin embargo, y sin dejar de lado los aspectos intuitivos de una buena Psicoterapia, es posible encontrar una estructura básica en muchas de las intervenciones de terapeutas expertos (Bandler y Grinder, 1975 y 1976 y Greenberg, 1979).

El propósito de este escrito es presentar una sistematización del estado actual y los aspectos estructurales básicos de la técnica de diálogo de sillas de modo de facilitar el aprendizaje, la asesoría y la investigación de este procedimiento terapéutico.

SUS ORIGENES Y DESARROLLO

La Técnica de Diálogo de Sillas, también conocida bajo las denominaciones de técnica de la Silla Vacía (Fagan, 1974), Técnica de la Silla Caliente (Perez, 1976 y Jongeward, 1976), técnica de las Sillas (Greenberg, 1979) es la mejor conocida y más usada de las técnicas creadas en la terapia gues-táltica.

A la hora del Diálogo de Sillas están los conceptos de Partes, Polaridades y Dicotomías Internas en el individuo (para una comprensión de estos conceptos ver Zalaquett y Bagladi, 1985), desarrollados por psicoterapeutas tales como Jung (1936), Perls (76) y Shorr. La Terapia Gue-stáltica hace un uso explícito de estas ideas en su tra-

bajo con esta técnica (Perls, 1976 y Fagan, 1974), en la que se instruye al cliente a moverse entre dos sillas o posiciones las cuales representan dos aspectos o tendencias de su personalidad, que se encuentran en oposición y/o en lucha entre sí. A través de este procedimiento la persona toma conciencia de las polaridades o dicotomías existentes al interior de sí mismo y de la relación que hay entre ambas (Proceso), pudiendo reconocerlas, aceptarlas, asumirlas y llevar a integrarlas (Zalaquett y Bagladi, 1985).

En términos descriptivos durante la aplicación de esta técnica la persona que está ocupada por otra persona significativa (Lazarus, 1981), por una parte de la propia personalidad (ya sea una parte de sí mismo, una parte u órgano del cuerpo), un elemento de un sueño (Kertesz e Indemi, 1981) o una proyección de sus propios impulsos (Greenberg, 1983) o fantasías internas. La persona comienza diciendo, increpando, acusando o preguntando algo al imaginario ocupante de la silla vacía. Luego se cambia y asume lo representado en esta silla, dirigiendo todos sus comentarios hacia la silla que ocupaba antes, como si dialogara con ella. De nuevo la persona cambia de silla y vuelve a ser él/ella y continúa el diálogo, cambiándose de una silla a otra mientras va asumiendo cada uno de los aspectos representados, lo que continúa hasta que se logra alguna resolución.

Esta técnica que inicialmente se usó en Psicoterapia de Grupo (Perls, 1976 y Stephenson, 1975) ha llegado a ser muy popular también en psicoterapia individual y

NOTA: El presente artículo está basado en la ponencia "La Técnica del Diálogo de Sillas: Estado Actual", presentada en el V Congreso Nacional de Psi-

cólogos Clínicos, Santiago 1985, y cuenta con la autorización de la Sociedad para su publicación.

(*) Avda. Vic. Mackenna 4860, Esc. de Psicología.

su uso se ha extendido a distintos enfoques psicoterapéuticos pudiéndole encontrar actualmente en el armamentarium de la Terapia Multimodal (Lazarus, 1976 y 1981). La Terapia Asertiva (Mac Neilage y Adams, 1979), en Análisis Transaccional (James y Gongeward, 1976 y Kertesz e Indumi, 1981); en el Método Transaccional Gueztáltico (Diez Benavidez, 1977); en Psicoterapia Integral (Kalawski et al, 1985) y en Consejería Psicológica Centrada en la Persona (Greenberg, 1979 y 1983), por ejemplo.

APLICACION DE LA TECNICA DE DIALOGO DE SILLAS

El primer paso para la aplicación de esta técnica consiste en el reconocimiento de un conflicto o dicotomía interna en el funcionamiento de la persona, es decir, reconocer la existencia de una división al interior de la persona en la que sus partes internas aparecen como fuerza independientes, opuestas y compitiendo o luchando entre sí (Zalaquett y Bagladi, 1985). Dicho reconocimiento se apoya básicamente en la habilidad perceptual del Terapeuta, quien hace un "diagnóstico del proceso" que vive su cliente, identificando las claves verbales y/o, no-verbales del conflicto interno de la persona.

Generalmente este conflicto puede aparecer en las descripciones que el cliente hace de sí mismo, como por ejemplo "yo quiero hacerlo, pero no puedo" o "soy como dos personas, una que quiere expresar lo que siente y otra que no lo permite". O en su postura corporal y conductas una mano apretando y golpeando a la otra. O en discrepancias entre sus verbalizaciones y lo que expresa no-verbalmente; la persona dice "me gustan" mientras corporalmente se pone tensa y se inclina hacia atrás.

En estos casos la persona no puede escoger una opción de comportamiento sino que se encuentra tironeada entre dos alternativas. Vive la experiencia de dos partes de sí misma divididas y en oposi-

ción, en vez de vivir la experiencia de un yo integrador.

Las variedades de conflictos polares o dicotomías internas pueden ser infinitas, sin embargo, a menudo toman una de las siguientes formas, que difieren entre sí en la forma de la relación entre las partes de la persona y en la experiencia subjetiva de la dicotomía (adaptado de Greenberg, 1979):

a) Dicotomía Sujeto/objeto:

En este primer tipo de dicotomía se observa dos aspectos parciales de la personalidad que están en una relación sujeto-objeto entre sí. Una parte interna (el sujeto) hace algo de lo cual la otra parte es receptora u observadora. En este caso la persona se identifica con uno solo de los aspectos en juego. La clave relacional es un pronombre como "yo" o "mi mismo" que indica el aspecto de la personalidad que es objeto. La experiencia subjetiva es un proceso o un contenido clave que indica descontento o exasperación con la conducta en que la persona está realizando, por ejemplo: "yo me critico a mí mismo", "yo me freno a mí mismo y no me dejo sentir".

b) Dicotomía Atribucional:

En este tipo de dicotomía un sentimiento, que es propio de la persona, es atribuido a un sujeto u objeto externo. La clave relacional es el uso de la tercera persona o un indicador experienciado subjetivamente de dos maneras.

b1) Atribución de oposición: La atribución se refiere a actitudes o sentimientos manifestados por una tercera persona. La experiencia subjetiva se expresa en procesos o palabras claves que indican un desacuerdo o molestia o lucha con una tercera persona con la cual el cliente se haya involucrado, por ejemplo: "mi padre me dice que debo ayudar en el negocio y trato de decirle que a mí no me sirve de nada" o

"mi madre me dice que debo terminar la universidad y no lo logro que entienda que no aprendo nada".

b2) Atribución de agente: En esta dicotomía la persona "entrega" su poder al medio ambiente y, entonces, se siente alienada o dominada por aquél. La experiencia subjetiva es de pasividad, la persona siente que algo le es hecho a ella por una tercera persona o que ésta tiene el control. Por ejemplo, "ella me hace sentir apenado, o enrabado, o etc. ..." o "yo necesito que me hagas sentir feliz o vital", "el cigarrillo me está matando".

c) Conflicto Dicotómico:

En este tipo de dicotomía se observa que dos aspectos parciales de la personalidad se encuentran en oposición o en lucha. La clave relacional es una o más palabras que indican que una de las partes está en contra de la otra ("pero"; "sin embargo"; "de no ser así"; "sí, pero"). La experiencia subjetiva en este tipo de dicotomía es de lucha, está indicado por un proceso y contenidos claves como "debo", "tengo que", "deseo". Por ejemplo: "Yo debo ser más tolerante y sin embargo no puedo" o "sé que tengo que expresarle mi afecto, pero creo que no seré capaz", o "sé que quiero llorar, pero no me lo permito".

COMO COMENZAR EL DIALOGO DE SILLAS

Una vez que se ha planteado la existencia de un conflicto dicotómico (explicitado por el cliente, o percibido por el terapeuta) el terapeuta puede plantearle directamente a su cliente la realización de una experiencia de diálogo de sillas. También puede introducirla a medida que se va desarrollando la sesión, sugiriendo la existencia de distintos aspectos dicotomizados. O bien puede plantearlos

hablando en términos potenciales, diciendo, por ejemplo: "es como si hubieran dos Verónicas aquí...", dejando en un principio que el cliente hable acerca de éstas y luego pidiéndole que las asuma y trabaje en primera persona.

Las investigaciones actuales sugieren que la tarea del terapeuta es promover el "experimentar o darse cuenta" en una silla y el criticismo y las proyecciones en la otra (Greenberg, 1979 y 1980), lo que es similar al planteamiento original de Perls (1976) acerca de la relación del perro de arriba versus el perro de abajo. En los estudios desarrollados por Greenberg (1979 y 1981), se plantea la existencia de una "silla de la experiencia" en la que se aloja la parte de la persona que es más similar a la idea de organismo o self. Cuando el diálogo progresa esta parte pasa desde excusarse y oponerse pasivamente, hacia un proceso de exploración interna y experiencia (en las investigaciones citadas esta parte llega a estar más comprometida en un diálogo a un nivel más profundo de experiencia y usa una voz más focalizada y profunda). La "Otra Silla" en cambio está llena de objetos internos (con las proyecciones de la persona y la otra gente u objetos). La persona habla desde la "Otra Silla" como si ella fuera sus objetos internos y sus representaciones del mundo (su voz es más externa y se observan niveles bajos de experiencia), enfrente de los cuales el organismo o sí mismo en la "Silla de la Experienciación" reacciona o siente (Greenberg, 1983).

PRINCIPIO SUBYACENTE O LA TÉCNICA DE DIALOGO DE SILLAS

Cuando el terapeuta ya ha reconocido la parte experienciante (en la "Silla de la Experienciación") y la otra parte (en la "Otra Silla") puede seguir los siguientes principios subyacentes a esta técnica, que le permitirán una intervención "momento a momento" del diálogo y le ayudarán a guiarlo hacia una adecuada resolución (Greenberg, 1979):

1) Mantención del Límite y el Contacto:

Esta es la meta esencial del trabajo de diálogo de sillar: tener ambas partes claramente separadas y haciendo un contacto una con la otra.

El terapeuta interviene cuando el diálogo se desvía o interfiere, a fin de mantener la relación dinámica entre las partes.

Esta continua separación y contacto sirve para profundizar el proceso terapéutico, definiendo la naturaleza del conflicto dicotómico.

Cuando se percibe la dicotomía el terapeuta puede estimular la formación del límite y el contacto entre las partes trabajando con la persona de modo de:

a) Lograr que obtenga la "sensación" de la parte:

C: "Parece como si tuviera dos partes, una activa y una pasiva"
T.: "Dígame algunas de las cosas que le gusta hacer a su parte activa".

En esta intervención el terapeuta sugiere que la persona hable como si fuera una parte de modo de tener una penetración con ésta.

C: "Hay un montón de gente en el mundo a la que no le importa nada".

T: "Sé ellos, tómate un poco de tiempo y haz como si pudieras tener la sensación de ser ellos".

En esta intervención el terapeuta busca separar dos lados. La persona y el mundo pidiéndole a la persona que sea uno de los lados en la otra silla.

b) Contacto:

C: "No me gusta la forma en que esta parte de mí hace las cosas".

T: "Ahora dígame eso a su otra parte. Ella está aquí, exprésesele".

En esta intervención el terapeuta sugiere que la parte en la otra silla le hable directamente a sí misma.

C: (a la silla de la experienciación)

"Yo creo que tú debes dejar de quejarte, acepta la situación".

T: "Ahora siéntese en esta silla y dígame a él como se siente con lo que le ha dicho".

En esta intervención el terapeuta interviene en el diálogo para darle a la parte de la silla de la experienciación una oportunidad para responder.

C) Definiendo las diferencias:

Muchas veces se pierden los límites y las partes se confunden (lo que Perls define como un estado de confluencia, 1976, produciéndose un colapso de ambos lados poniéndose de acuerdo, pero sin haber logrado una integración).

C: "Sí, estamos de acuerdo en que la parte débil deje de participar" o

C: "Yo quiero que esa parte se vaya lejos".

Una manera de lograr superar la situación es pidiéndole a la persona que asuma el rol opuesto en vez de estar de acuerdo en eliminar a una parte.

Otra forma es establecer que ambas partes no conocen sus diferencias, por eso no pueden trabajar juntas y luego se le pide a cada parte que defina sus diferencias y lo explique a la otra lo cual implica la resolución del impasse.

2) Responsabilidad:

Muchas veces las personas evitan tomar contacto o asumir determinados aspectos de su personalidad. Así, la irritación aquí es a que la persona se identifique y haga propios aquellos aspectos de sí misma que evita. Los siguientes modos específicos de intervención tienen por objetivo que la persona se haga responsable:

a) Reconocimiento o Asumir a adueñarse:

A través del diálogo el terapeuta interviene para hacer que la persona hable en primera persona singular de

tal modo de asumir lo que está diciendo en el diálogo. Es distinto decir "Me siento apenado" que "esto es una pena".

b) **Congruencia:**

Se le pide a la persona que sea congruente en cada rol que representa de tal modo de lograr expresarlo lo más coherentemente posible.

c) **Identificación:**

Se le pide a la persona que se identifique con cada parte de su experiencia, su nudo en el estómago, su confusión, e incluso sus resistencias, transformándolas en actividad.

3) **Atención:**

El terapeuta deja a un lado el rol de transformador y simplemente alienta que el cliente tome conciencia de lo que está haciendo o sintiendo en ese momento. Guía al cliente para que lleve su foco de atención a aspectos particulares de su experiencia, preguntándole "de qué se da cuenta" o "siente lo que está haciendo", o lo alienta a permanecer con lo que está sintiendo o pensando, en vez de alejarse o evitarlos. Esto implica dos aspectos distintos:

a) **Focalización:** establecer un foco interno de atención, en vez de atender a la conducta visible y, b) **cambio de perspectiva:** cuando la conducta del cliente difiere de cómo lo está diciendo, el terapeuta interviene pidiendo al cliente que cambie la perspectiva y atiende a aquello que está fuera de su atención en ese momento.

4) **Intensificar o Amplificar:**

La meta del terapeuta es elevar el nivel de experiencia o darse cuenta del cliente, lo que realiza trabajando con el cliente para que amplifique los aspectos esenciales de su conflicto. Esto lo hace a través de los siguientes métodos:

a) **Exageración y Repetición:** se le pide al cliente que

exagere o repita cualquier aspecto de la interacción entre sus polos. ¡Te odio!

b) **Dramatización:** se le pide que actúe o dramatice las diferentes partes del conflicto, lo que le lleva a aumentar su nivel de darse cuenta y su involucramiento con cada uno de éstos.

c) **Retroalimentación:** con el objeto de amplificar la experiencia el terapeuta puede hacer explícito lo que está implícito o simbolizando en el diálogo. Esto siempre se hace en la forma de una observación y no como interpretación.

5) **Expresión:**

La meta aquí es llevar a la expresión ciertos aspectos de la experiencia, a través del hacer. Se busca la expresión tanto de los contenidos particulares (el que), como del proceso (el cómo) que se observen en el diálogo. Esto se realiza a través de dos tipos de intervenciones:

a) **Particularidad:** la expresión de contenidos particulares del diálogo interno o de la experiencia dan concreción y firmeza al proceso. El expresar (diálogo) llevar por una parte a un contacto activo y directo entre las partes y por otra aumenta la posibilidad de profundizarlo, todo lo cual apunta a la posibilidad de integración.

b) **Estilo:** lo que la persona dice en cada silla puede ser observado y puede llegar a clasificarse el estilo de expresión de cada parte, incluso pudiendo denominárselas, como por ejemplo, el agresivo, y el pasivo, el fuerte y el débil, lo que puede retroalimentar al diálogo en ese momento. Así, las diferentes facetas del modo de ser y relacionarse consigo mismo del cliente se pueden expresar, reconocer y, finalmente integrar.

Estos cinco principios expuestos definen en conjunto una estructu-

ra básica de las operaciones del terapeuta (Greenberg, 1979).

Etapas en el proceso de resolución de los Conflictos Dicotómicos.

Así, la técnica de Diálogo de Sillas realizada siguiendo la estructura básica presentada, puede llevar a la resolución de los conflictos dicotómicos en las personas que buscan ayuda psicoterapéutica.

Tal resolución se produce a través de tres etapas definidas (Greenberg, 1983), siendo la primera de éstas:

a) **La etapa de la oposición:** Caracterizada por una relación de oposición entre dos partes del individuo. Después viene la etapa de la;

b) **Profundización:** en ésta se establecen claramente ambos lados de la dicotomía y se busca que cada parte se exprese lo más completamente posible. Y por último se produce;

c) **La fase de Integración:** en la cual se produce una relación o negociación entre ambos lados de la personalidad, en la cual se escuchan mutuamente, se entienden y aceptan uno al otro, lográndose una resolución en la que se reconcilian ambos aspectos opuestos.

Todo este proceso puede ser llevado a cabo en un breve o en un largo tiempo (más de una hora de sesión) e incluso puede no lograrse en ocasiones, produciéndose un impasse. En esta última situación el terapeuta puede dar como tarea para la semana el que la persona observe sus polos, volviéndolos a retomar en la sesión siguiente.

Investigaciones realizadas sobre esta Técnica

En general, las investigaciones realizadas sobre esta técnica demuestran su utilidad y eficacia en el trabajo psicoterapéutico.

Bohart, en 1977, encontró que el role-playing y la técnica de diálogo de sillas fue más efectiva para reducir la rabia, las actitudes

hostiles, las conductas de agresión que en el análisis intelectual o las técnicas de descarga emocional

Greenberg en 1979 encontró que este procedimiento aplicado a conflictos internos ($n = 3$) llevaba a niveles de profundización en la experiencia que eran más significativos que los logrados a través de respuestas empáticas. En un estudio posterior (1979) una muestra de 17ss encontró los mismos resultados. También comparó en otra investigación (Greenberg y Higgins, 1980) esta técnica con la Técnica de Focusing y desarrollada por E. Gendlin, encontrando un mayor grado de profundización en la experiencia con la primera, siendo en todo caso ambas más efectivas que el no recibir tratamiento.

Conoley y colaboradores (1983) encontraron útil el uso de la técnica de diálogo de sillas y del ABC de la Terapia Racional-Emotiva en la reducción de la rabia.

Algunas precauciones en la aplicación de esta técnica:

- 1) Es importante tener experiencia y entrenamiento previo antes de usar esta técnica.
- 2) Se debe estar preparado para la aparición de fuertes respuestas emocionales y se debe contar con la posibilidad de hacer un adecuado seguimiento y apoyo hasta que se llegue a una interacción.
- 3) Es apropiado actuar cuidadosamente cuando se produzcan dificultades. Si tiene dudas "haga menos que más" y vaya dando pequeños pasos en vez de tratar de lograr mucho y correr el riesgo de producir una crisis
- 4) Si está dudoso o confundido acerca de lo que la persona está diciendo o haciendo busque aclararse antes de hacer otras cosas
- Y, por último,
- 5) Si se dan los adecuados resguardos, experimente, cree y siga su propia experiencia en el desarrollo y aplicación de esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

- Bandler, R. y Grinder, J. *The Structure of Magic I*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1975.
- Conoley, C.; Conoley, J.; McConnell, J. y Kimzey, C. *The effect of the ABC of Rational Emotive Therapy and the Empty-Chair Technique of Gestalt Therapy on Anger Reduction*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 1, 112-117, 1983.
- Diez Benavidez, M. *Método Transaccional Gestáltico*. México, Diana, 1977.
- Fagan, J. *Critical Incidents in the Empty-Chair*. *The Counseling Psychologist*, Vol. 4, 33-42, 1974.
- Greenberg, L. *Resolving Splits: use of the Two-Chair Technique*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 16, No 3, 316-24, 1979.
- Greenberg, L. *Toward a Task Analysis of Conflict Resolution in Gestalt Therapy*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 20, No 2, 201, 1983.
- Greenberg, L. y Clarke, K. *Differential Effects of the Two-Chair Experiment and Empathic Reflections at a Conflict Market*. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 26, No 1, 1-8, 1979.
- Greenberg, L. y Higgins, M. *Effects of Two-Chair Dialogue and Focusing on Conflict Resolution*. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 27, No 3, 221-24, 1980.
- Greenberg, L. y Rice, L. *The Specific Effects of A Gestalt Intervention*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 18, No 1, 31-37, 1981.
- Grinder, J. y Bandler, R. *The Structure of Magic II*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1976.
- James, M. y Jongeward, D. *Nacidos para triunfar*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1976.
- Jung, C.G. *El yo y lo inconsciente*. Barcelona: Luis Miradu, 1936.
- Kalawski, A.; Espinosa, V.; Ringler, F.; Winkler, M.; Bagladi, V. y Zalaquett, C. *Curso Psicoterapia Integral*. Escuela de Psicología. P. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1985.
- Kertész, R. e Indumi, G. *Manual de Análisis Transaccional*. Buenos Aires: Conantal, 1981.
- Lazarus, A. *Multimodal Behavior Therapy*. New York: Springer, 1976.
- Lazarus, A. *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- MacNeilage, L. y Adams, K. *The Method of Contrasted Role-Plays: an insight-oriented model for role-playing in assertiveness training group*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 16, No 2, 158-71, 1979.
- Perls, F. *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette: Real People Press, 1969.
- Perls, F. *La Terapia Gestáltica y Testimonios de Terapia*. Santiago: Cuatro Vientos, 1976.
- Perls, F. *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago: Cuatro Vientos, 1976.
- Shorr, J. *Dual Imagery*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 13, No 3, 1976.
- Shostrom, E. *Man the Manipulator*. Nashville: Abingdon, Pr, 1967.
- Stephenson, F.D. *Gestalt Therapy Primer*. Springfield: Charles C. Thomas, 1975.
- Yonteff, G. *A Review of the Practice y Gestalt Therapy*. En F. Stephenson (Ed.) *Gestalt Therapy Primer*. Springfield: Charles C. Thomas, 1975.
- Yonteff, G. y Sinkin, J. *Optalt Therapy En: R. Corini: Current Psychoterapy*. Illinois: Itasca, 1984.
- Zalaquett, C. y Bagladi, V. *Partes, Polaridades y Dicotomías internas*. *Revista Terapia Psicológica*, en Prensa, 1985.

Psiquiatría Folklórica de Chile

ESTUDIO ANTROPOLOGICO DE SEIS ENFERMEDADES VIGENTES*

María Ester Grebe
José Segura

RESUMEN

Seis son las principales enfermedades tradicionales de la psiquiatría folklórica chilena: el susto, los celos, las pataletas, la pensión, el tabacazo y el espiritismo. Todas ellas parecen provenir de la patología popular española del medioevo y del renacimiento, con algún ingrediente indoamericano. Un estudio realizado en 200 pacientes internados en un hospital de Santiago, revela ciertas particularidades de cada una de estas enfermedades y su correspondencia con los cuadros clínicos de la moderna psiquiatría científica. Su alta y pareja frecuencia total hace pensar en la necesidad de que los planes de salud mental, programados por psicólogos y psiquiatras académicos,

tengan en cuenta estas singularidades psicopatológicas, de extracción popular, para ser realmente efectivos en la población general.

SUMMARY

Six psychiatric diseases are described in by the Chilean folk society, including diagnosis, prevention and therapeutics in the folk culture. There are important relations between layman or popular and "scientific" psychiatry. At the same time, it appears necessary to analyse more deeply the ethnocentrism among both psychiatrists and psychologists. A best communication with the popular world, is so relevant in Latin America.

tento de comprender y dar una solución autónoma e inmediata a ciertos problemas comunes inherentes a la salud mental.

Los conceptos populares de enfermedad centrados en categorías psicológicas poseen fuerte vigencia y amplia dispersión geográfica en América Latina. Ellos implican "el reconocimiento que la gente otorga al hecho de que emociones intensas como una gran decepción, un fuerte disgusto, los celos o rivalidades entre niños, sean causa de enfermedad" (Foster 1952; pág. 286). Uno de los casos de mayor frecuencia y difusión en América latina es el susto o espanto, el cual "se interpreta como enfermedad y como causa potencial de muerte" originada por "haber extraviado el alma del cuerpo como resultado de una impresión o susto" (Foster 1967, pág. 31).

I. Introducción. Un análisis antropológico preliminar de la medicina folklórica chilena —focalizado en la configuración compleja de sus creencias, conocimientos y prácticas— señala la presencia de un importante grupo de enfermedades tradicionales relacionadas con diversos desórdenes psíquicos que alteran el comportamiento humano normal. Más aún, sus esquemas sintomatológicos descritos por la comunidad corresponden con relativa precisión a conocidos cuadros psiquiátricos. Tanto sus ideas y creencias etiológicas, como sus prácticas terapéuticas y profilácticas, derivan, ya sea de conocimientos empíricos o de esquemas de pensamiento mágico-religioso, pertenecientes ambos a la antiquísima cadena de testimonios de la tradición oral hispanoamericana y

a sus vinculaciones posteriores con las culturas indoamericanas. Estas enfermedades son principalmente seis, conociéndose por medio de los nombres tradicionales de susto, celos, pataletas, pensión, tabacazo y espiritismo. Ellas se relacionan claramente con algunos cuadros clínicos comunes, tales como estados y crisis de angustia, celotipias, crisis epilépticas o histéricas, "rabieta" del niño, estados depresivos, crisis de agitación psicomotora y síndrome de privación en el alcohólico. A pesar de estas equivalencias, las enfermedades folklóricas antedichas permanecen, en la práctica, escindidas de la psiquiatría científica. Su perdurabilidad y fuerte vigencia actual revelan que ellas cubren una necesidad imperiosa de las comunidades chilenas obreras y campesinas, en su in-

Al formar parte integral de la medicina tradicional latinoamericana de origen hispánico, la psiquiatría folklórica chilena comparte con ella una base cultural común. Por tanto, los componentes característicos de las enfermedades que estudiamos provienen principalmente del rico legado de la medicina folklórica española medieval y renacentista transportada al continente americano durante los períodos de la Conquista y Colonia (Grebe et al., 1971, pág. 208). Derivan, en segundo lugar, de conceptos de la medicina oficial española de los siglos XVI al XVIII, heredera de las teorías hipocráticas, galénicas y árabes, cuya base

* Este artículo fue publicado originalmente en la Revista *Acta Psiquiátrica-Psicológica de América Latina*. Buenos Aires 1974, 20, 367. Agradecemos al Dr. Guillermo Vidal, director de esa Revista, la autorización de esta reimpresión.

fundamental reside en la patología humoral ¹. recibe, por último, la influencia discreta de algunos elementos provenientes de la medicina aborígen indoamericana ².

Con la llegada de los españoles a América, se inicia la gradual difusión de las prácticas médicas europeas, de origen tanto folklórico como docto, produciéndose sucesivamente los siguientes hechos:

1. Fusión gradual de la medicina europea con aquellos elementos compatibles de la medicina nativa.

2. Folklorización de documentos doctos que contribuyen a popularizar ciertas prácticas médicas europeas, a lo cual contribuyen especialmente los misioneros ³. Con el tiempo, el pueblo los adopta y comienza a transmitirlos oralmente.

3. Cristalización cultural de los modelos traídos durante el período de la Conquista. Al aceptarse éstos en calidad de préstamos culturales, se produce una reducción de su complejidad, una simplificación de sus formas y contenidos, una integración de los mismos en el nuevo medio y una tendencia a resistir cambios ulteriores (Foster 1960).

Respondiendo al antedicho encadenamiento de hechos históricos, la psiquiatría folklórica chilena presenta una naturaleza simple y arcaica. Su estudio revela la presencia de diversos componentes y relaciones colaterales que, debido a su heterogeneidad, extensión, dificultad o ambigüedad han sido excluidos del presente trabajo. Entre dichos aspectos cabe mencionar, en primer lugar, la familia de las enfermedades que reciben las denominaciones de mal, daño o brujería, las cuales incluyen diversas especies o variedades que invo-

lucran relaciones con creencias mágicas y prácticas de hechicería o brujería, las que a su vez, desencadenan con frecuencia estados de pánico, miedo o ansiedad y conflictos en el grupo afectado; en segundo lugar, las enfermedades folklóricas asociadas a síntomas psicósomáticos; en tercer lugar, el estudio de la terminología psiquiátrica folklórica, el refranero alusivo y la pintoresca terapéutica basada en recetas coloniales empíricas y los consabidos "secretos de naturaleza"; en cuarto lugar, la actividad, pautas culturales y actitudes psicoterapéuticas de las portadoras de la psiquiatría folklórica: meicas, yerbateras y entendidas; y, por último, sus relaciones con la medicina aborígen mapuche y su rico acervo de implicancias mágicas, rituales, herbolarias y psicoterapéuticas gobernadas por su principal exponente: la machi. Todos estos tópicos requieren estudios separados debido a su excesiva amplitud y naturaleza específica.

En un nivel general, el objetivo del presente trabajo se circunscribe a realizar un estudio descriptivo esquemático de seis enfermedades folklóricas—susto, celos, pataletas, pensión, tabacazo y espiritismo— las cuales presentan como rasgos dominantes una sintomatología psíquica o psicósomática y una etiología predominantemente empírica, puesto que los componentes etiológicos de tipo mágico-religioso están en la práctica subordinadas en ellas. En un nivel específico, los objetivos son: a) determinar la vigencia de cada una de las seis enfermedades; b) perfilar los prototipos etiológicos, sintomatológicos y diagnósticos, terapéuticos y profilácticos de cada una; y c) elaborar un paralelo folklórico-científico a partir de los

respectivos cuadros sintomatológicos y diagnósticos.

Creemos que este trabajo puede contribuir a facilitar tanto las labores del psiquiatra clínico, como las del educador sanitario orientado hacia la salud mental, y la de aquellos miembros del equipo de salud involucrados en la prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades mentales. Sabemos que el reconocimiento de estas enfermedades "tiene lugar, generalmente, en el contexto de la comunidad; por tanto, deberíamos comprender cómo el público forma sus concepciones de enfermedad mental" (Mechanic 1969, pág. 23). Sabemos, además, que con frecuencia "muchas condiciones psiquiátricas son definidas, no por la persona misma, sino por otros en la comunidad que notan comportamiento extravagante de la persona o su fracaso para encontrar las normas esperadas" (ibid., pág. 73). Además, hay múltiples evidencias de la resistencia para aceptar que los problemas psicológicos o psiquiátricos merecen la atención del especialista, lo cual crea "una profunda barrera para recibir atención" (ibid., pág. 26). Por tanto, una descripción sistemática de las enfermedades-tipo vigentes, diagnosticadas y tratadas por la comunidad obrera y campesina, contribuiría no sólo a despejar incógnitas de conocimiento sino también a favorecer una orientación más realista de parte de los equipos psiquiátricos y de salud mental en Chile.

A los efectos del presente trabajo se utilizará la siguiente definición de los desórdenes psíquicos, aplicada a las enfermedades folklóricas que estudiamos: "Tentativas ineficaces para conciliar las experiencias del mundo y los modos de

1) De acuerdo a la antigua teoría de la patología humoral de Hipócrates y Galeno, de dos milenios de antigüedad, "había salud si los cuatro humores, sangre, linfa, bilis amarilla y bilis negra, guardaban las proporciones debidas en el cuerpo. Este equilibrio se mantenía por una distribución apropiada de los cuatro elementos dentro del cuerpo caracterizándose cada uno de ellos por cualidades opuestas de calor, de frío, de humedad y sequedad" (Foster 1952, pág. 284).

2) Dicha influencia se aprecia en la medicina herbolaria chilena, en algunas creencias etiológicas mágicas tales como ciertas variedades del concepto de mal —el mal tirado, el mal en bebidas o alimentos, etc.— y en algunos mitos etiológicos tales como el *choñochoñ*.

3) Revítese, al respecto, a Laval (1953) y Costa (1961). Este último autor proporciona una lista de los libros sobre medicina y farmacopea contenidos en la biblioteca del jesuita José Zeither durante el siglo XVIII.

organizar el comportamiento divergente biológico, psicológico y cultural" (Devereux 1970, pág. 92).

II. Material y método. De acuerdo con los objetivos específicos del presente trabajo, se ha utilizado en él dos muestras correlacionadas elegidas al azar: una amplia de 200 individuos —100 hombres y 100 mujeres— para el estudio de vigencia de las enfermedades estudiadas; y una restringida de 60 individuos —40 mujeres y 20 hombres— para el estudio descriptivo de cada enfermedad. Ambas muestras están íntimamente relacionadas, tanto por estar compuestas exclusivamente por pacientes hospitalizados en el Hospital José Joaquín Aguirre de Santiago, como por ser la segunda una parte integral de la primera muestra mayor de 200 sujetos. Estos últimos se eligieron al azar, incluyéndose el total de los pacientes ubicados en varias salas comunes cuyas condiciones de salud posibilitan su participación. Los 60 sujetos de la muestra restringida fueron elegidos sorteando a un sujeto de cada sala que participó en el trabajo de vigencia.

Los 60 sujetos de la muestra restringida poseen las siguientes características:

1. Sus edades fluctúan entre los 15 y 77 años, predominando aquellas entre los 30 y 69 años, hecho concordante con las edades más frecuentes de los enfermos que ingresan a un hospital de adultos.

2. La distribución por sexo es de 40 mujeres y 20 hombres, lo cual se justifica por haberse evidenciado un desnivel cualitativo en las informaciones masculinas unidas a un menor deseo de cooperar. Esto es fácilmente explicable, puesto que los portadores de los conocimientos, creencias y prácticas médico-folkloricas son las mujeres y, en especial, las madres desde el nacimiento de su primer hijo, las cuales tienen a su cargo las labores domésticas de su hogar incluyendo la preparación de alimentos y

de pociones curativas.

3. De acuerdo al grado de instrucción, la muestra se divide en dos grupos: 50 alfabetos y 10 analfabetos, predominando en los primeros la enseñanza básica incompleta o completa.

4. Las ocupaciones de los entrevistados se concentran en diversas labores obreras, en el caso de los hombres, y labores u oficios ligados al trabajo hogareño, en el caso de las mujeres.

5. De acuerdo al origen (lugar de nacimiento), la muestra es heterogénea, puesto que sólo 19 sujetos son originarios del Gran Santiago y sus alrededores; el resto se dispersa en regiones rurales y urbanas ubicadas desde Arica a Punta Arenas.

6. En relación a su residencia actual, 41 entrevistados se ubican en Santiago y los 19 restantes en otros lugares geográficos de Chile.

En el desarrollo general del trabajo ha primado una ordenación metodológica inductiva, es decir, a partir de los indicadores proporcionados por el material registrado y procesado, emergieron los resultados y sus correspondientes conclusiones. Dos simples instrumentos de terreno fueron empleados en la fase de recolección de datos empíricos. Con el fin de verificar la vigencia de las enfermedades estudiadas, se diseñó una ficha que contenía una lista de enfermedades folklóricas contempladas con casilleros que el propio individuo marcaba en el caso de haber atestado su vigencia. Para el estudio descriptivo de cada una de las seis enfermedades estudiadas se utilizó una entrevista semiestructurada, destinada a indagar tanto algunos datos generales de cada entrevistado como acerca de la etiología, sintomatología y diagnóstico, terapéutica, profilaxis, agente de salud elegido y posible acceso a la medicina científica. En dicha fase se otorgó especial cuidado e importancia al establecimiento del rapport, a la comunicación por medio de un nivel de lenguaje adecuado y al registro manuscrito inmediato, lo más textual posible, del material informado.

III. RESULTADOS

A. Vigencia. Presentamos, en primer término, los resultados del estudio de vigencia de las seis enfermedades estudiadas realizado con una muestra de 200 individuos (100 hombres y 100 mujeres), todos ellos pacientes hospitalizados en el Hospital José Joaquín Aguirre durante los años 1971 y 1972.

Las cifras porcentuales del Cuadro Nº 1 asignan una vigencia total, alta y pareja, a las seis enfermedades folklóricas, puesto que todas ellas suben de los dos tercios de la muestra total. Es posible explicar estos resultados atendiendo a los siguientes hechos:

a) La falta de conciencia de enfermedad, por parte de la comunidad chilena, con respecto a diversas enfermedades mentales en general y al alcoholismo en particular, factor que contribuye a reforzar la persistencia de las enfermedades folklóricas relacionadas con sintomatologías psíquicas o psicosomáticas.

b) La resistencia de numerosos individuos a requerir atención psiquiátrica, por creer que los trastornos psicológicos y el comportamiento divergente derivan, ya de malos instintos o debilidades humanas, ya de causas exógenas diversas de origen empírico o mágico, no mereciendo, por tanto, una consulta médica, puesto que sus síntomas "pasan solos" en muchos casos.

c) La creencia de que el médico no conoce ni es capaz de reconocer estas enfermedades y que, en consecuencia, no puede curarlas.

d) La utilización de la cómoda y barata medicina casera en los casos de crisis; y el acceso a la meica, yerbatera o entendida en los casos de persistencia o cronicidad de síntomas, agentes de salud que se encargan de reforzar y/o introducir conocimientos, creencias y prácticas tradicionales a su paciente y, a través de éste, a su grupo familiar y comunidad.

A pesar de no existir diferencias de importancia entre los datos sobre vigencia proporcionados por

CUADRO 1. Vigencia en las seis enfermedades

Enfermedades folklóricas	Hombres	Vigencia Mujeres	Vigencia total
Susto	41,00/o	44,00/o	85,00/o
Celos	40,00/o	37,50/o	77,50/o
Pataletas	36,50/o	39,00/o	75,50/o
Pensión	32,50/o	42,00/o	74,50/o
Tabacazo	37,00/o	33,50/o	70,50/o
Espirituamiento	34,00/o	34,00/o	68,00/o

hombres y mujeres, el Cuadro No 1 revela la existencia de dos grupos de enfermedades: uno, un poco más conocido por las mujeres —susto, pataletas y pensión— y otro, que evidencia un conocimiento ligeramente mayor de parte de los hombres —celos y tabacazo—. Ambos grupos de enfermedades parecerían ser respectivamente más frecuentes en mujeres y hombres.

B. Las seis enfermedades. Como producto del análisis descriptivo detallado del material recogido, presentamos, a continuación, los resultados de mayor relevancia, significación y frecuencia concernientes a cada una de las seis enfermedades investigadas. Las cifras colocadas entre paréntesis al lado del dato indican el número de veces que éste fue mencionado por los entrevistados.

1. Susto o espanto ⁴.

Esta enfermedad se destaca sobre las cinco restantes por poseer no sólo mayor vigencia, sino también una vasta dispersión geográfica en Chile y Latinoamérica ⁵. El susto recibe, además, otras denominaciones sinónimas: **espanto**, término de menor frecuencia ac-

tual en nuestro país, aunque en el pasado fue común (Vicuña Cifuentes 1947, pág. 119) y posee aún fuerte vigencia en diversos países hispanoamericanos; **espirituamiento**, término que en Chile suele utilizarse como sinónimo de **susto**, o de una de sus especies o variedades; y **miedo**, término empleado en la medicina folklórica española (Castillo de Lucas 1958, pág. 459).

1.1. Etiología. El susto o espanto, al cual se atribuye mayor frecuencia entre niños y personas adultas impresionables, nerviosas o temerosas, reconoce dos causas empíricas principales: ver o percibir algo extraño, insólito o sorprendente (38) y recibir un susto provocado intencionalmente por otros con finalidades terapéuticas o dídacticas (7) ⁶; y una tercera causa mágica minoritaria: ver espíritus, fantasmas o apariciones (3), visiones (2) o ánimas (1). La primera de las causas empíricas es común y se ilustra con exactitud por medio de la siguiente información textual: "Una cosa que a uno lo toma de sorpresa. Una impresión de ver pelea, atropello, temblor, vientos fuertes. Ver un yeco, vaca brava, perros locos". A esto se su-

ma la percepción de personas u objetos inesperados (6), ruidos (3), sombras (2), bultos (2); o bien, ser objeto de acciones inesperadas: "que lo toquen, hablen o griten de repente" (10). La segunda causa empírica —susto provocado intencionalmente— incluye el conocido y popular remedio contra el hipo y la costumbre tradicional de asustar al niño rebelde con las consabidas historias del "cuco", del lobo y del "viejo con el saco" ⁷. Por su parte, las causas mágicas son menos frecuentes, indicando, quizás, un debilitamiento urbano de creencias que aparecen aún bien integradas en el medio rural ⁸.

1.2. Sintomatología y diagnóstico. Al realizar una clasificación de los síntomas mencionados por nuestros entrevistados, apreciamos en ellos una multiplicidad de finos detalles que se integran coherentemente. Debido a su naturaleza psicósomática, afectan tanto al sistema nervioso como al cardiovascular y respiratorio. En orden de importancia, ellos son los siguientes: sobresaltos, intranquilidad o "quedar espantado" (12), temblores o "tiritones" (11), pupilas dilatadas u "ojos sobresalientes" (10), taquicardia o palpitaciones rápidas (8), dificultad para articular la palabra (7), agitación motora e inquietud (6), inhibición motora (6), hiel o calor en el cuerpo (5), insomnio (5), decaimiento o somnolencia (5), transpiración (4), etc. Este cuadro sintomatológico es calificado por nuestros entrevistados como "ataque de nervios" (15) y corresponde globalmente a una crisis de angustia transitoria o a un estado de angustia de duración mayor.

4) Se recogieron 47 descripciones de esta enfermedad que han servido de base para el presente análisis.

5) La presencia del **susto o espanto** en Perú, Colombia, México, Ecuador y Chile ha sido atestiguada por Marroquín (1944), Vicuña Cifuentes (1947), Foster (1952 y 1967), Simmons (1952 y 1960) y Carvalho Neto (1964). Su origen español es apoyado por Castillo de Lucas (1958).

6) Plath (1960, pág. 11) incorpora dicha terapéutica junto a "las curaciones por engaño, . . . por vergüenza y por palabras".

7) El origen de esta costumbre parece ser española a juzgar por las informaciones de Castillo de Lucas (1958, pág. 459): "Ya en la primera infancia se les acobarda con figuras terroríficas para que coman, se estén quietos o se duerman".

8) En ese medio, las causas del **espanto** suelen asignarse a orígenes sobrenaturales: visiones terroríficas, voces de ultratumba, golpes, ruidos y trajines nocturnos que nadie acierta a explicar satisfactoriamente (Vicuña Cifuentes 1947). Ellas se asocian hoy día en Chile a la etiología del **espirituamiento de susto** (ver 6.1.).

1.3 Terapéutica. A pesar de sostener algunos entrevistados que el susto "pasa solo", en la mayoría de los casos se hace uso de tres alternativas terapéuticas: los remedios de la **santiguadora**, **meica** o **entendida**, los remedios caseros y los fármacos proporcionados por el boticario. La **terapéutica folklórica** típica consiste en el **santiguamiento** acompañado de oraciones y, ocasionalmente, de un **sahumerio**. Una entrevistada nos relata: "Mi abuelita me santiguaba con cruces de **palqui** y crucifijo o medalla de plata. Rezaba oraciones: el credo, el padrenuestro". No obstante, el santiguamiento puede hacerse con una variedad de elementos: "ramito de olivo, palma bendita y ají cacho de cabra", "tres ramitas de ajeno", "ramas de laurel o toronjil", "toronjil con rosa, clara de huevo y un aro de oro", etc. Las oraciones que acompañan al santiguamiento presentan variantes⁹ y deben repetirse tres a nueve veces durante tres días. Como complemento, suele utilizarse un **sahumerio** que con frecuencia es el siguiente: "Se quema en el brasero azúcar, un puñado de yerba mate y tres cogollitos de romero"¹⁰.

Los remedios caseros incluyen desde el simple vaso de agua (8) e infusiones de yerbas medicinales (3) —tales como "agua de toronjil pa' la pena del susto" y el "sancochado" a base de menta, ruda, manzanilla y almidón de trigo— hasta la psicoterapia empírica consistente en tranquilizar y hacer reposar al asustado (5). El empleo de fármacos proporcionados por el boticario es menos frecuente (8) e incluye algunos sedantes, tranquilizantes y analgésicos comunes (bromuro, valeriana, dominal, etc.).

1.4 Profilaxis. En general, los recursos profilácticos contra el susto son ya sea desconocidos o bien simples, primitivos y poco variados. Efectivamente, los entrevis-

tados afirman desconocer dichos recursos (11), creen que no existe (8) o se abstienen de opinar (4). Emergen, además, respuestas que evidencian una confusión entre terapéutica y profilaxis; o una relación inversa entre etiología y profilaxis. Sin embargo, el recurso profiláctico más representativo es de tipo mágico-religioso: poseer o llevar consigo un objeto **contra**, tal como medallita de plata con cinta lacre para los niños pequeños (4), escapulario (2), crucifijo o medalla de plata (1), cruz de **palqui** (1) o yerbas de **meica** (1). Se recurre, asimismo, a frases profilácticas, tales como: "Andando con Jesús y María, no hay miedo a nadie"; a actos profilácticos como "echar **palqui** al agua corriente para que se lleve el mal"; y a acertadas recomendaciones profilácticas que implican lograr el dominio o control de sí mismo (5), el vencimiento de la timidez y del miedo (2) y evitar exponer al niño a ruidos o gritos fuertes (4).

1.5 Agente de salud. "Hay personas que curan eso. Médicas como se dice. Les rezan, los santiguan y sacan el susto por medio de un crucifijo". "Son viejitas que santiguan guaguas asustadas". "Pueden ser **curitas** también". Estas informaciones resumen acertadamente la elección del agente de salud para el susto: la **santiguadora** (15), **meica** o **yerbatera** (10) y el sacerdote (8). Ellos suelen ser reemplazados por el propio enfermo (7) o bien por personas próximas a él —padres, familiares o amigos (6), o cualquier persona (5)—. El médico es mencionado en calidad de posible agente de salud sólo seis veces; en cambio, la elección de cuarenta entrevistados se centra en otras personas.

1.6 Acceso a la medicina científica. "No creen los médicos ni en el ojo, ni en el susto, ni en el **empacho**. Pero dicen ahora que algunos están creyendo". "Los doc-

tores no conocen eso. Son cosas de antigüedad: el mal de susto, dicen". "Allá el doctor no me conocía. Me daba remedios y yo me sentía igual no más". "Cuando los nervios ya lo atacan demasiado los doctores no lo pueden curar". Estas citas textuales resumen la opinión predominante de los entrevistados, quienes sostienen que el médico no conoce las crisis o estados de angustia denominados susto (20). Un grupo minoritario (13) manifiesta desconocimiento o se abstiene cautelosamente de emitir opinión. Sólo seis sujetos mencionan que el médico conoce esta enfermedad, aunque otros vacilan (8) por considerar que este profesional les daría otro nombre o no cree en ella.

2. Celos¹¹.

2.1 Etiología. Los celos vienen "cuando un matrimonio es casado y el hombre tiene su 'peor es nada'. Entonces, así vienen los celos a su señora". "A veces, por envidia en los niños cuando acarician mucho a uno y al otro no"; "o cuando nace un hermanito". Los entrevistados informan la existencia de dos especies de celos: de la pareja adulta y del niño. En consecuencia, las causas principales se reducen a dos: la infidelidad del esposo (14) o de la esposa (4); y la exteriorización de mayor afecto por un niño que por otro (6). En un nivel general, se asocia con el amor (9) y los problemas matrimoniales (8).

2.2 Sintomatología y diagnóstico. En el niño, se reduce a la rivalidad expresada en envidia, enojo y agresividad (4); tristeza y llanto (2); desobediencia o llamar la atención (2). En el adulto, se circunscribe a discordias y rencillas frecuentes (11), nerviosismo o mal carácter (10), rabia o enojo (9), anorexia (4), deseos de venganza (4), intención de abandono de hogar o separación (4), intranquilidad y angustia (4).

9) Consúltase al respecto las recopilaciones de Plath (1966: 19-23).

10) Compárese la similitud de estos datos con aquellos proporcionados por Cuello et al. (1959, pág. 158) y por Simmons (1960, pág. 13).

11) El análisis de esta enfermedad se basa en 32 descripciones proporcionadas por nuestros entrevistados.

No es difícil reconocer en el primer cuadro sintomatológico la común reacción de celos infantiles provocada por rivalidades entre hermanos; y, en el segundo, la celotipia o delirios de celos de adulto. Los celos infantiles aparecen con el nombre de envidia en la antigua medicina folklórica española (Castillo de Lucas 1958, pág. 463), reapareciendo con el nombre de celos tanto en Chile como en Perú, Colombia y México (Marroquín 1944, pág. 6; Simmons 1960, pág. 7; Foster 1967, pág. 31).

2.3 Terapéutica. La curación de los celos infantiles es elemental e incluye algunos recursos psicoterapéuticos empíricos, consistentes en exteriorizar afecto por el niño celoso (2), evitando las preferencias de un niño sobre otro (1). Por su parte, las informaciones sobre la terapéutica de los celos del adulto revelan como factores predominantes el desconocimiento (6). Se confunde, además, la terapéutica de los celos con la reacción pasional del celoso —separación (5), olvido o desamor (3), venganza (1)—; o con una reacción machista contra la esposa celosa: “Una paliza para la mujer celosa: yo creo que es santo remedio”

2.4 Profilaxis. Las informaciones sobre prevención de celotipias indican tanto su desconocimiento (8) como la suposición de que no hay profilaxis (7). Sin embargo, otras manifiestan creer en la posibilidad de curación (6), mencionando algunos recursos inespecíficos, vagos, ambiguos o inadecuados.

2.5 Agente de salud. “Se cura solo. No hay nadie que lo cure . . . uno mismo no más”. Esta cita textual es confirmada por otros entrevistados, quienes opinan que los celos no los cura nadie (3) sino el propio celoso (13). Un grupo evidencia desconocimiento (5); y otro menciona como terapeuta a la pareja del celoso (2), buenos

consejeros (2) o Dios (2). En el caso de los celos infantiles, se menciona a los padres del niño (3). Sólo dos veces se menciona al médico o psiquiatra como posible agente de salud; y diecinueve entrevistados elegirían a otras personas.

2.6 Acceso a la medicina científica. Llama la atención que doce entrevistados opinen, con ciertas reservas, que el médico conoce esta enfermedad. Parecería que se refieren a que el propio médico puede sufrir de celos. Otros rechazan de plano que el médico conozca la enfermedad en otros (10), aunque un grupo minoritario lo ignora o se abstiene (8) y otro manifiesta dudas (2).

3. Pataletas ¹².

3.1 Etiología. Su origen se atribuye en los niños a rabietas o rabia (7), al mal genio o “nervios” (4), a la soberbia o intentos de imponer su voluntad (3). En los adultos, se asocia a causas psíquicas diversas, tales como: “nervios” (5) o rabia (3); epilepsia o gota-coral ¹³ (4); el “corazón”, impresiones fuertes, miedo o pena (4); e histerismo (1). Se asocia minoritariamente a causas físicas: hambre, debilidad o exceso de trabajo (3); o beber y fumar en exceso (2). Un último grupo de respuestas relaciona las pataletas con causas físicas sin relaciones aparentes con la psiquiatría folklórica. Ellas son: ataque al hígado, estómago o vesícula (8); “comer algo que cae mal” (4); no comer o no tomar mate (2); y cefaleas (2).

3.2 Sintomatología y diagnóstico. Es posible distinguir tres grupos de síntomas:

3.2.1 “A los niños les da por llorar y patear sin asunto . . . se tiran al suelo y se revuelcan . . . porque no se les da en el gusto”. Esta descripción sintetiza los rasgos típicos de la pataleta infantil mencionados por nuestros entrevistados: arrojar al suelo (8), llanto (7), patear (6), gritar (5), arras-

trarse o revolcarse por el suelo (3), ponerse nervioso o de mal genio (2).

3.2.2 En los adultos, “viene de los nervios. Puede ser gota-coral; comienza a patear y echar espuma por la boca . . . Caen al suelo”. Puede ser histerismo: “de rabia viene como un ataque de nervios . . . Ahí pierde los quilates (el conocimiento o control de sí mismo)”. Estas descripciones resumen algunos síntomas del segundo grupo: caer al suelo (10) súbitamente (4), arrojar espuma por la boca (8), tiritar, saltar o patear (5), quedar inmóvil “como muerto” (3), ponerse nervioso, rabioso o raro (3), llorar, gritar o tirar cosas (3), etcétera.

3.2.3 Un entrevistado describe acertadamente la tercera agrupación de síntomas físicos propios de la pataleta de adultos: “Es una amplia gama de enfermedades. Cuando uno está enfermo y le da ataque al hígado: es una pataleta. O bien enfermedades estomacales que no sean diarrea; que les caiga mal comer algo, le duele el estómago; eso es una pataleta. O bien, fuertes dolores de cabeza que se acompañan por estos dolores: también se les denomina pataletas a eso”. Sus síntomas específicos incluyen dolor (6) al estómago (5) o hígado (1), acompañados a veces por cefalea (4) mareos o pérdida del conocimiento (4), vómitos (3), indigestión (3), inactividad y decaimiento (3), etcérea.

Estos tres grupos de síntomas corresponden a los siguientes cuadros clínicos:

3.2.1 Crisis psicomotora del niño.

3.2.2 Crisis epiléptica o histérica.

3.2.3 Crisis hepática, gástrica o cólico biliar, con o sin cefalea. Como puede apreciarse, sólo los dos primeros corresponden a la psiquiatría folklórica y el tercero a otra área de la medicina folklórica

12) Se recogieron 38 descripciones de esta enfermedad que sirvieron de base para el presente análisis: 12 de ellas corresponden a la **pataleta** infantil, 16 de ellas a la **pataleta** del adulto y las restantes a otras enfermedades no pertenecientes a la psiquiatría folklórica. El término **pataleta** se asocia a **convulsión** (Diccionario de la Lengua Española, 1956) y al término español **patatús** (Castillo de Lucas 1958, pág. 349).

13) En España, se entiende por **gota coral** o **mal coral** la epilepsia y el lunatismo (Castillo de Lucas 1958, pág. 128).

chilena. Por tanto, pataletas es un término amplio, aunque no difuso, en el cual convergen por lo menos tres tipos de trastornos psíquicos comunes, amén de otros trastornos físicos.

3.3 Terapéutica.

3.3.1 En el caso de las pataletas infantiles, al niño se le aplica una simple terapéutica casera a base de agua fría (7), empleándose varios recursos folklóricos: "sentarlo en un lavatorio de agua fría" (3), "meterlo en la tina o recipiente con agua fría" o bien en la llave de agua (3), "agarrar el rocío de la mañana y dárselo en ayunas" (1). Se recurre también al castigo físico: "darle una zumbita; ponerlo boca abajo y pegarle tres palmadas, amenazarlo" (1), etcétera.

3.3.2 La terapéutica para la crisis epiléptica o histérica recurre también al agua (4), tomándose por lo general un trago (2), con azúcar (1) o éter (1). Suele recurrirse también a los fármacos (3) o a las yerbas medicinales (2); aunque se cree que "pasa sólo con tranquilidad" (3).

3.3.3 Los datos terapéuticos correspondientes a este grupo de enfermedades físicas no se examinarán por no pertenecer ellas al ámbito de la psiquiatría folklórica.

3.4 Profilaxis. En este grupo de enfermedades denominadas pataletas, los recursos profilácticos son desconocidos, inefectivos, ambiguos o inespecíficos. Respecto a las pataletas infantiles, se desconoce o se creen inexistentes los procedimientos preventivos (4) o se tiende a la abstención (3). Una minoría de respuestas sugiere recursos didácticos (1) o amenazas (1); o bien, confunden profilaxis con terapéutica (2). También se supone desconocida o inexistente (7), la prevención de las crisis epiléptica o histérica, considerando que sólo la meica yerbatera (2) o el médico (1) podrían controlarlas.

3.5 Agente de salud. Por aplicarse una simple terapéutica casera en el caso de la pataleta infantil, su agente habitual de salud es la

madre (7) o bien algún familiar o persona de la casa (5), descartándose totalmente al médico. Por el contrario, en los casos de pataletas asociadas a la crisis epiléptica o histérica, suele recurrirse en primer lugar al médico (10) y en segundo lugar a otras personas (7).

3.6 Acceso a la medicina científica. La pataleta infantil tiene poco acceso al médico (4), ya sea por encontrarse rápidos paliativos en el medio familiar o por creerse que el médico no conoce la enfermedad (5), sumado al desconocimiento de los padres del niño (3). En cambio, la pataleta epiléptica o histérica posee un claro acceso a la medicina científica (10), puesto que sólo dos entrevistados suponen que sus profesionales desconocen la enfermedad.

4. Pensión¹⁴.

Este término es un chilenuismo que se utiliza como "sinónimo de melancolía o murria" (Román 1913-16). Su derivado *apensionarse* es una "forma corriente en Chile por melancolizarse, apenarse, apesadumbrarse" (loc. cit.). La *pensión* ha sido descrita esquemáticamente por Simmons (1952, pág. 36 y 1960, pág. 16).

4.1 Etiología. La causa más frecuente de esta enfermedad se atribuye a la pérdida de un ser querido (43), ya sea por muerte (18) o separación (14); el ser querido puede ser algún familiar (10), de preferencia el padre o la madre (11), hijo (5) o esposo (4). Suele asignarse a otros factores, tales como "pensar mucho" (11), enfermedad (6), soledad o aburrimiento (5). Dos citas textuales ilustran elocuentemente el esquema etiológico básico: "A los niños chicos les viene *pensión* porque los padres los dejan solos; se van y ahí dentro la *pensión*"; y algunos mueren de pena, sufren, sufren del corazóncito y ellos no saben por qué. La pena es muy grande". "Le da esa pena porque se le ha muerto un familiar. A mí se me murió el padre y la madre y se *apensionó* mi hermana. Pasaba con las manos en la

cabeza, hasta que murió".

4.2 Sintomatología y diagnóstico. El síndrome de la *pensión* es complejo pero de gran coherencia. Presenta, en orden decreciente, los siguientes síntomas principales: pena, tristeza o melancolía (33), inapetencia (27), pérdida de peso (16), estar pensativo (16), decaimiento (16), llanto (13), nostalgia o añoranza (11), apatía (12), inactividad (8), aflicción (5), aislamiento (5), ansiedad (3), ideas fijas (3), insomnio (2). Como síntoma colateral típico, se menciona la pediculosis (19). Deducimos, por tanto, que la *pensión* corresponde, en forma global y precisa, a un estado depresivo reactivo, el cual surge por causas exógenas obvias. Dicho estado depresivo puede estar o no acompañado de pediculosis.

4.3 Terapéutica. Entre los recursos curativos destinados a la *pensión*, se distinguen dos grupos principales según provengan del buen sentido común o de costumbres tradicionales —herbolaria, remedios populares y secretos de naturaleza—. En el primer grupo, se incluye la distracción del enfermo (14), consistente en pasearlo (10), llevarlo al campo (4) o a la playa (2) a tomar aire (2) y hacerlo jugar (2); el retorno del ser querido (9); el cambio de ambiente o de vida (7); el olvido del ser querido (4) con el tiempo, poco a poco (7). En el segundo, se mencionan las yerbas medicinales (6) —tales como el toronjil, éter y hojas de violeta en agua—; los remedios populares ("toda cuestión que limpie el corazón"), incluyendo "agüita de carmelitas, valeriana pa' la pena", vino¹⁵ y agua helada; y los secretos de naturaleza —tales como pisar rocío matinal, cambiar nodriza al lactante o jugar con seis naranjas en el agua—. Aunque cinco entrevistados mencionan la terapéutica del médico consistente en tónicos o vitaminas, cuatro de ellos opinan que no hay remedio posible contra la *pensión*.

4.4 Profilaxis. Algunos creen que la *pensión* no puede evitarse

14) El presente análisis se basa en la recolección de 52 descripciones de esta enfermedad.

15) La vinoterapia es una práctica común de la medicina folklórica chilena (Plath 1960).

(13); otros lo ignoran o no opinan (10); y unos pocos recomiendan la distracción (9), evitar separarse de los seres queridos (4), incluyendo un secreto de naturaleza: "sacarlo al río, que vea agua, que camine por el lado contrario de la corriente".

4.5 Agente de salud. Se cree que la curación de la pensión puede ser realizada por diversas personas ajenas a la medicina científica (32): meica, yerbatera o entendida (9); el propio enfermo (8); un familiar (6) o cualquier persona (6); los padres, dueña de casa, vecina o amigos (6). El médico se menciona once veces y el psicólogo sólo una, demostrándose con esto una aceptación escasa de la acción del profesional de la salud.

4.6 Acceso a la medicina científica. La frecuente suposición que el médico no lo conoce (17) permite detectar un difícil acceso de este estado depresivo a la medicina científica. Sin embargo catorce entrevistados suponen que el médico lo conoce; aunque otros afirman que con otros nombres (8) —tales como nostalgia, sufrimiento moral, peste, dolor de guata o tuberculosis—, dando remedios que no dan resultado. Algunos entrevistados no emiten opinión por desconocimiento o abstención (13)

5. Tabacazo ¹⁶.

Este término es un chilenismo, "una voz de uso corriente en Chile . . . pues no tiene, como parece, equivalencia en castellano" (Román 1916-1918). Designa una "bebida en que se pone tabaco y que se da para enfermar o para matar a uno" (loc. cit.). según Molina (1962, pág. 21), "es un macerado de tabaco disuelto en vino de efectos tóxicos excitantes en el S.N.C. Popularmente se atribuye al tabacazo la intolerancia al alcohol de ciertos individuos". Es una enfermedad de forma fija y coherente que afecta principalmente a los hombres.

5.1 Etiología. La causa fundamental es mencionada unánimemente por los cuarenta y cuatro informantes. Se reduce a "echar tabaco en el vino o licor" y "luego dárselo a tomar sin que se de cuenta". El vino puede ser blanco (5), tinto (2) o ambos (6); aunque suele darse ocasionalmente en malta o pilsener (2), chicha (1) o aguardiente (1). Se cree que los motivos que impulsan a comerlo son la venganza o maldad (9), la envidia o enemistad (4) o la burla (3) ¹⁷. La profusión de recetas para preparar tabacazo y de anécdotas y casos relatados atestiguan la popularidad de esta creencia y práctica folklórica. Citamos dos de las recetas más representativas: "Se echa el tabaco a remojar, después se saca filtrado y de ahí sacan para darle al que lo van a joder. "A todos los rotos lachos les llega ligerito". "Se hace hervir el tabaco de un cigarrillo en un poquito de agua; se revuelve con el vino".

5.2. Sintomatología y diagnóstico. Aunque los síntomas mencionados son numerosos, entre ellos sobresalen aquellos correspondientes a un estado de agitación calificado por nuestros entrevistados como "enloquecimiento o trastorno" (39). El sujeto afectado pierde el control de sus actos destruyendo cuanto encuentra a su paso, inclusive su propia vestimenta. Se mesa los cabellos, se golpea, se revuelca en el suelo, salta o corre, llegando en su paroxismo a desnudarse en público. Todo esto suele ir acompañado de una sensación de desesperación (10), a la pérdida de conciencia (6), a agresividad hacia los demás (6) y a dolores estomacales agudos (4). Después, "repunta al tomar el mismo trago" (10). Este síndrome corresponde a una crisis de agitación psicomotora en el alcohólico por cuadro confusional agudo de probable origen tóxico. Aunque el tabaco en el vino y su potencialidad

tóxica puede causar trastornos peculiares en el alcohólico, se atribuye a él la intolerancia al alcohol de ciertos bebedores, amén de muchos cuadros de agitación o confusionales que no serían causados por el tabaco sino por la ingestión excesiva de alcohol. El tabacazo, entonces, se transforma en una creencia que proporciona al alcohólico una explicación cómoda de sus crisis, la cual descansa tanto en la propia falta de conciencia de enfermedad como en el pensamiento mágico popular.

5.3 Terapéutica. Los recursos curativos del tabacazo son auténticamente folklóricos, derivando de las correspondientes creencias etiológicas. Ellos se basan principalmente en secretos de naturaleza, vomitivos, enemas y purgantes. De mayor frecuencia es el secreto de naturaleza consistente en dar a beber orina de niña virgen ¹⁸ (8): "Con orines de niña que sea doncella; tres traguitos cuando está con toda la furia". O bien, "con orines de niña chica angelita . . . tres gotitas en el agua". Si el enfermo es varón, la orina debe ser de mujer y viceversa. Por su parte, los vomitivos tiene el fin de "botar todo lo malo", empleándose para ello algunas yerbas medicinales tales como "éter dulce y ajeno amargo". Los enemas poseen un propósito similar y se efectúan con leche o agua. Además de los recursos mencionados, se utilizan los purgantes y la ingestión de leche. El tratamiento médico se menciona en sólo dos oportunidades.

5.4 Profilaxis. En la prevención del tabacazo, se aprecian tres tendencias principales, dos de las cuales responden a las premisas etiológicas tradicionales: a) el tabacazo no se puede evitar (15); b) dejar de beber del todo, o bien evitar aquella bebida en que le dieron el tabacazo (9), y c) evitar beber en compañía de rivales o enemigos o

16) Se recogieron 44 descripciones del **tabacazo** utilizadas en el presente análisis.

17) Existe un parentesco estrecho entre este esquema etiológico y el **ileluwün** o **mal en la bebida** de gran frecuencia en la cultura **mapuche**, aunque en dicha enfermedad no es tabaco sino otras sustancias tóxicas las que se introducirían en las bebidas alcohólicas.

18) En España, es remedio folklórico "tomar orina de niño y de virgen en la ictericia" (Castillo de Lucas 1958, pág. 218).

al hacerlo, adoptar precauciones (6). La siguiente recomendación resume la norma profiláctica tradicional: "Al servirse vino, fijarse bien abajo en la copa. Habiendo algo en el vaso no se lo sirve. Hay que estar prevenido como se dice".

5.5 Agente de salud. Como ocurre en las enfermedades anteriormente descritas, el acceso al médico está bloqueado por otros agentes de salud (27), tales como *meicas*, *yerbateras* o *entendidas* (12); familiares, vecinos o cualquier persona (8); el propio enfermo (10). Algunos entrevistados se abstienen o manifiestan desconocimiento (5); y otros afirman que no hay agente de salud para el tabacazo (5). En sólo diez casos se menciona al médico como posible terapeuta, aunque a veces con cierto escepticismo: "Los médicos de hospital entienden algo pero lo curan como enfermedad de los nervios, no como tabacazo", o bien "como infección al estómago".

5.6 Acceso a la medicina científica. El acceso de esta enfermedad a la atención médica es limitada, puesto que quince entrevistados afirman que el médico la desconoce y sólo once que la conoce. Otros manifiestan dudas y reservas (6), expresadas en la siguiente cita textual: "La yerbatera lo conoce bien; el médico no tanto, más bien poco". "Creo que lo debe haber oído al menos". Sólo un entrevistado recuerda que "a los alcohólicos los tratan ahora".

6. Espirituamiento o espiritua- do ¹⁹.

En Chile y, en general, en América latina, existe una creencia muy difundida acerca de las ánimas o espíritus de muertos que "penan" y aparecen causando trastornos en el ser humano, entre los cuales figuran el *espanto* o *susto* (Carvalho-Neto 1964, pág. 200). Se cree, además, que el encuentro con tales aparecidos y la fuerte

impresión resultante puede provocar la pérdida de la propia alma (Marroquín 1944, pág. 2; Foster 1960, pág. 6). En Chile, la antigua creencia en el *espirituamiento* se relaciona con la posesión de una persona por espíritus o por el demonio (Vicuña Cifuentes 1947, pág. 122). Como reflejos de este estado, el individuo ejecuta actos insólitos antagónicos a su antiguo carácter (loc. cit.). Hoy día, esta enfermedad se presenta bifurcada en dos especies que describiremos a continuación: el *espirituamiento* de susto y el *espirituamiento* de vino.

6.1 Etiología.

6.1.1 El *espirituamiento* de susto se distingue por un grupo de causas empíricas idénticas a las del susto o espanto (14); y por otro grupo de causas mágicas que incide en la acción de seres sobrenaturales (7), que ilustramos con las siguientes citas textuales: "Cuando la persona está asustada dicen que está *espirituada*. Es igual que el susto, pero es cuando se presentan las ánimas: ven como un bulto". "Se le espanta el espíritu (de la persona) por un sueño". "Son espíritus malos que se le dentran". "Pueden ser espíritus de parientes que penan . . . Cuando se murió mi hermana y me venía a penar, yo sentía que me iba a buscar".

6.1.2 Por su parte, la etiología del *espirituamiento* de vino gravita en torno a una causa básica: beber vino en exceso (12) y luego dejar de beber (5), asociándose también a la creencia folklórica de "estar alcoholizado y luego beber agua" (1).

6.2 Sintomatología y diagnóstico.

6.2.1 El síndrome del *espirituamiento* de susto es equivalente en toda su extensión a aquella del susto o espanto (ver 1.2). Sin embargo, hay mayor énfasis en los síntomas psíquicos relacionados

con el sueño intranquilo, pesadillas o sonambulismo (5); y con visiones reiteradas de aparecidos, bultos o sombras (5). En suma, la persona "ve visiones y vive asustada o con miedo". Tal como sucede en el caso del susto o espanto, hay una clara correspondencia con la crisis o estado de angustia, aunque la perdurabilidad de sus síntomas y la presencia de percepciones alteradas derivadas de creencias animistas tradicionales le otorgan un sello distintivo ²⁰.

6.2.2 Por su parte, el síndrome del *espirituamiento* de vino se caracteriza por la presencia de los siguientes rasgos más frecuentes: temblores o tiritones (7), susto (6), sobresaltos (5), nerviosismo (5), sueño intranquilo o insomnio (4) y ver visiones (3). La siguiente cita textual resume sus síntomas principales: "Andan *espiritua'os*: andan tiritones, con ganas de tomar, quieren seguir tomando y no tienen plata". Dichas características coinciden con la descripción clínica de Molina (1962:28): "El *espirituado* se encuentra asustadizo y ansioso; perturbado a cada rato por temores sobresaltados frente al pasado inmediato . . . El *espirituado* está expectante y captando asomos y conatos de agresión. También las cosas, al igual que la gente, lo sobresaltan; parece venir de improviso sobre sus ojos . . . El *espirituado* vive su ansiedad, por intensa que sea, con el sentido de estar sometido a una enajenación transitoria". Concluimos que este cuadro corresponde precisamente al síndrome de privación alcohólica.

6.3 Terapéutica.

6.3.1 En el caso del *espirituamiento* de susto, la terapéutica es equivalente a la del susto o espanto, es decir, el *santiguamiento* acompañado de oraciones; se emplean, además, algunos remedios caseros y fármacos. Surgen, sin

19) Nuestro análisis se basa en 23 descripciones de *espirituamiento de susto* y 12 de *espirituamiento de vino*, sumando un total de 35 descripciones de la enfermedad.

20) Dichas percepciones se presentan también en el *susto*, pero en cantidad menor y referidas al esquema etiológico.

21) En la medicina folklórica de Venezuela reaparece el concepto de tener "frío en la sangre", relacionado obviamente con la antigua patología humoral (Novoa 1970, pág. 108).

embargo, algunos procedimientos mágico-religiosos peculiares: "Ben-decir la casa. Porque puede ser también que la casa sea pesada. que hayan espíritus malos". "Le mandé hacer una misa (a la difunta) y nunca más soñé con ella. Yo digo que andaba espirituada".

6.3.2 Los criterios terapéuticos empíricos del espirituamiento de vino se dividen en dos alternativas divergentes: "seguir bebiendo" (6) y "dejar de beber" (5), reemplazando en este último caso el vino por refrescos con contenido alcohólico. Citamos algunas opiniones significativas que revelan ya sea un pensamiento fatalista o bien creencias folklóricas difundidas en Chile: "Para el espirituado de vino, ese ya está alcoholizado y no tiene remedio". "Si toma agua, más espirituado anda y puede morir. Y si toma vino, sigue espirituado". "Una vez pasó un curadito a la casa de mi mamá y tomó agua y cayó como muerto. Y tuvieron que darle vino y así se le quitó. Se le habrá enfriado la sangre con l'agua" ²¹.

6.4 Profilaxis.

6.4.1 La profilaxis contra el espirituamiento de susto es muy similar a aquella descrita para el susto o espanto (ver 1.4). Ella incluye los **contras** mágico-religiosos tradicionales —tales como cruces y oraciones profilácticas— y recursos empíricos —tales como evitar sustos y malos ratos, tener valor y fuerza de voluntad. No obstante, el desconocimiento y la abstención son altas (11).

6.4.2 Respecto a los procedimientos profilácticos del espirituamiento de vino, ellos denotan pobreza de alternativas. Se identifican con la terapéutica: no toman vino o seguir tomando; aunque algunos entrevistados niegan o ignoran la existencia de factores preventivos.

6.5 Agente de salud.

6.5.1 No es extraño que en la mayor parte de los casos los agentes de salud elegidos para el espi-

tuamiento de susto sean personas ajenas a la medicina científica (14), citándose a la **meica**, **yerbatera** **santiguadora** o **entendida** (6), al cura o sacerdote (4) y la propia persona (4). El médico se menciona como posible alternativa sólo seis veces.

6.5.2 Ocurre una situación parecida en el espirituamiento de vino, para el cual se cree que puede ser curado preferentemente por el propio afectado (8), mencionándose al médico sólo cuatro veces.

6.6 Acceso a la medicina científica.

6.6.1 Como puede deducirse del punto anterior, el acceso a la medicina científica de esta enfermedad es escaso. Sólo seis entrevistados suponen que el médico conoce el espirituamiento de susto, aunque uno de ellos cree que con otro nombre: "Por los nervios la conoce, por neurosis la conocen ellos". Un grupo mayoritario de respuestas niegan que el médico pueda conocer la enfermedad (9); otro lo desconoce o se abstiene (7).

6.6.2 Sólo cinco entrevistados suponen que el médico conoce el espirituamiento de vino, aunque uno de ellos con otro nombre: "Como enfermedad a los nervios... por estar alcoholizado". Pero, en general afirman que es inútil acudir al médico, aludiendo algunos de ellos a las siguientes razones: "No cree el médico en esas cosas". "¡Qué médico van a ver así cura'os! Quién sabe si lo conoce el médico".

IV. Conclusiones y discusión.

A partir de una evaluación de los resultados recién expuestos, sobre el grado de vigencia y la descripción de las seis enfermedades estudiadas, cabe derivar algunas conclusiones:

1. Existe una alta vigencia actual de las seis enfermedades (ver Cuadro Nº 1), lo cual denota la perdurabilidad y arraigo de ideas, creencias y prácticas cristalizadas desde los períodos de la Conquista

y Colonia (Foster 1960, pág. 227).

2. Se da una coexistencia de componentes empírico-rationales y mágico-religiosos, concentrándose los primeros en los conceptos de enfermedad correspondientes a las seis enfermedades; y apareciendo los segundos, en alguna medida, sólo en el susto o espanto, espirituamiento de susto y tabacazo. En estas últimas tres enfermedades se produce una intersección de ambos componentes.

3. Los esquemas etiológicos revelan una acumulación de observaciones empíricas basadas, en su mayor parte, en la experiencia cotidiana y en el ensayo y error; y, por otra, en creencias populares basadas en la tradición oral.

4. Los síndromes descritos por algunos de nuestros entrevistados demuestran una discriminación fina y detallada de síntomas, lo cual revela la existencia de una desarrollada capacidad analítica para el diagnóstico psiquiátrico empírico ²².

5. Los procedimientos terapéuticos son simples aunque variados, focalizándose, en la mayoría de los casos, en el alivio transitorio o paliativo de cuadros agudos o crisis, hecho que denota una confusión o identificación de los síntomas más notorios con la enfermedad propiamente tal.

6. Los recursos profilácticos denotan una máxima simplicidad y escasez de alternativas, producto del gran desconocimiento de sus posibilidades por parte de la comunidad.

7. La elección del agente habitual de salud no gravita sobre el médico, sino sobre otras personas ajenas al equipo de salud (ver Cuadro Nº 2). Ellas incluyen a portadoras de la tradición médico-folklórica —tales como meicas, yerbateras, santiguadoras y entendidas— o bien personas de buena voluntad —tales como familiares, amigos o vecinos, sumándose a éstos el sacerdote y el propio paciente. Fundamentan los entrevistados

22) Los rasgos generales de los síntomas psicológicos, "particularmente cuando se combinan con una serie aún más flexible como el llanto y patrones de acción que pueden ser discernidos como motivados por tensión o inestabilidad emocional, condiciona cualquier clase de interpretación y esto parece ser lo que precisamente ocurre en la mayoría de los casos de importantes enfermedades tradicionales" (Foster 1967, pág. 34).

CUADRO 2. Agente habitual de salud

Enfermedades folklóricas	Médico	Otras personas
Susto	6	40
celos	2	19
pataletas: a) niño	0	12
b) adulto	10	7
pensión	12	32
tabacazo	10	27
espirituamiento: a) susto	6	14
b) vino	4	8
Totales	50	159

CUADRO 3. Acceso a medicina científica

Enfermedades folklóricas	Positiva	Negativa	Dudosa o ambigua	Desconocimiento o abstención
susto	6	20	8	13
celos	12	10	2	8
pataletas: a) niño	4	5	0	3
b) adulto	10	2	1	3
pensión	14	17	8	13
tabacazo	11	15	6	12
espirituamiento: a) susto	4	9	2	8
b) vino	4	5	2	1
Totales:	65	83	29	61

CUADRO 4. Paralelo folklórico-científico

Enfermedades folklóricas	Correspondencias clínicas
susto	crisis o estado de angustia
celos	celos del niño o celotipia del adulto
pataletas: a) niño	a) crisis psicomotora en el niño
b) adulto	b) crisis epiléptica o histérica
pensión	estado depresivo reactivo
tabacazo	crisis de agitación psicomotora en el alcohólico por cuadro confusional agudo de probable origen tóxico
espirituamiento: a) susto	a) crisis de angustia
b) vino	b) síndrome de privación alcohólica

dicha elección en la suposición difundida de que el médico no conoce ni cree en estas enfermedades; o bien, que las conoce inadecuadamente con otros nombres y no da, por tanto, el tratamiento adecuado. En consecuencia, el médico psiquiatra queda subordinado a un rol de escasa importancia en el tratamiento de todas estas enfermedades, salvo de las crisis epilépticas o histéricas denominadas pataletas.

8. No debe sorprendernos, entonces, el débil o irregular acceso de estas enfermedades a la medicina científica (ver Cuadro N° 3). Llama la atención, en este sentido, las altas cifras de rechazo a la atención médica del susto y del espirituamiento de susto, lo cual puede justificarse tanto por sus componentes mágico religiosos de su etiología²³, terapéutica y profilaxis, como por suponerse acertadamente que la crisis de angustia causadas por factores exógenos tienen en muchos casos una mejoría espontánea. En cambio, la pensión, tabacazo, espirituamiento de vino y celos parecen tener mejor opción. Cabe destacar, en este sentido, el caso de las pataletas del adulto (crisis epilépticas o histéricas), cuyas cifras revelan un alto grado de acceso a la atención del médico especialista.

9. Paralelamente, se demuestra que las seis enfermedades estudiadas poseen correspondencias precisas en conocidos síndromes psiquiátricos con los cuales existe una identidad de contenidos sintomatológicos (ver Cuadro N° 4). Es obvio, por tanto, que la dificultad reside en factores culturales y de vocabulario²⁴.

Estamos detectando, una vez más, la presencia de una barrera cultural que incomunica y separa a la comunidad de los servicios

23) Según Foster (1967, pág. 33), "las enfermedades de etiología mágica o psicológica, aunque a menudo son también tratadas con remedios del herbario, con mayor frecuencia son atendidas por el curandero... Y, en general, éstas son las enfermedades que se considera que un doctor no puede entender, no puede curar y, por tanto, no hay por qué molestarlo cuando de ellas se padece".

24) Al respecto, Foster (1952, pág. 345) comenta: "La cultura y subcultura de las personas para quienes se destinan los programas de salud pública difieren a menudo de la cultura y subcultura de las personas que formulan y llevan a cabo dichos programas. Gran parte de la aparente falta de lógica y poca cooperación de los enfermos puede explicarse tomando en cuenta esas diferencias culturales". Además, un programa de salud puede disminuir su eficacia por "el uso de lenguaje técnico poco adaptado a la cultura popular" (Marconi 1971, pág. 248).

asistenciales psiquiátricos la cual imposibilita el tratamiento oportuno y eficaz de muchos trastornos psíquicos, contribuyendo, al mismo tiempo, a la cronicidad de diversas patologías mentales. Creemos que el conocimiento sistemático de éstas y otras enfermedades folklóricas y su correspondiente terminología puede contribuir a establecer mayores vínculos comunicativos entre el equipo de salud mental y la comunidad que requiere y necesita su atención. Puede contribuir, asimismo, tanto a la educación para la salud como a la prevención planificada de las enfermedades mentales.

En primer lugar, el psiquiatra clínico podría utilizar dichos conocimientos para lograr no sólo un mejor *rapport*, sino también una comprensión humana y cultural más profunda del paciente de extracción obrera y campesina, pudiendo, asimismo, contribuir a superar los problemas de lenguaje y comunicación que surgen con frecuencia en las anamnesis. El psiquiatra debería, además, adoptar precauciones para separar y distinguir cuidadosamente la creencia del síntoma en su diagnóstico clínico. Una creencia tan generalizada y difundida como el *tabacazo* puede ser calificada como una idea delirante para ser luego integrada en un síndrome psiquiátrico (Munizaga, Mujica y González 1965, pág. 72). El médico se enfrentaría, en ese caso, con el grave riesgo de considerar una creencia mágica o empírica normal —prevaleciente en la comunidad— como un rasgo patológico propio de una enfermedad mental.

En segundo lugar, el educador sanitario podría servirse de estos conocimientos para la planificación y programación adecuadas de sus actividades ²⁵, puesto que ellas

deben incluir en su fase inicial "un registro preliminar y sistemático de la conducta del pueblo" (Seppilli 1971, pág. 447), lo cual permite definir su realidad cultural y determinar las mejores alternativas estratégicas para llevar a cabo las labores propuestas. Cabe recordar que las prácticas y creencias de la psiquiatría folklórica están íntimamente integradas a la configuración sociocultural, a la cosmovisión y al equilibrio largamente buscado y encontrado en el medio ambiente ²⁶. La reticencia de la comunidad a abandonar dichas prácticas y creencias derivan de la internalización profunda de las mismas producida en los procesos de endoculturación y socialización. Al modificarlas sin un conocimiento previo de su realidad, es posible provocar una imprevisible reacción en cadena de fenómenos, cuyo impacto podría causar más desorden y daño que beneficios a la comunidad.

En tercer lugar, el equipo moderno de salud mental podría hacer uso de la notable capacidad para realizar diagnósticos psiquiátricos empíricos que es propio y característico de muchos individuos portadores de la tradición médico-folklórica, lo cual permite esperar una útil proyección de su actividad como factor participante de la comunidad en la prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades mentales ²⁷. Por otra parte, sabemos que la medicina científica ha ejercido una influencia mínima sobre las concepciones etiológicas populares por existir una incompatibilidad entre ésta y la etiología científica (Simmons 1960, pág. 24); en cambio, la terapéutica folklórica empírica ha sufrido un discreto impacto de los recursos curativos modernos (loc. cit.). Esta situación podría ser ana-

lizada por el equipo de salud mental, el cual debería enfrentar con cautela los esquemas etiológicos y focalizar preferentemente la acción terapéutica. "Lo que debemos hacer es convencer . . . sobre la urgente necesidad de inventariar los métodos terapéuticos empíricos de los pueblos considerados atrasados y tratar de descubrir en ellos los principios activos y cuyos efectos son controlables y reproducibles" (Alpha Ba 1971, pág. 455).

Hasta ahora, poco se ha hecho en Chile para descubrir "el potencial oculto de salud mental en culturas tradicionales" ²⁸. En ellas subyace el antiquísimo legado de su tradición oral del folklore psiquiátrico, cuya sabiduría empírica ha sido decantada por los años al transmitirse generacionalmente mediante una extensa cadena de testimonios. No desaprovechemos su rico caudal de experiencia ni la oportunidad antropológica que brinda al equipo de salud mental para captar los desórdenes psíquicos, tal como los percibe y configura la comunidad que los sufre.

Reconocimiento. Los autores de este trabajo agradecen la colaboración brindada por los doctores Brenio Onetto, quien leyó atentamente el manuscrito, y Claudio Costa, que facilitó un valioso material bibliográfico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS N; *La antropología aplicada en los programas de salud pública de la América latina*. Bol. Ofic. Sanit. Panam., 1952, 33, 298.
- ALPHA Ba B. *Creencias y tradiciones: merecen nuestro respeto*. En *Comunicación y Cambio de Comportamiento*. (Actas de la VII Conferencia Internacional sobre la

25) En estos casos, "el conocimiento debe preceder a la acción" (Adams 1952, pág. 305).

26) Según Read (1968, pág. 26), los sistemas de medicina tradicional se pueden comprender "como complejos de relaciones sociales y pautas culturales de conducta y pensamiento".

27) "Una característica esencial de las soluciones constructivas que la propia comunidad descubre y aplica es la adecuación de los recursos disponibles para abordar un problema" (Marconi 1971, pág. 245).

28) Es obvio que la investigación científica es el único camino para descubrir dicho potencial y para solucionar los problemas de Salud Mental (Marconi 1969, pág. 7).

Salud y la Educación Sanitaria, Buenos Aires, 1971.

CARVALHO-NETO P. de. Diccionario del Folklore Ecuatoriano, Quito, Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1964.

CASTILLO DE LUCASA. Folk-medicina, Madrid, Dossat, 1958.

COSTA C. Los estudios médicos en Chile durante la Colonia, Santiago, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile, 1961.

CUELLO E., GOMEZ V. y MUÑOZ M. Enfoque antropológico sobre diarreas infantiles. Rev. Servicio Nacional de Salud, 1959, 3, 37.

DEVEREUX G. Essais d'Ethnopsychiatrie Générale, Paris, Gallimard, 1970.

FOSTER G. Influencia de las costumbres y creencias populares en los servicios de un centro de salud. Bol. Ofic. Sanit. Panam., 1952, 33, 283.

FOSTER G. Papel de la Antropología en los programas de salud pública. Bol. Ofic. Sanit. Panam., 1952, 33, 345.

FOSTER G. Culture and. Conquest: Americas's Spanish Heritage, New York, Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research, 1960.

FOSTER G. Análisis antropológico intercultural de un programa de ayuda técnica. En Gonzalo Aguirre Beltrán (edit.). Medicina y Antropología, México, Instituto Indigenista Interamericano, 1967.

GREBE M. E., RAJS D. y SE-GURA J. Enfermedades populares chilenas: Estudio Antropológico de Cuatro Casos. En Cuadernos de la Realidad Nacional, 9, págs. 207-238.

LAVAL E. Botica de los Jesuitas de Santiago, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1953.

MARCONI J. Esbozo de Valor Epidemiológico para la Investigación y la Acción en América Latina, Santiago, Universidad de Chile (mimeografiado), 1969.

MARCONI J. Barreras culturales que afectan el control y prevención del alcoholismo en Chile. En Comunicación y Cambio de Comportamiento, Actas de la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria, Buenos Aires, 1971.

MARROQUIN J. Medicina aborigen puneña. Rev. Museo Nacional, Lima, 1944, 13, 1.

MECHANIC D. Mental Health and Social Policy, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1969.

MOLINA C. Formas de vida en alcohólicos. Rev. Psiquiat. Clínica, Santiago, 1962, 1, 21.

MUNIZAGA C., MUJICA G. y GONZALEZ M. Enfoque antropológico-psiquiátrico de indígenas mapuches alienados. Antropología, Santiago, 1965, 3, 65.

NOVOA D. El lenguaje médico de nuestro pueblo. Rev. Venezolana de Folklore, 1970, 3, 105.

PLATH O. Aspectos antropológicos en relación con madre y niño en Chile, Santiago, Servicio Nacional de Salud, 1960.

PLATH O. Aportaciones Populares sobre el vino, Santiago, Servicio Nacional de Salud, 1960.

PLATH O. Folklore Religioso Chileno, Santiago, PlaTur, 1966.

READ M. Cultura, Salud y Enfermedad, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1968.

ROMAN M.A. Diccionario de Chilenismos, Santiago, San José, 1913-1916.

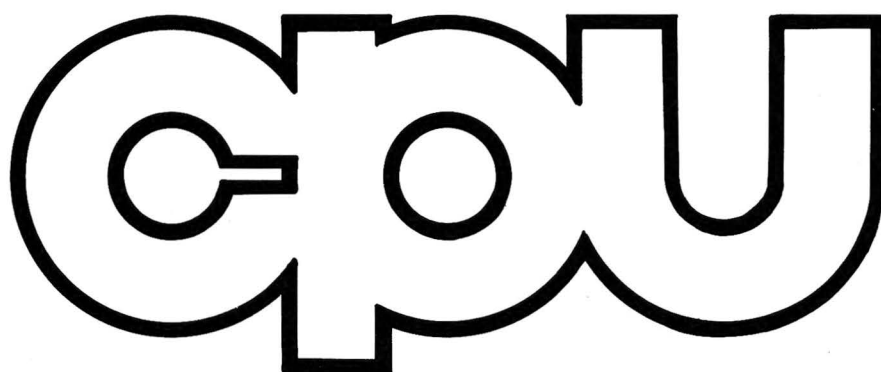
ROMAN M.A. Diccionario de Chilenismos, Santiago, San José, 1916-1918.

SEPPILLI A. Los factores determinantes del cambio del comportamiento. En Comunicación y Cambio de Comportamiento, Actas de la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria, Buenos Aires, 1971.

SIMMONS O. Patrones seleccionados de medicina popular. En Un estudio sobre aspectos de actividades de unidades sanitarias en Valparaíso y Temuco, Chile, Santiago, Servicio Nacional de Salud, 1952.

SIMMONS O. Popular and modern medicine in mestizo communities of coastal Peru and Chile. En D.D. Apple (edit.). Sociological Studies on Health and Sickness, New York, McGraw-Hill, 1960.

VICUÑA CIFUENTES J. Mitos y Supersticiones, Santiago, Nascimento, 1947.



estudios sociales

Nº 46 / trimestre 4 / 1985

PRESENTACION

Pág. 5

ARTICULOS

LA VIDA ENTRE LOS "ECON"
AXEL LEIJONHUFVUD

Pág. 9

LA DEMOCRATIZACION DEL
CONOCIMIENTO
GABRIEL GYARMATTI

Pág. 21

EL CONSENSO COMO RACIONALIDAD
DE LO POLITICO
JUAN D. RUZ - LUIS T. TRONCOSO

Pág. 33

EL NEGOCIO DE LA BUENA MEDICINA
O LA MEDICINA COMO BUEN NEGOCIO.
REFLEXIONES SOBRE LA VISION DE
FREIDSON RESPECTO DEL JUEGO
MEDICO
JOHN B. MC KINLAY

Pág. 41

ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y
AFECTIVAS DEL APRENDIZAJE
CLIFTON B. CHADWICK

Pág. 71

RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS

VIVIR LA POBREZA. TESTIMONIOS DE

MUJERES (DAGMAR RACZYNSKI Y
CLAUDIA SERRANO.
ANDRES SANFUENTES

Pág. 109

DOS OBRAS CHILENAS DE FILOSOFIA
(JUAN RIVANO - HUMBERTO GIANNINI)
ROGELIO RODRIGUEZ

Pág. 114

DOCUMENTOS

APUNTES SOBRE LAS REACCIONES
SOCIALES A LOS AGRAVIOS Y
EXCLUSIONES EN CHILE.
JAIME LAVADOS

Pág. 117

DISCURSO DEL PRESIDENTE FEDERAL
RICHARD VON WEIZSACKER EN EL
ACTO CONMEMORATIVO DEL 40º
ANIVERSARIO DEL FINAL DE LA
GUERRA EN EUROPA Y DE LA TIRANIA
NACIONAL SOCIALISTA.

Pág. 127

LA UNIVERSIDAD DE CHILE, SU
SIGNIFICACION EN LA CULTURA
NACIONAL Y SU PROYECCION EN
EL FUTURO.
JUAN GOMEZ MILLAS

Pág. 135

EVENTOS DE CPU

Pág. 145

El Miedo: Un Enfoque Psicosocial

Elizabeth Lira *

Eugenia Weinstein *

Sofía Salamovich **

RESUMEN

En este artículo se aborda el miedo como un fenómeno psicológico generado por situaciones sociales y políticas específicas. Después de delimitaciones conceptuales básicas, el miedo es analizado como un proceso conductual cuya complejidad requiere diversos niveles de análisis, abordándose aquí un nivel descriptivo, psicodinámico y psicopatológico, a partir de la experiencia clínica y del trabajo preventivo en salud mental con sectores afectados por la represión política.

Este análisis desde un enfoque psicosocial puede ser una contribución entre otras en la construcción de una sociedad democrática, al comprender el fenómeno del miedo como una motivación significativa en conductas masivas que afectan e inhiben la participación social.

INTRODUCCION

El miedo ha sido una experiencia generalizada y profunda entre los pobres de América Latina, y ha estado ligado a la incertidumbre respecto a la conservación y desarrollo de la propia vida y la de la familia, expresándose como temor a la desgracia, al desastre, a la ruina, a la miseria, también al futuro.

En lo que respecta a esos grupos sociales, las represiones tienen una larga y penosa historia. Sin embargo, las dictaduras militares introdujeron el miedo en otros

SUMMARY

In this article, fear is considered as a psychological issue emerging in specific social and political conditions.

Basic concepts are described at first. Fear is analyzed as a complex behavioural process principally in a descriptive, psychodynamic and psychopathological level, based in clinical practice and in preventive mental health work with persons and groups affected by political repression.

Psychosocial approach can be, with others, a contribution to a democratic society, establishing fear as a strong motivation in massive behaviour, mainly as a social and political inhibition to participate.

grupos de la sociedad, que vieron con él afectada la realización y continuidad de su vida. Las víctimas directas de dichas represiones han padecido en sí o en sus familias los efectos traumáticos de violencias tales como la tortura, el desaparecimiento o la muerte violenta de un familiar, la detención arbitraria, el amedrentamiento, la pérdida del empleo o el exilio.

En este artículo se aborda el miedo como un fenómeno psicológico generado por situaciones sociales específicas. El miedo se entiende aquí como un fenómeno subjetivo de efectos inicialmente

privados, que al producirse simultáneamente en miles de personas en una sociedad, adquiere una relevancia insospechada en la conducta social y política. Así el miedo puede ser descrito como un fenómeno masivo y perceptible, a la vez que privado, encubierto y renegado, ocupando un lugar relevante en las motivaciones de la conducta colectiva.

El miedo es analizado como un fenómeno conductual, pero a la vez, en cuanto constituye un tipo de experiencia humana, cuya complejidad requiere diversos niveles de análisis, se esbozan aquí tres aproximaciones: un nivel descriptivo, un nivel psicodinámico y un nivel psicopatológico. Este análisis se realiza a partir de la experiencia clínica y del trabajo preventivo en salud mental con sectores sociales afectados por la represión política.

A nuestro juicio el miedo, como fenómeno subjetivo social no se acaba al terminar las causas que lo generaron. El lenguaje popular ha hecho suyo el término "traumatizado" para referirse a quien queda afectado de manera prolongada por un hecho definido como traumático, y en este sentido el miedo más allá de ser originalmente una respuesta psicológica adaptativa, al servicio de la vida, es una gran incógnita respecto a la vida social y política del futuro.

Por ello se hace necesario estudiar y debatir la incidencia del miedo en la conducta social y en la participación política, en la perspectiva de estructurar una verdadera convivencia democrática. A nuestro juicio, la psicología puede aportar en la comprensión de los efectos del miedo a nivel

* Psicóloga

** Médico Psiquiatra

Riquelme 140 - Santiago.

FASIC (Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas)

subjetivo social y en la formulación de los problemas que implica superarlo.

I. Delimitaciones Conceptuales

El miedo, angustia, ansiedad, temor, terror, pánico, espanto, horror, son palabras que se refieren a vivencias desencadenadas por la percepción de un peligro cierto o impreciso, actual o probable en el futuro, que proviene del mundo interno del sujeto o de su mundo circundante. La objetivación del peligro puede llevar al sujeto a configurarlo como un riesgo de amenaza vital. La certeza o alta probabilidad de que dicha amenaza ocurrirá, transforma la inseguridad en miedo. La percepción de la amenaza como inminente puede transformar el miedo en terror o pánico. Se habla de pánico cuando un acontecimiento peligroso causa una reacción espontánea y desorganizadora en el individuo o en la comunidad.

La dificultad para identificar el contenido mismo de la amenaza vital o para discriminar su inminencia ha sido denominado angustia. La angustia se caracteriza además porque "tiene una innegable relación con la espera. Es angustia ante algo. Sin embargo, le es inherente un carácter de imprecisión y de carencia de objeto. Los mismos usos del lenguaje lo reconocen así al cambiar su nombre por el de miedo en cuanto al afecto se refiere a un objeto determinado" (Freud).

Una situación es considerada peligrosa cuando se compara la magnitud del peligro y la impotencia del sujeto frente a ella. En la angustia, la actitud de espera se relaciona con la imprecisión y falta de objeto de dicha angustia y con la impotencia anticipada frente a la situación peligrosa.

El miedo, el temor, la inseguridad consecuente, implica la conciencia del desvalimiento biológico y la inermidad social del ser hu-

mano en una situación amenazante. Dicho de otra forma, el miedo es una emoción intensa, que indica que el significado que el sujeto atribuye a la situación en la que se halla, es de peligro y el sujeto la percibe y comprende como una amenaza vital.

La inseguridad y el temor se generan habitualmente por el cambio en el entorno vital y social, o por la fantasía del cambio como un elemento de alteración de la vida cotidiana.

De esta manera tanto la realidad como la fantasía pueden desencadenar procesos de insegurización de diversa índole, que varían en intensidad, y pueden ser registrados individual o socialmente como un temor al cambio, que se hace difícil objetivar o como una amenaza vital que incluye diversos aspectos.

La amenaza vital puede ser percibida como amenaza de muerte física, como un peligro de ser agredido, golpeado, violentado, torturado, es decir, como una amenaza a la integridad corporal.

También puede ser percibida como una amenaza en el acceso a los medios de vida, es decir, al riesgo de carecer de la subsistencia mínima, por la pérdida del trabajo; o por la insuficiencia del salario respecto a las necesidades imprescindibles para vivir, lo que puede ser percibido como una amenaza al nivel de vida en relación a las condiciones materiales subjetivamente suficientes. La amenaza vital también puede establecerse como una amenaza a realizar la vida de acuerdo a los valores, creencias y propósitos que se consideran inherentes a la vida humana.

Es posible afirmar que los hechos políticos que implican cambios importantes en sectores sociales generan temor en los afectados. La incertidumbre juega un rol significativo en las conductas de los individuos y los grupos,

desarrollando respuestas agresivas y violentas o apáticas y resignadas, de acuerdo a las circunstancias sociales y políticas y el grupo afectado.

II. Procesos psicológicos desencadenados por el miedo

La represión política puede ser descrita como una agresión múltiple, destinada a destruir principalmente la condición de sujeto político de quienes son reprimidos, afectando al sujeto como persona total incluyendo sus familiares y sus vínculos más preciados.

De este modo la comprensión psicológica del miedo experimentado como consecuencia de las experiencias represivas, requiere ser ubicado en el contexto de la situación específica y referido a los distintos niveles de comprensión de los procesos psicológicos como tales.

Así se observa que el miedo puede provocar conductas específicas que pueden ser descritas como procesos adaptativos frente a algo que se anticipa como un desastre, o como una catástrofe personal inminente e imprevista.

Este nivel descriptivo ha sido denominado aquí: características psicológicas generales de los procesos desencadenados por el miedo.

El miedo puede transformarse en permanente, principalmente si se cronifican las circunstancias percibidas como amenaza vital. La comprensión de estos procesos implica explorar en los psicodinámicos que se desencadenan en estas circunstancias, que contribuyen a explicar las emociones y conductas que se observan.

Finalmente, el miedo como otras vivencias puede afectar al equilibrio emocional, alterando el funcionamiento psíquico y desencadenando procesos psicopatológicos específicos, describiéndose aquí los más frecuentes.

II. 1. Características Psicológicas generales de los procesos desencadenados por el miedo

Sensación de vulnerabilidad: Frente a la situación de amenaza vital surge la percepción de debilidad personal. La persona se reconoce "identificada", "perseguida", su ámbito de vida personal pierde la posibilidad de privacidad e intimidad. Pasa a ser un sujeto susceptible de arbitrariedades que escapan a su control.

Estado de alerta: Se produce exacerbación de los sentidos sin posibilidad de descanso frente a la inminencia del peligro y la amenaza vital que éste le significa. Puede expresarse en diversas sintomatologías.

Impotencia individual: Se refiere al conocimiento de que los recursos propios, la propia fuerza es inútil para enfrentar las adversidades. El sujeto siente que no tiene control sobre su propia vida y que no están en sus manos las decisiones acerca de su propio futuro. El desamparo ante la violencia, la sensación de vulnerabilidad, la inermidad, son expresiones de dicha impotencia.

Alteración del sentido de la realidad: Al ser uno de los objetivos del amedrentamiento el impedir toda acción, despojando por la fuerza a las personas de sus actos, se atenta contra el mecanismo psicológico de prueba de la realidad. La imposibilidad de verificar en la práctica lo subjetivo, tiende a disolver los límites entre lo real y lo posible y lo fantaseado y lo imaginario. La realidad pasa a ser un todo confuso y amenazante sin límites claros, perdiendo su rol orientador de los procesos subjetivos.

Procesos psicodinámicos

En las situaciones de miedo en sus diversos grados podemos describir varios psicodinamismos. En

este artículo hemos privilegiado tres, los que para efectos de su comprensión se describen por separado, pero están estrechamente ligados en sus manifestaciones:

- Dinámica de la angustia y de la culpa
- Dinámica de la aniquilación: los dinamismos paranoides
- Dinámica de la inhibición

II. 2 Dinámica de la angustia y de la culpa

Los sujetos reprimidos han sido víctimas de agresión en la mayoría de los casos por actuaciones que dichos sujetos consideran legítimas a partir de sus convicciones, y por tanto, en la mayoría de los casos también el riesgo de ser agredido, torturado o muerto ha sido anticipado, relativamente previsto y "aceptado" como inevitable.

Esta "aceptación" implica el desarrollo permanente de contradicciones insolubles, que incluyen al sujeto en forma directa y también a quienes tienen vínculos con él. Dicho de otra forma, la lealtad a su proyecto social y político implica exponerse a la destrucción o a la tortura. Esta proposición y sus derivados generan un nivel de angustia anticipatoria constante, desarrollado a partir de la conciencia que el sujeto tiene de su gran vulnerabilidad física y psicológica. Asimismo la única posibilidad que tiene de evitar la angustia o suprimirla es renunciar a su proyecto.

Es decir, a aquello que el sujeto más valora y que constituye la manera cómo el sujeto concibe el desarrollo y realización de su existencia. Renuncia que implicaría un alto nivel de culpa consigo mismo y los otros. Dicho de otra forma, renunciar a la persona que se ha propuesto ser. Por tanto, los polos de esta experiencia son ineludiblemente la angustia o la culpa frente a opciones que se dramatizan y se pueden vivenciar como insolubles.

La angustia no sólo se origina a raíz de los procesos sociales y sus efectos subjetivos. Cada sujeto se integra a la sociedad a través de mediaciones diversas: grupales, familiares y la angustia se refiere por tanto a significaciones biográficas pasadas, a proyectos sociales y personales frustrados o realizados, es decir a significaciones propias, por tanto la vivencia de la angustia y/o la culpa y el conflicto que le genera se manifiesta diversamente también de acuerdo a estos factores.

En la situación política en la que se ubica el análisis que aquí se hace, la temporalidad es un factor fundamental en la comprensión de los procesos psíquicos descritos.

En cierto sentido la angustia también expresa no sólo el temor a sufrir consecuencias represivas, sino la impotencia respecto a la situación que las provoca y el carácter aparentemente inexorable de sus efectos individuales y sociales.

II. 3 Dinámica de la aniquilación: Los dinamismos paranoides

Al hablar de los dinamismos paranoides nos referimos a un proceso que se desarrolla frente a una situación objetivamente amenazadora de la cual se tiene experiencia directa o indirecta, que es percibida como una objetivación concreta de una amenaza vital

La amenaza vital aparece ligada a las ideas y actuaciones políticas del sujeto, siendo difícil precisar las circunstancias que efectivamente dicha amenaza puede llevarse a cabo. La percepción de su arbitrariedad dificulta organizar una respuesta apropiada por parte del sujeto amenazado, pues la fuente de la amenaza es difusa y en muchos casos no es posible precisar con claridad su origen o sus actores responsables. No se trata, pues, de una "proyección de la hostilidad", sino de una hostilidad per-

cibida desde la realidad del poder político y ejercido mediante diversos procedimientos, situación en la que la hostilidad del propio sujeto no puede ser expresada de ninguna manera sin aumentar el peligro que se cierne sobre él.

De esta manera la reacción del sujeto debe ser necesariamente reprimida, o bien desplazada a situaciones menos peligrosas, o transformada a fin de posibilitar la descarga de la hostilidad sobre terceros no peligrosos.

Así es posible observar manifestaciones de hostilidad y agresión en los grupos de pertenencia del sujeto ya sea en su grupo político, su grupo laboral o bien su familia, con la subsiguiente expresión de la culpa, al percibir consciente e inconscientemente que este desplazamiento y la descarga llevada a cabo se realiza sobre quienes no tienen relación alguna con la causa generadora de la hostilidad desencadenada, excepto el tener vínculos previos con el sujeto, lo cual aumenta la culpa.

Como dice Castilla del Pino, "cuanto más intensa es la exculpación tanto mayor distorsión de la realidad existe". Diversos autores han señalado en relación a los dinanismos paranoides ciertos elementos básicos para su aparición y arraigo (Freud y H.S. Sullivan) entre los cuales se priorizan los siguientes: a) conciencia de inferioridad, que en este caso puede traducirse en conciencia de vulnerabilidad; b) transferencia de la culpa de esa inferioridad a otros; c) desplazamiento de la culpa a otros. Estos mecanismos que se relacionan a experiencias referidas a la interioridad del sujeto, han sido descritas. "Como soy indigno, merezco morir", y se transforman en "me creen indigno y me quieren matar", cuyo referente en la realidad a diferencia de lo que ocurre en procesos psicopatológicos, es concreto y corresponde a la experiencia de muchos.

El significado de la amenaza vital dice relación, por tanto, con la biografía del sujeto, con las circunstancias vitales en las que hace su vida y con las características

del poder político que se ejercen en su sociedad. De este modo, la reacción del sujeto, aunque aparezca con elementos aparentemente delirantes, debe ser confrontado en el contexto social y con sus significaciones específicas para verificar su carácter, en cuanto reacción anormal o apropiada a las circunstancias que lo produjeron.

Hemos incluido a los mecanismos paranoides en los psicodinámicos de la "aniquilación", porque dichos mecanismos alertan en relación al temor a ser destruido en cuanto sujeto político, en cuanto persona, en cuanto sujeto integrado a la sociedad, y el rango de respuesta que se desencadena pone énfasis en la destrucción como peligro principal. Un ejemplo de ello es que el miedo a la destrucción física —la muerte puede ser sustituido por otras formas de aniquilación. Una de ellas es el exilio en la que se ejerce la exclusión del sujeto en su condición de ser político— en relación a la participación en la sociedad concreta de la que ha formado parte, y en la que llevó a cabo un proyecto político hoy frustrado y compartido ideológicamente por un sector de la sociedad a pesar de las condiciones políticas vigentes.

II-4 DINAMICA DE LA INHIBICION

Entre las conductas, ligadas al miedo en situaciones políticas el comportamiento de las mayorías tiende a ser silencioso, inexpresivo, inhibitorio, autocensurado, y de esta manera ha sido descrito reiteradamente como "despolitización". A comienzos de los años 70 en Chile la forma de integración social predominante, además del empleo, se producía a través de la participación política. Suprimida ésta, y llegando el desempleo a nivel muy alto, esas mayorías experimentan grandes dificultades para expresar sus demandas o su descontento, ya que las manifestaciones que se desarrollan entrañan diversos riesgos, principalmente el ser objeto de represión directa

Las conductas observadas descritas como "despolitización" pueden ser consideradas como expresión de la "inhibición". En la psicología, la inhibición ha sido descrita en diversas circunstancias y aparece como un elemento conductual relevante en ciertos cuadros psicopatológicos, principalmente la depresión. También ha sido descrita psicosocialmente como apatía, pasividad, resignación, etc.

El concepto de inhibición en el sentido corrientemente utilizado en psiquiatría, alude principalmente a la carencia de movimientos y a la lentitud en el pensar.

En la inhibición el sujeto aparece "incapacitado para la acción" en un sentido amplio. Esta incapacidad no procede como podría pensarse de una fuerza externa, de algo externo que lo paraliza, sino que es el reconocimiento de que no puede querer actuar (...) así la falla se encuentra en la intencionalidad (...). (Castilla del Pino).

La comprensión de la conducta de paralización, de "despolitización", u otras que expresen las diversas manifestaciones de la inhibición, debe ser comprendida descriptivamente —es decir reconocida como inhibición— y al mismo tiempo debe ser contextualizada respecto a la angustia, la culpa y el temor a la aniquilación.

Con la conducta de inhibición se intenta evitar todo aquello que genera angustia. Al mismo tiempo este "no hacer" implica tomar distancia, separarse en cierta forma de los contenidos y del proyecto político, que en su momento fue plenamente significativo, en cuanto sentido de la vida y del quehacer personal. Así por una parte el sujeto se retrae de un quehacer que le resulta peligroso, y que por tanto le provoca angustia, y a su vez, los diferentes hechos de la realidad tienden a reactivar, incluso de manera traumática, esta angustia reforzando la convicción subyacente —aunque no siempre verdadera de "quien nada hace nada teme".

Por otra parte, retraerse de ocupar un lugar en las tareas sociales y políticas, de asumir algún tipo de responsabilidad, desencadena la culpabilización por no hacer "lo debido" respecto a una realidad en la que estuvo involucrado, o respecto a la cual se tiene conciencia de pertenencia y responsabilidad.

Así la inhibición protege al sujeto de la angustia y la culpa y por tanto de enfrentarse consigo mismo y los conflictos que le desencadenarían involucrarse en la realidad que le resulta tan amenazadora. Entendido así el miedo puede ser comprendido como un proceso adaptativo a circunstancias sociales específicas, percibidas como vitalmente amenazadoras.

II. 5. Efectos psicopatológicos del miedo

La evidencia clínica demuestra que el miedo desencadena en las personas reacciones psicopatológicas que afectan su integridad emocional.

Se han observado los siguientes cuadros, o una combinación de ellos:

a) **Reacciones de angustia:** caracterizadas por sentimientos de recelo, expectativas de un peligro inminente, temores específicos de pérdida de control, sensaciones de desintegración personal, deseos de evadirse y escapar, comportamiento desorganizado con el consiguiente menoscabo de las funciones ideo-asociativas, en la coordinación motora y en el cumplimiento de las tareas, que impliquen la resolución de problemas complejos. Las reacciones de angustia suelen ir acompañadas por insomnio, inquietud, pesadillas recurrentes o sueño superficial, dificultad de concentración, fallas de memoria y fatiga física.

b) **Reacciones fóbicas y con implicaciones sociales:** caracterizadas por miedos específicos a

abandonar la casa, andar por la calle miedo a los grupos, a hablar con gente desconocida, a los lugares abiertos (agorafobia), a los lugares cerrados (claustrofobia), etc. Estos temores van restringiendo la posibilidad de las personas de desenvolverse adecuadamente en la realidad (trabajo, familia, amigos) y obstaculizan el enfrentamiento de las relaciones interpersonales de la vida cotidiana.

c) **Reacciones obsesivo-compulsivas:** caracterizadas por pensamientos que hacen irrupción repetidamente en la conciencia, tales como ideas de muerte, de ser atrapados, de que un familiar cercano sufra un accidente, etc., o acciones que la persona se siente obligada a cumplir, tales como revisar la casa reiteradas veces, comprobar insistentemente que se anda con la documentación adecuada, utilizar ciertos caminos para circular por la calle, etc. Estos pensamientos o acciones se experimentan como irracionales, involuntarios y difíciles de controlar o parar. La persona va sintiendo un progresivo desgaste debido a la persistencia de estas relaciones, dificultad para concentrarse en algo distinto a las ideas obsesivas y pérdida de eficacia en sus labores concretas. El no cumplimiento de las acciones compulsivas inunda al sujeto de angustia.

d) **Reacciones depresivas:** caracterizadas por sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo. Pueden tener crisis de llanto, pérdida de interés en el trabajo y otras actividades, retraimiento, desesperación y fuertes tendencias autodepresivas, pérdida del apetito, baja de tono al hablar y en la actividad física; mal dormir o insomnio, agitación e irritabilidad. Ideas de suicidio recurrentes e intentos ocasionales.

e) **Reacciones paranoídeas:** caracterizadas por la dificultad de someter a la prueba de la realidad las sensaciones de amenaza o persecución. El individuo pierde la capacidad para discriminar entre las amenazas reales y las fantaseadas, sintiéndose en todo momento perseguido, espiado y referido por los demás, lo que da origen al surgimiento de delirios estructurados. Predomina el aislamiento y la desconfianza en la relación con los demás.

f) **Exacerbación de patologías previas:** en personas con historia previa de dificultades emocionales o enfermedades mentales, la situación de amedrentamiento tiende a reactivar y/o exacerbar patologías previas cronificándolas, haciéndolas así mucho más resistentes al tratamiento psicoterapéutico.

g) **Alteraciones psicosomáticas:** la angustia vital, además de su proyección en el plano psíquico puede manifestarse a través de síntomas neurológicos y síntomas viscerales esporádicos o permanentes según la persistencia de la angustia y el grado de involucración de los órganos o sistemas afectados.

Entre los síntomas neurológicos más frecuentes encontramos:

- vértigos y desmayos psicógenos
- alteraciones del esquema corporal
- escalofríos y estremecimientos
- cefaleas
- alteraciones sensoriales (visuales, auditivas, kinestésicas)
- tics

Entre los síntomas viscerales más frecuentes encontramos:

- síntomas circulatorios: aceleración del ritmo cardíaco, incremento de la presión sanguínea y otras alteraciones funcionales que pueden dar origen a una auténtica cardiopatía.
- síntomas digestivos: dolor de estómago, diarrea, vómitos, alteraciones del apetito, etc.
- síntomas respiratorios

— síntomas vesicales sexuales, cutáneos.

COMENTARIOS FINALES

El miedo, como un proceso complejo de conductas adaptativas a situaciones sociales específicas requiere ser contextualizado social y subjetivamente. La represión política ha implicado experiencias de violencia muy traumáticas que generan una sensación de amenaza difusa en algunos sectores de la sociedad y que a veces se hacen inclusivas del conjunto de ella, pero que, al mismo tiempo, coexisten en las mayorías

con la fuerza persistente de lo cotidiano.

Corresponde a la psicología profundizar en el análisis individual y colectivo, asumiendo que el miedo puede llegar a constituir una poderosa motivación de la conducta social en relación a la participación y a la responsabilidad social y política y que, se hace necesario develar su impacto, y contrarrestar sus efectos en la perspectiva de acceder a una sociedad democrática y participativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castilla del Pino "Estudio sobre la depresión. Ed. Península. Barcelona, 1974.

2. Freud, Sigmund; "Inhibición, síntoma y angustia". Obras completas, Vol. I, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

3. Lira E., Weinstein E.; "El miedo, una experiencia compartida". FASIC, Mimeo, 1980.

4. Mannoni, E.; "El miedo", FCE, México, 1984.

5. Merloo, A.M.; "Psicología del pánico". Ed. Hormé, Paidós. Buenos Aires, 1964.

6. Salamovich Sofía, Lira Elizabeth. Psicología del miedo en situaciones de represión política. Mimeo, FASIC, 1985.

La Familia Frente al Miedo: Aspectos Psicodinámicos y Psicoterapéuticos *

David Becker *

Eugenia Weinstein *

RESUMEN

El miedo, fenómeno subjetivo inicialmente privado, ha llegado a transformarse en una experiencia psicosocial masiva y perceptible que afecta a miles de personas simultáneamente en nuestra sociedad, configurando un elemento central que cruza la vida cotidiana y la interacción social en el Chile de hoy. Los autores, basados en el trabajo psicoterapéutico con familias amenazadas vitalmente, analizan las consecuencias psicológicas y psicopatológicas del miedo para la familia, tanto de una perspectiva sistémica como psicodinámica. El objetivo del presente trabajo, es la comprensión de los procesos psicológicos que subyacen a la patología familiar por efectos del miedo para orientar así, tanto las interpretaciones como otras intervenciones en el tratamiento de la perturbación familiar.

Dada la extensión y complejidad del tema hemos organizado nuestro trabajo como respuestas a cuatro preguntas, a saber:

10 ¿Por qué nos interesa abordar la problemática del miedo desde la perspectiva de la terapia familiar?

El miedo ha sido y es una experiencia generalizada en vastos sectores de la sociedad, quienes han visto gravemente amenazadas

ABSTRACT

Fear, initially a private subjective phenomenon, has been transformed in our society in a massive and visible psychosocial experience that affects thousands of persons simultaneously turning into a central element that crosses everyday life and social interaction in Chile today. The authors, based on their psychotherapeutic work with families that have been vitally menaced, analyze the psychological and psychopathological consequences of fear for the family as a basic social unit from a systemic as well as a psychodynamic approach. The objective of the present paper is the comprehension of the psychological processes that underlie family pathology due to the effects of fear so as to orient the interpretations and other types of therapeutic interventions in the treatment of the altered family.

la realización y continuidad de sus vidas (1) por los efectos traumáticos de la represión política.

Sin embargo, al proponerse hoy día el tema del miedo, no lo hacemos sólo desde nuestra larga experiencia psicoterapéutica con las víctimas directas de la represión, sino más bien a partir de la hipótesis de que el miedo configura actualmente un elemento central de las interacciones sociales en general.

Nuestra hipótesis se basa en la

observación de modos de interacción y de interpretación de la realidad similares, tanto en familias directamente afectadas por la represión y el miedo, como en familias que no han padecido estas circunstancias. Esto nos ha llevado a plantearnos la posibilidad de que la convivencia social en general esté marcada por la amenaza vital, la desconfianza, la inseguridad y la soledad.

Si un niño pequeño se despierta en la noche con temor, inmediatamente grita y llama a sus padres. Inferimos de su conducta, que este niño siente confianza en que tiene a quién recurrir y con quién poder compartir su miedo: de ahí el llanto, el grito o el mensaje de llamada, y que en sus expectativas está la posibilidad de ser defendido y protegido. Sin pretender hacer extrapolaciones simplistas, no deja de sorprendernos que en las interacciones familiares y sociales que observamos, y de las cuales somos parte, tiendan a predominar reacciones absolutamente diferentes frente al miedo y la amenaza. Más bien observamos relaciones afectivas y sociales marcadas por el cuidado, la desconfianza, la incapacidad de compartir y el repliegue. También hemos observado desconfianza en las instituciones básicas (familia, iglesia, policía, justicia, gobierno, etc.) y producto de la polarización política creciente en el país, desconfianza en espacios urbanos considerados generalmente seguros, tales como los cines, el metro, las calles. La incapacidad para so-

* Ponencia presentada a las Primeras Jornadas chilenas de Terapia Familiar, Santiago de Chile, enero 1986.

* Psicólogos de FASIC
Riquelme 140 — Santiago.

(1) Ver artículo en este mismo número, "El Miedo, un enfoque psicosocial" de Lira, Weinstein y Salamovich

cializar los temores propios, a la vez que una generalización del miedo como tal, producto de la censura a los más diversos niveles, ha dificultado la confrontación y la confirmación de los juicios acerca de la realidad. Pareciera ser entonces, que lo más seguro, lo más confiable es desconfiar.

Creemos que la amenaza vital permanente, la ausencia de parámetros estables personales, grupales, institucionales y sociales, la disolución creciente de los límites entre seguridad y peligro, entre lo prohibido y lo permitido, y entre lo real y lo posible y la dificultad para someter a la prueba de la realidad sensaciones de amenaza o persecución, etc., van generando una experiencia generalizada de temor e incertidumbre. El miedo es un fenómeno subjetivo —inicialmente privado— que al producirse simultánea y prolongadamente en miles de personas en una sociedad, se transforma en un fenómeno masivo y perceptible, adquiriendo una relevancia insospechada para la interacción social cotidiana. () La familia, núcleo básico de la interacción social, queda así sumergida en el miedo a ser detenida, al caos, a la pobreza, a que no alcance el salario, a perder el trabajo, a sufrir un allanamiento, a ser detenida, a los vecinos, a perder la vivienda, a perder los hijos, a perder la vida, al futuro.*

Es así como el miedo, emoción generada por la percepción o anticipación del peligro, originalmente un proceso psicofisiológico transitorio y reactivo, que desencadena mecanismos protectores y de autopreservación frente a la amenaza, se transforma en un estado permanente. Es en esta transformación del miedo como proceso reactivo, al miedo como estado, donde observamos sus consecuencias más devastadoras. El desamparo, la sensación de vulnerabilidad e inermidad y la impotencia, son las vivencias afectivas más inmediatas a la vez que permanentes del miedo como estado. La estructura familiar es el receptáculo más frecuente de estas emociones, y la interacción familiar —al constatar

dolorosamente que sus propios recursos son insuficientes para enfrentar el peligro—, una de sus víctimas más vulnerables. El miedo como estado, altera así una de las funciones afectivas y sociales más básicas de la familia: proteger a sus miembros.

20 ¿Cuáles son las consecuencias del miedo para la familia?

Nuestras observaciones se basan primordialmente en el trabajo clínico y psicoterapéutico con familias directamente afectadas por el miedo. Muchas de ellas son casos extremos, familias con uno o más miembros con riesgo de muerte, que han recibido amenazas graves a su integridad física, que han sido víctimas de secuestros o que son vigiladas constantemente. También hemos atendido familias traumatizadas por el terremoto o que cotidianamente viven el miedo a no poder paliar mínimamente su subsistencia por efecto de la cesantía prolongada o por el riesgo de perder el trabajo. Justamente por lo visible y agudo que es el agente patógeno —miedo— en estos casos, sus efectos destructores pueden ser identificados con mayor claridad y especificidad.

Ahora bien, ¿qué hemos observado? Queremos destacar entre las múltiples y complejas consecuencias del miedo para la familia, aquellas que, a nuestro juicio, son las más relevantes. En primer lugar observamos lo que hemos llamado el imperio del silencio. A pesar de que la amenaza y el temor son elementos evidentes de la vivencia cotidiana de la familia y que éste aparece rápidamente en el relato de los acontecimientos que los han motivado a consultar, el miedo, la inseguridad, la impotencia, la incertidumbre, no son expresados; y las emociones que los afectan continuamente, no son compartidas. Como no les es posible hablar de lo que es más importante y que aparece invadiendo toda su experiencia, reina el silencio. En la interacción familiar se observa el repliegue, la represión, el aislamiento, un distancia-

miento afectivo que podría caracterizarse como un supuesto desligamiento. Los miembros de la familia no logran acogerse unos a otros, no pueden compartir su temor e impotencia, tienden a sentirse solos e incomprendidos en sus emociones, actitudes y conductas. Los mecanismos de protección afectiva que les permitirían enfrentar de manera compartida e integrada la amenaza, comienzan así a debilitarse.

En segundo lugar, queremos mencionar lo que llamamos rigidez del sistema familiar. Las modalidades previas de interacción familiar se estereotipan, dejando cada vez menos espacios para el cambio y la alternación o plasticidad de roles. Esto es especialmente evidente en la relación de pareja donde la complementariedad anterior se agudiza. Los encuentros se vuelven reiterativos, los miembros de la familia parecen ser unidimensionales en su relación. Por ejemplo: papá fuerte, mamá débil, hijo agresivo, hija que llora por todo.

Otro ejemplo: muchas veces observamos que los miembros de la familia dedican gran parte de sus energías a que el papá siga siendo tan fuerte como antes.

En este sentido es posible hacer referencia a los límites, tanto de los subsistemas, como del sistema familiar en su conjunto, los cuales dan la impresión de una tendencia a cerrarse, impidiendo todo intercambio fluido y versátil, entre los miembros de la familia y de ésta con el macrosistema.

En tercer lugar, queremos mencionar lo que nos hemos tomado la licencia de llamar la cualidad del contacto "como si", tomando prestado un término descriptivo de ciertas patologías limítrofes o fronterizas. La pseudorrealidad a la cual hace referencia la conceptualización "como si" se hace más fácil de explicar en relación a los efectos del miedo en la familia, dando algunos ejemplos:

— El padre tiene ganas de llorar, pero teme hacer daño a

(*) Ver artículo citado en este mismo número.

su familia, por que actúa como si no tuviera pena;

— La madre ha estado todo el día pensando en lo que puede pasarle al hijo perseguido, pero actúa como si estuviera tranquila y preocupada de los quehaceres de la casa;

— El hijo recibió una nueva amenaza telefónica, pero actúa como si no hubiera pasado nada.

— La hija no durmió en toda la noche debido a las pesadillas, pero actúa como si sus ojeras se debieran a un fuerte dolor de cabeza.

En cuarto lugar queremos mencionar el aumento de la agresión en la interacción familiar. Esta se encuentra plagada de peleas, intolerancia e irritabilidad, que no existía previamente con tal magnitud. Muchas veces la familia ocupa gran parte de las sesiones terapéuticas para relatar los conflictos, peleas, explosiones de rabia que han ocurrido durante la semana, describiéndose a sí mismos como alterados, gritones, susceptibles y fácilmente irritables.

En quinto lugar cabe destacar el congelamiento del miedo en un punto en el tiempo. El miedo es referido como un hecho estático, del pasado, fijado a un episodio concreto, y no como el proceso emocional que los invade continuamente, afectando la interacción familiar en todo momento desde entonces.

— Por ejemplo, una familia víctima del terremoto habla reiteradamente del miedo que sintieron ese día, reviviendo una y otra vez cada detalle de lo pasado durante el sismo. Sin embargo, no hablan ni identifican el miedo que sienten desde entonces: el miedo por no tener dónde vivir, por la destrucción de sus enseres, por no tener dinero para reponer nada por el invierno y el frío que se avecinan, por un futuro incierto donde no está garantizada la sobrevivencia mínima.

Por último, queremos mencionar como otra consecuencia del miedo en la familia, la delegación del miedo a uno de sus miembros,

paciente índice que lo expresa con la más variada sintomatología.

— Por ejemplo, una familia ha sufrido varios allanamientos, en los cuales han recibido golpes, malos tratos, destrucción de su hogar, y en una de esas ocasiones, la detención del padre, quien fue sometido a torturas y vejámenes. Desde que comenzaron los allanamientos, una de las hijas, con antecedentes orgánicos previos, ha desarrollado ataques epilépticos que justamente comienzan a coincidir con los allanamientos. El miedo de la familia es ahora a los ataques y la preocupación se concentra en la salud de la hija.

Es importante mencionar que en algunas familias, esta delegación no logra ser completa, y más bien se observa un generalizado "estar mal" en todos sus miembros, siendo más bien la familia completa la sintomática. Cada miembro se resiste a la delegación, intentando a su vez la delegación a otro miembro de la familia, lo que es expresado en términos de preocupación por el otro.

— Por ejemplo, en una familia con el padre relegado y que está sometida a graves penurias económicas, la hija mayor está preocupada por la madre, a quien ve cansada y deprimida; la madre está preocupada por la hija segunda, quien está alterada, nerviosa, llorona e irritable, la hija segunda explica su alteración pues está preocupada por el hermano menor, quien a partir de la detención del padre está fracasando en el colegio, no hace sus tareas y formula demandas económicas imposible de satisfacer. El hijo menor está preocupado por la madre, pues ahora lo grita y lo reta continuamente, cosa que no hacía cuando estaba el padre en casa.

Estas familias muchas veces son más resistentes a la psicoterapia, al percibirla como un obstáculo al proceso de delegación en el cual están empeñados.

30 ¿Cómo hemos interpretado las consecuencias del miedo para las familias anteriormente descritas?

Nuestra práctica psicoterapéutica nos ha aportado algunos elementos de comprensión acerca de los procesos psicológicos que subyacen a la patología familiar por efectos del miedo. Es así como ahora queremos describir las conceptualizaciones dinámicas que guían nuestras interpretaciones e intervenciones en el tratamiento de la perturbación familiar.

El mecanismo psicológico que aparece desde el primer momento como el más evidente, es el de la negación. En otras palabras, la interacción familiar apunta a la transformación de "las cosas son así" en "las cosas no son así".

— Por ejemplo, la vivencia arrolladora de "tenemos miedo", o — la frase "lo que nos pasa es que estamos, amenazados vitalmente" es sustituido por "lo que nos pasa es que estamos peleando mucho".

El mecanismo de la negación, tanto de la realidad que están viviendo, como de los sentimientos que ésta produce, tiene implicaciones para las relaciones familiares perturbadas por el miedo que hemos descrito previamente. Por un lado, se niega grupalmente y a nivel verbal explícito lo que muchas veces a nivel privado y personal no puede negarse; lo que no sólo impide compartir, acogerse afectivamente y fortalecerse en el enfrentamiento común de una realidad adversa, sino que también fomenta lo que anteriormente llamábamos la cualidad de la interacción "como si". Los sentimientos de temor, rabia, impotencia y vulnerabilidad son vívidos paralelamente por los distintos miembros de la familia, no lográndose una integración común y una vivencia compartida de lo que los afecta a todos. Se disocia de manera creciente la realidad personal y privada de la realidad familiar, la cual se vuelve falsa y simulada. Para mantener el simulacro, la estructura familiar debe rigidizarse. Cada

miembro se encierra en sí mismo produciéndose el supuesto desligamiento y el silencio que describimos anteriormente y la interacción se estereotipa, los roles se rigidizan, las complementariedades previas se agudizan. El repliegue ya no es sólo una respuesta del sistema frente a la amenaza externa, sino también una estrategia para no ser descubierto, para mantener el mito colectivo: la negación del miedo y la angustia. La familia se vuelve entonces, no el espacio de seguridad afectiva necesario para enfrentar el miedo, sino que otra fuente de amenaza más.

— Por ejemplo, ahora la madre ya no sólo tiene miedo a que detengan al hijo, sino que también tiene miedo a quebrarse y dañar así a toda la familia, a que la hija mayor vaya a decir que tiene miedo, a que el padre cuando está ensimismado vaya a confesar que estaba pensando en las amenazas recibidas, a que el hijo esté afectado y angustiado por lo que está pasando.

La negación privada de la familia es reforzada por la negación pública del peligro. Sectores importantes de la sociedad se niegan a admitir la veracidad de los peligros y amenazas a los que la familia en cuestión está expuesta, para defenderse así de su propia vulnerabilidad. De este modo negación familiar y negación social se complementan y potencian mutuamente.

Es importante mencionar aquí otro aspecto dinámico que tiñe fuertemente la interacción familiar, a saber: la relación en función de las potencialidades negativas, tanto al interior del sistema familiar como con el macrosistema. Al predominar lo negado, lo no dicho, lo encubierto, se imposibilita la verificación en la práctica de lo subjetivo, disolviéndose los límites entre lo real y lo fantaseado y disminuyéndose las posibilidades de discriminación. Todo es visto como tendiente a aumentar la vulnerabilidad, todo se ha vuelto amenazante, los ruidos, las calles, los vecinos, la gente. A ni-

vel de la interacción familiar esto implica una percepción selectiva de las potencialidades negativas, tanto propias como de los demás. Las distintas emociones y conductas son evaluadas en función de su potencial destructivo y no en función de sus capacidades positivas, acogedoras, protectoras y constructivas.

— Por ejemplo, no es verdad realmente que el llanto del padre amenaza a la familia, pero se supone que sí es amenazante;

— No es dañino que estoy angustiado, pero supongo que sí dañará a los demás;

— No es negativo que la madre plantee en la mesa el tema que los aqueja, pero se supone que más positivo sería hablar de cualquier otra cosa.

Adicionalmente, y en relación tanto a la negación como a la interacción en función de las potencialidades negativas, observamos con gran frecuencia la sustitución de las emociones atinentes a la situación que se está viviendo, por otras que no se relacionan directamente con el estado emocional real de las personas involucradas. Nos interesa mencionar la sustitución del miedo por la rabia o agresión, y la sustitución del miedo por culpa.

La presencia de rabia en la interacción familiar puede interpretarse de varias formas. Por un lado, muchas veces observamos que el miedo predominante en la familia no es tanto el miedo a la amenaza recibida, sino que miedo al dolor, al duelo que puede anticiparse si la amenaza es llevada a cabo. La presencia de múltiples modelos de identificación en nuestra sociedad, en donde la amenaza y arbitrariedad han terminado en muerte, pérdida, separación o desaparecimiento, hace inevitable esta identificación con el dolor. En este contexto, el sufrimiento que seguiría al cumplimiento de la amenaza es tan profundo y paralizante, que defensivamente es sustituido por rabia y agresión, sentimientos al parecer más asimilables y más sobreviv-

bles, al motivar a quien lo padece a salirse fuera de sí mismo, a la acción. También el miedo al dolor y al duelo puede llevar a la agresión en la interacción familiar, debido al proceso psicológico que se deriva del siguiente mensaje implícito: "te tengo rabia pues si te pasa algo, como te quiero y te necesito tanto, soy absolutamente vulnerable".

Por otro lado, la presencia de agresión en la interacción de familias con miedo, puede interpretarse como una depositación en el "adentro", en el espacio familiar, de la rabia dirigida hacia afuera, hacia el agente agresor. El ataque mueve instintivamente a la defensa contra el agresor. Sin embargo, en nuestra sociedad la ruptura institucional ha dejado a una parte importante de la población desprotegida. Son frecuentes las acciones de civiles no identificados, la impunidad de ciertos organismos de seguridad, la prensa censurada. La justicia no siempre logra amparar a quienes la requieren y los organismos de Derechos Humanos encuentran límites estrechos para su accionar. Es frecuente, por lo tanto, el no tener a quien confiablemente recurrir para defenderse de la amenaza. La indefensión total provoca impotencia, la impotencia provoca rabia. La externalización de la rabia en forma constructiva, tales como denuncias o acciones legales, no sólo pueden ser ineficientes, sino que adicionalmente pueden ser peligrosas y llevar a mayores amenazas, aumentando la inseguridad de que se es objeto. La rabia queda así atrapada en el espacio familiar y tiñe de manera perturbadora sus vínculos afectivos.

En relación a la sustitución del miedo por culpa, encontramos un proceso parecido. La indefensión total y la inermidad, en otras palabras, la impotencia sostenida en el tiempo, mutila psicológicamente una necesidad afectiva y social vital para la familia, cual es la de proteger a sus miembros. La culpa deviene así en una forma defensiva de compensar esta mutila-

ción. La hemos interpretado como una forma de "reganar" el control perdido sobre la situación. El responsabilizarse y el autorrecrearse, ponen fantasiosamente los acontecimientos bajo el control propio.

— Por ejemplo, un padre es obligado a presenciar la tortura de sus dos hijos varones. Ahora, sus dos hijos están presos, en malas condiciones y bajo amenaza constante. Tiene mucho miedo. Sin embargo, en vez de reconocer el miedo, siente culpa: por no haber logrado romper las esposas que lo mantenían atado, y haber defendido a sus hijos de cuatro hombres armados que los torturaban. Al culparse por no haber hecho tal o cual cosa, vence defensivamente su impotencia. La culpa transforma el "no es posible hacer nada" a "es posible hacer algo, pero no lo he hecho".

Lo anteriormente descrito nos remite a otro proceso psicodinámico que subyace a los efectos del miedo en la familia: la polarización no dialéctica entre impotencia-omnipotencia y entre fuerza-debilidad, los cuales pasan a ser percibidos no como ambivalencias o contradicciones susceptibles de una síntesis dialéctica e integradora, sino como polos incompatibles, quedando la persona situada en uno u otro. Por un lado, la vivencia destructiva de la impotencia total y prolongada, promueve una tendencia a generar instancias omnipotentes, indemnes, capaces de todo y sin límites. Algunas personas logran paliar su impotencia y desvalimiento recurriendo a instancias omnipotentes social y culturalmente validadas, tales como Dios, la Iglesia o la oración, las cuales le permiten recurrir a otros, pedir ayuda, sin negar su situación real de amenaza e indefensión. Sin embargo, otras personas tienden a generar estas instancias omnipotentes en sí mismas o a delegárselas a un miembro de la familia, quien queda encargado de ser el fuerte, el indemne, capaz de absorberlo y resolverlo todo, inmovible frente a las

amenazas y resistente frente a los afectos dolorosos, perpetuando así no sólo la negación y rigidización, la cual mencionábamos previamente, sino también afirmando la destrucción familiar que originan estos procesos psicopatológicos.

Asimismo, la disociación fuerza-debilidad lleva a que los miembros de la familia sientan que deben elegir entre ser una u otra cosa distribuyéndose los roles de fuerte y débil, rígida y estereotipadamente. De este modo, el fuerte es el que no llora, el que no expresa angustia o preocupación, el que toma las iniciativas y el que acoge a los otros, negando por lo tanto, el debilitamiento que le provoca el reprimir sus emociones, negando sus necesidades de descarga y catarsis, negando sus propias necesidades de ser acogido y privándose de la fortaleza que deviene del compartir y enfrentar las adversidades colectivamente. El débil es el que llora continuamente, el que se derrumba frente a cualquier acontecimiento nuevo, el que no resiste la mención del tema que los preocupa, el que actúa irracionalmente, quedando así atrapado en un rol demandante, impulsivo, desorganizador, de portavoz de ansiedades grupales, negando así su propia fortaleza, sus propios recursos constructivos, su capacidad de actuar y tomar iniciativas, su disposición afectiva a acoger y apoyar a los otros.

Otro aspecto psicodinámico importante que queremos mencionar, es el manejo de los intentos de protección que observamos en las familias afectadas por el miedo. Frente a nuestras intervenciones terapéuticas, los miembros de la familia suelen explicar el silencio, la rigidización de roles, el contacto "como si", etc., como una forma de proteger a sus familiares y de ayudarlos a sobrevivir las circunstancias adversas.

— Por ejemplo, la madre dice: "si me ven a mí fuerte y entera, mis hijas van a pensar que lo que pasa no es realmente tan importante".

— El padre dice: "si yo me permitiera llorar, se vienen todos abajo, y ahí sí que no sé qué es lo que pasaría";

— El hijo dice: "para qué contarle a mis padres que me siguieron en la calle otra vez, sólo voy a lograr amargarlos y preocuparlos más, además yo me las puedo solo".

Vemos que la magnitud de las emociones vividas en forma paralela por los miembros de la familia, y su temor e incapacidad para expresarlas y compartirlas, los lleva a sobredimensionar el potencial destructivo de tales emociones para los otros, atribuyéndoles así una omnipotencia que no tienen. Comienza entonces el miedo a los propios sentimientos e impulsos, en torno a los cuales hay que construir un dique de contención que amenaza continuamente con romperse e inundar y destruir todo el espacio familiar. Esto aumenta la angustia y el desgaste, debilitando a la familia y restándole fuerzas para enfrentar las adversidades. En otras palabras, ante la imposibilidad de la protección efectiva, es decir la eliminación del agente agresor o amenazante; se sustituye la protección necesaria y posible —acogerse, compartir, tolerar ambivalencia y contradicciones, integrar los recursos afectivos y objetivos de la familia para enfrentar colectivamente el peligro, etc.— por lo que hemos llamado **sobreprotección**. Sobreproteger a los miembros de la familia, implica negar, simular, rigidizarse, reprimir las propias emociones, replegarse, aislarse. Al no poder protegerse unos a otros en lo esencial, sea esto integridad física o psicológica, se desarrollan formas de sobreprotección mutilantes en aspectos afectivos, comunicativos y sociales básicos, que justamente requieren de estimulación para la autonomía y el crecimiento y desarrollo personal y familiar.

En este mismo sentido sobreprotector, podemos interpretar lo que llamábamos congelamiento del miedo en un punto en el tiempo. Al arrinconar el peligro y la

amenaza en su momento de origen, es posible vivirlo y revivirlo continuamente como un hecho, no sólo del pasado, sino que también asible. Se sobreprotegen así unos a otros contra el horror que sigue al inicio del peligro, pero paradójicamente se logra también así la perpetuación del horror. Al ser negado y renegado en la cotidianidad para liberarse de él, termina inundándolo todo.

Por último, queremos hacer referencia a lo que muchas veces en este artículo hemos llamado un supuesto desligamiento entre los miembros de la familia por efectos del miedo. ¿Por qué hablamos de un supuesto desligamiento, connotando así que lo consideramos un distanciamiento artificial? Básicamente, porque hemos interpretado que detrás de este distanciamiento se esconde realmente un aglutinamiento familiar por efectos del miedo. La amenaza extrema tiende a provocar una indiferenciación entre el Yo y el Nosotros, los cuales se sustituyen mutuamente de manera indiscriminada, abriendo un campo fértil para las proyecciones y delegaciones recíprocas. El Nosotros diferenciado, caracterizado por distintas posiciones sujeto-objeto, tiende a variar hacia la fusión intersubjetiva de los miembros de la familia, lo que es básicamente un modo relacional no dialéctico. En otras palabras, se pierden los límites entre qué es de quién; todo es de todos, nada es de nadie. Lo propio pierde sentido, se rescata sólo en términos de lo que se supone podría significar o afectar al otro, y así recíprocamente. La intolerancia a la ambivalencia promueve que se distribuyan los diversos aspectos de las contradicciones en distintos miembros de la familia, lo que se manifiesta en la rigidización de los roles y la agudización de las complementariedades. Cada cual niega aspectos propios y los proyecta en los demás, quienes a su vez aceptan la proyección a cambio de la propia negación y delegación en los otros. El supuesto distanciamiento en este contexto, aparece como una

defensa contra la contaminación que podría resultar de una mayor cercanía, respecto de lo negado y delegado. Sin embargo, mantener esta distancia artificialmente requiere de mucha cooperación mutua, lo que en el fondo implica una dependencia total de unos con otros.

40 ¿Hasta dónde podemos suponer que lo analizado en familias directamente afectadas por el miedo es aplicable a otras familias de nuestra sociedad?

En el presente artículo hemos planteado la hipótesis de que el miedo ha llegado a ser una modalidad de interacción social básica en el Chile de hoy.

Nuestra práctica psicoterapéutica cotidiana ha tendido a confirmar esta hipótesis. En la atención de familias, cuyas patologías a primera vista no guardan ninguna relación directa con la realidad social-política, nos hemos visto obligados a discutir y elaborar sentimientos de inseguridad, desconfianza y miedo, actitudes de sobreprotección y conductas de aislamiento, que únicamente tienen sentido, en referencia a esta realidad externa y a las relaciones del sistema familiar con el suprasistema en el cual está inserto. En otras palabras, esto significa que no conseguimos la explicitación ni el alivio de los conflictos familiares a través de intervenciones terapéuticas dirigidas exclusivamente a la interacción intrafamiliar.

— Por ejemplo, una familia que originalmente presenta un diálogo muy desorganizado y desestructurado, con un padre que se describe a sí mismo como un "bruto que no entiende nada"; una mamá dependiente de psicofármacos que amenaza constantemente con matarse y matar a sus hijos, y niños constantemente llorando y culpándose de actuar mal, se convierte en una familia absolutamente capaz de una comunicación sana, en el momento que los terapeutas comienzan a incluir la discu-

sión de la situación económica de ellos. Se generan así las condiciones para el desarrollo de una confianza básica entre pacientes y terapeutas, siendo entonces posible abocarse al trabajo de los problemas intrafamiliares de ellos. Nuestra interpretación en este ejemplo, es que la conducta cuasipsicótica de desorganización inicial estaba marcara, de algún modo, por el miedo a enfrentar una situación económica desgarradora y por el miedo a confiar ésta a los terapeutas.

Nuestra hipótesis también nos aporta elementos de comprensión acerca de las actitudes de múltiples jóvenes que acuden a nuestra consulta. No tienen confianza en nada, ni en su futuro, ni en los estudios, ni en sus amigos, ni en sus padres, ni en el país; defendiendo su soledad y aislamiento escépticamente como "la realidad de la vida". Es frecuente que después que hemos logrado que nos confíen afectos y situaciones muy íntimas, vuelvan a su escepticismo y desconfianza inicial, connotando así la confianza depositada en nosotros como un hecho puntual del momento, y no como producto de un proceso prolongado mediante el cual es posible ir adquiriendo confianza en los vínculos y en los otros.

Así también podemos comprender el creciente uso de un lenguaje indirecto y la sobreabundancia de eufemismos en nuestra interacción cotidiana. Esto nos defiende de tener que mostrarnos como somos, dándonos tiempo para averiguar y asegurarnos una y otra vez, quién y cómo es el otro. Un error puede ser fatal, si nos apresuramos a confiar, corremos el riesgo de perder nuestros amigos, nuestros afectos, nuestro status, el trabajo, nuestra seguridad personal y familiar, y en casos extremos, hasta nuestra libertad o la vida. Nos hemos acostumbrado a buscar en cada frase el contenido latente e implícito que contiene, y este artículo no es ninguna excepción en este sentido. Hemos aprendido a expresar nuestros deseos,

opiniones, intenciones y sentimientos, para mayor seguridad, de una manera encubierta, como potencialidades que el otro puede descubrir, pero que nosotros también podemos negar, si nos parece que ése es el caso.

En síntesis, nuestra hipótesis plantea que la amenaza vital, la destrucción y en consecuencia, el miedo, han llegado a configurar elementos centrales, de mayor o menor incidencia de acuerdo a las circunstancias específicas, en la vida y en las interacciones de todos nosotros.

Sabemos que los sistemas vivos se encuentran en un eterno proceso dialéctico, entre la tendencia hacia la homeostasis y la tendencia al cambio. Un sistema vivo que no cambia, es decir que se dedica exclusivamente a defender la ho-

meostasis, muere. Un sistema que únicamente cambia, a la larga también se destruye. El miedo, o dicho en otras palabras, la amenaza de desintegración del sistema, promueve, por lo tanto, la defensa rígida de la homeostasis, lo cual contribuye a afirmar la destrucción. Esto es lo que hemos observado en las familias directamente afectadas por el miedo y la amenaza vital. Sin embargo, si aceptamos la hipótesis de que el miedo se ha convertido en uno de los ejes básicos que atraviesa la interacción social, debemos consecuentemente estar alertas al riesgo de rigidización que surge para la familia en el Chile actual. Si el cambio es equiparado, confundido o sustituido por caos, destrucción, amenaza vital y riesgo de desorganización, pierde su significado real

de potencialidad de crecimiento y desarrollo, dando pie a que la lucha desesperada por la homeostasis conduzca no sólo a la parálisis, a la inhibición, al repliegue personal y social, sino también a la patología familiar previamente analizada.

Para concluir, queremos puntualizar con mucha claridad que el objetivo terapéutico del tratamiento de familias con miedo, no es superar el miedo. Superarlo equivaldría a negarlo, y por lo tanto a perpetuar sus efectos destructivos sobre la familia y la sociedad. Más bien, el objetivo principal de la psicoterapia es el enfrentamiento del miedo para integrarlo de manera sana y dialéctica, con todas implicaciones y contradicciones.

Identidad Latinoamericana: Psico-antropología y Psico-historia*

JORGE GISSI BUSTOS (*)

RESUMEN

Partiendo de una constatación lingüística sobre algunos términos, se la vincula a la ambigüedad de la identidad latinoamericana. Este problema se relaciona con la dependencia cultural presente y pasada la baja autoimagen continental a ella relacionada, y el clasismo y racismo actuales, sólo inteligibles a la luz de la conquista y sus secuelas actuales. Es pues un estudio supradisciplinario con énfasis psico-histórico-cultural.

SUMMARY

Beginning with a linguistic diagnosis it is related to the ambiguity of latinoamerican identity. This problem is related to post and present cultural dependence, the low continental self-concept attached to it, and current classism and racism, only identifiable to the light of conquest and its current effects. It is a supradisciplinary study with emphasis on psychological-historical-cultural aspects.

UN CONTINENTE SIN NOMBRE

De una manera notable se constata que Latinoamérica no tiene nombre, todos ellos son coloniales o neocoloniales.

Así pues, tenemos:

a) La palabra "América": Martín Waldecomuller, cartógrafo alemán, fue quien propuso tal nombre como homenaje a Américo Vespucio, navegante italiano.

b) La palabra "indio": Previo a la llegada de Vespucio, Cristóbal Colón, otro navegante italiano bautizó erróneamente al continente como la India y consecuentemente a sus habitantes como los "indios".

c) La palabra "descubrimiento": la suposición del "descubrimiento" de América por los españoles en 1492 revela el grado en que América Latina no ha sido un mundo "para sí" sino un mundo "para otro". O sea: en 1492 América fue descubierta como colonia por un imperio. Desde muchos siglos antes que el XV estaba descubierta por sus habitantes.

d) La palabra "americano" en la actualidad: Actualmente se da una sinonimia EE.UU. - América. Es neo-colonial tal sinonimia, en la medida que no da una carta de ciudadanía al latinoamericano.

e) La palabra "latina": la última observación terminológica que corresponde hacer aquí es relativa al apellido "latina" de la América. Fue Napoleón III quien la llamó así en oposición a "hispánica", interesado en reivindicar la influencia y legitimizar la dominación francesa en América.

INTRODUCCION

Este ensayo parte de la lingüística y termina en la historia y la política del futuro. Soslayadamente pasa por la psicología, sociología y antropología y antropología. Se diría que es un estudio interdisciplinario, suponiendo por tal término, la constitución de una síntesis teórica a partir del objeto más que de las diferentes disciplinas académicas.

El objeto aquí es Latinoamérica, es decir, nosotros mismos. Es un objeto-sujeto. Este ensayo se detiene específicamente en el ámbito psicosocial latinoamericano, y en estrecha relación con ello, nuestra cultura continental.

Las tesis de este artículo serán simples: se parte por constatar que la América Latina no tiene verdadero nombre; todos ellos son coloniales o neocoloniales. Desde

aquí se pasa a ver que no tenemos identidad, o que ésta es precaria, y de aquí se hace notar que esto es a la vez una consecuencia y causa central de la dominación pasada y presente, económica y cultural, pública y privada. Y que, por tanto, tenemos que construirnos una identidad.

Así pues, se enfrentará la dialéctica entre lo macrosocial y lo individual en su real historicidad, estructura y complejidad, como medio de abordar nuestro objeto-sujeto que es la América Latina.

Por otra parte, se considerará algo de lo económico-social, y la historia de Latinoamérica, aspectos esenciales para entender algo del continente. La historia es más bien aquella de las estructuras significativas, de la dialéctica pasado-presente-futuro, del pueblo y de los pueblos de América Latina. En dichas consideraciones, la antropología y sociología contribuyen significativamente a iluminar diferentes aspectos de nuestro continente.

(*) Para un desarrollo más extenso véase mi artículo en la Revista **Estudios Sociales** N° 33, Santiago, C.P.U. 1984.

(*) Luis Beltrán 1711, Ñuñoa.

Los problemas de los nombres ya expuestos, nos muestran que el continente tiene resabios neo-coloniales. Estos se relacionan con el problema de la identidad, también neo-colonial. A ello se dedica el resto de este estudio.

EL TRAUMA DE LA CONQUISTA

La América Latina que conocemos parte del trauma de la conquista, y los múltiples conflictos resultantes de tal trauma están del todo vigentes en la actualidad. Para superar el trauma hay que empezar por reconocerlo, y la claridad nos permitirá aproximarnos al encuentro de nuestro propio ser, para intentar la conquista de nosotros mismos. (Portilla M.L.: 1974).

El arribo de los europeos fue recibido por los indígenas con sentimientos ambivalentes: curiosidad, temor y esperanza. Una profecía maya anunciaba la llegada de los blancos y un período de terror y miseria; los aztecas en particular tenían una leyenda sobre el retorno del dios rubio Quetzalcoatl, de modo que algunos de ellos interpretaron como tal la llegada de los españoles. Desde el comienzo, la derrota militar y el shock cultural fueron para los indígenas una sola y misma cosa, pues ellos quedaron perplejos ante las armas de fuego, las armaduras y los caballos que no conocían. Además de la diferencia en tecnología militar y de las diferentes actitudes ante la guerra y los enemigos, el triunfo español se vio facilitado por las divisiones de los indígenas entre sí. Agregadas a la derrota militar la violenta invasión cultural, el asesinato de la clase gobernante y sacerdotal, y las epidemias, la población indígena disminuyó impresionantemente durante el siglo XVI. Junto con la pérdida de población, se perdió la independencia política y económica, la tradición y la identidad cultural indígenas. Los extranjeros se transformaron en clases dominantes, los indios en clases dominadas. De este modo, la

dominación fue esencial a la formación de América Latina. El carácter de colonia después se rompió en cierto grado con la Independencia, pero la correlación entre la dominación de clases y razas ha subsistido hasta hoy en todos los países de América Latina, y la identificación de lo blanco-europeo como superior también. Es la presencia actual del trauma de la conquista.

DECULTURACION, PERDIDA DE IDENTIDAD Y FRUSTRACION DE NECESIDADES BASICAS. ACULTURACION AMBIVALENTE Y CULTURA DE RESISTENCIA

Como veíamos, el arribo de los españoles conllevó una destrucción cultural, provocó una desarticulación psicosocial entre los indígenas, que dura hasta hoy. Se quebró la necesidad de arraigo de los indios en su tierra y en su mundo, y el mismo ser de ellos se vio destruido: sucumbió así la necesidad de identidad. La perplejidad cultural y psicológica se hacen una, la autoimagen y autoestima se deterioran. (Portilla M.L., 1974, Lipschutz A., 1975).

En estrecha relación con los conceptos psico-sociales de identidad, necesidades básicas, frustración y afines, está el concepto antropológico de deculturación. La reacción predominante de los indígenas ante la frustración fue en el 1500, y sigue siendo, la resignación y apatía, única reacción posible una vez obsoletas la agresividad defensiva e inviable la compensación, salvo por el alcoholismo.

Probablemente podrían ligarse a la resignación la regresión y fijación (1) como reacciones ante la frustración de los indígenas: además éstas pueden considerarse como defensa de lo que queda de la propia identidad indígena, defensa que provoca el cierre actual de los vínculos con blancos. Es lo que antropológicamente se

ha llamado "cultura de resistencia". Sólo en este sentido se podría decir que los indios tengan una "fijación" en su cultura como reacción a la frustración. Tanto la fijación como la frustración son efectos de la invasión española, por tanto, habría que cuidarse de no interpretar psicologistamente estos hechos. Las actitudes de los indios se hacen desorientadas, como veíamos, y la fuente de tales actitudes son el proceder de los españoles. Aparte de la violencia, éstos traen una mentalidad mesiánica, etnocéntrica y "civilizadora": quieren imbuir el cristianismo en los indios. Fenómeno por el cual el cristianismo español es percibido por los indios como una extrema "incongruencia de actitudes". Así, el cristianismo español aparece como una farsa para los intelectuales indígenas, se visualiza como el "Anticristo". Este catolicismo feudal legitimador de opresión, fomentador de sentimientos de culpa, colaboró a mantener durante siglos el orden feudal en Europa, y era la concepción hegemónica que trajeron los españoles a América. (Rama C., 1977).

La violencia y robos, la destrucción del arte indígena, la prohibición de sus ritos, la destrucción de su vida económica, social y familiar, son momentos que fueron provocando la deculturación de los indios, con su consecuente cultura de resistencia y desconfianza básica. La aculturación indígena con la cultura hispánica fue impuesta, y por tanto ambivalente. La expresión "aculturación ambivalente" sintetiza un concepto antropológico y otro psicológico como constituyendo una totalidad. El elemento ambivalente de tal aculturación surgió porque ella fue impuesta en todos los pla-

(1) Las reacciones a la frustración aludidas están tratadas en Maier: Psicología Industrial y en Brown: Psicología social en la industria. La compensación fue observada por Freud y Adler. Actualmente hay mucha literatura psicosocial y psiquiátrica al respecto, también alguna antropológica y sociológica.

nos, transformándose en condición de supervivencia para los indígenas. La aculturación ambivalente implicó, pues, la internalización de pautas españolas por los indios, pero a través de una percepción ya traumatizada.

Los indios fueron aprendiendo el castellano y haciéndose aparentemente católicos, fueron asumiendo ropa, instrumentos musicales y otros elementos de los españoles. Pero a la vez que asumían parte de tal cultura la rechazaban, temían, odiaban y transformaban en términos de las propias culturas indígenas. Así muchos indios hablan castellano, pero sólo el mínimo vital para las relaciones mercantiles que les son necesarias, y muchos hay aún que, no necesitando tal mínimo, no hablan nada.

Esta aculturación parcial y ambivalente ha implicado desde el 1500 hasta hoy una identidad cultural y psicológica también ambivalente, una autoimagen ambivalente. En efecto, se valora lo indígena porque es lo propio y la tradición, pero lo indígena es también sinónimo de dominado e "inferior" desde casi 500 años. ¿A quién le puede gustar tener una autoimagen de dominado e inferior? En la otra cara, se valora lo europeo y blanco porque es "fuerte" y "desarrollado", "educado" y dominante, pero a la vez se lo rechaza por extraño y por la misma dominación. Esta identidad ambigua implica un desgarramiento que se ha hecho crónico en la cultura y mentalidad indígena, y a través de ellas en toda Latinoamérica.

POBLACION, RAZAS, CLASES Y STATUS EN AMERICA LATINA

Las afirmaciones precedentes sobre la relación entre deculturación indígena y deculturación de América Latina, entre identidad ambivalente indígena e identidad ambivalente de América Latina, no se basan solamente en los nexos histórico-culturales ya observados. Se basan también en el diagnóstico de la sociedad presen-

América del Sur %		América Central y Antillas %
Indios	8,52	19
Mestizos	22	38,82
Negros	7,34	13,04
Mulatos	13	8,04
Total No Blancos	50,86%	78,9%

te. La historia pasada se ha hecho historia presente, y llegará a ser igual y repetida historia futura si no se la asume de alguna manera.

El nexo entre pasado y presente son los pueblos y sus culturas, la estructura de las clases y razas, la estructura y tradiciones económicas y políticas. Son los hombres y mujeres de América Latina quienes marcan todos esos nexos hasta hoy, son ellos los mediadores y concretizadores de toda política, economía, cultura e historia. Y entre esos hombres y mujeres, como ya hemos dicho, son esenciales a la estructura del continente los indígenas, negros, mestizos y mulatos.

Enfrentemos, pues, algunos datos sobre la composición humana de nuestra América: Angel Rosenblatt da las cifras señaladas en el gráfico.

Se manifiesta en estas cifras que la población no blanca es la mitad en la América del Sur, y pasa las 3/4 partes en la América Central. Las variaciones regionales y nacionales son bastante importantes, habiendo predominio indígena en algunos países (Guatemala, Bolivia, Perú, Ecuador), negro en otros (Haití, Panamá, Jamaica, Trinidad Tobago), europeo en otros (Argentina, Uruguay), mulato en otros (Cuba, Venezuela, República Dominicana) y mestizo en la mayoría. El cono sur es predominantemente europeo, las Antillas son predominantemente negro-mulatos, etc. (A. Rosenblatt, 1945; D. Ribeiro, 1972; Cabezas B., 1966). Ahora bien, la zona más europeizada es precisamente tam-

bién la zona con menos fecundidad en América Latina. Por tanto, la tendencia de aumento demográfico es mayor en los demás países, y dentro de ellos es mayor en la población no blanca. No obstante la realidad, América Latina no quiere verse a sí misma como lo que es: un continente mestizo y mulato. Aún se considera a nivel oficial y por las clases medias y altas urbanas que los indios y negros son "unos pocos". No se quiere ver a los no blancos porque son pobres, y a los pobres no se los asume porque son en general no blancos. La brecha y la incomunicación de la conquista se mantienen. La superposición de clases, razas y europeísmo también. Los países con menos indios y mulatos se consideran a sí mismos "superiores" a los otros, y los otros aceptan a veces su supuesta "inferioridad". El etnocentrismo europeo de la conquista subsiste, pero hoy en el mismo interior de las clases dominantes blancas, que se autoconsideran europeas o norteamericanizadas, y que viven más mirando a Europa y Estados Unidos que hacia dentro de sus propios países. Así, aparece un etnocentrismo euronorteamericanizante alienado (2). Ahora bien, la influencia social es también influencia racial en cuanto a la relación de dominación y superioridad e inferioridad míticas. La inferioridad social se la lee como inferio-

(2) Alienado deriva de *alius*, *aliens*, y es sinónimo de enajenado, de alienus: todas las raíces significan extraño, ajeno, otro.

ridad racial, psicológica y moral, con toda una carga de connotaciones y prejuicios que permiten a las clases dominantes, generalmente blancas, legitimar su dominación. Por otra parte, el atribuir a la raza deficiencias psíquicas y/o éticas la situación socio-económica de los pobres, la ideología hegemónica invierte la realidad de las relaciones causales, y fomenta una concepción de las clases y el poder autoritario centrada en el psicologismo, en la inmóvil naturaleza, o en el "justo orden de los méritos". Simultáneamente, no se percibe la sociedad de clases como injusticia, discriminante y perjudiciada, sino como mero efecto del uso que se haga de la libertad individual.

LA IDENTIDAD DE AMERICA LATINA HOY: DIAGNOSTICO Y TAREA

La identidad es la respuesta a la pregunta: ¿Quién soy yo? En este sentido, todo hombre tiene en la necesidad de identidad una de sus prioridades básicas, una luz de su existencia. Así también toda cultura, pueblo o país. Cada país de América Latina y ella entera se pregunta y se responde. Las respuestas predominantes en cada país se legitiman, se institucionalizan y se difunden como "cultura hegemónica" (Gramsci), buscando un consenso relativo en la mayoría de los ciudadanos. La mayor parte de los habitantes internalizan esa cultura hegemónica, y cuando ellos son privilegiados la representan activa y gustosamente, dándose una autoimagen alta, ostentando la riqueza y capacidad de consumo que los diferencia de los demás, y diciéndose a sí mismos: "soy culto y desarrollado". Cuando no son privilegiados, generalmente también internalizan la cultura hegemónica precisamente porque ésta es hegemónica, transformándose en cultura subalterna dominada. Pero se representa tal cultura, tal respuesta a la identidad más pasivamente: se la sufre.

La dialéctica de la identidad oscila entre diferentes niveles: La

América Latina como totalidad, cada país, las razas, las diversas clases, los individuos. La identidad remite pues a la subcultura y al "carácter social" (Fromm) (3). El análisis puede por consiguiente y legítimamente privilegiar lo macro-social, lo micro-social o lo individual, según sea el objetivo. Aquí se quieren dar elementos genéricos sobre y para la conciencia latinoamericana. Excútese, pues, dejar en un segundo plano las diferencias de clases, regiones, naciones y otras igualmente reales.

a) La "civilización"

Latinoamérica ha tenido más de la mitad de su historia como colonia, y después de la Independencia se ha independizado en algunas cosas y mantenido neo-colonial en otras.

Uno de los puntos cruciales en que la colonia se transformó en neo-colonia, es la valoración, actitudes y prejuicios sobre Europa y en el siglo actual también sobre EE.UU.. A Europa se la considera aún "cuna" de la civilización. Aparte de que esto es un error (Ribeiro, 1970), no se quiere que aquí la cultura europea y norteamericana no sean importantes en muchos aspectos, sino que para nosotros deben ser menos importantes que nosotros mismos.

Durante siglos los europeos han creído que la historia de la civilización empezaba en Grecia y terminaba en Europa misma; los norteamericanos suelen creer que termina en ellos. El etnocentrismo europeo y después norteamericano ha ido de la mano con el racismo. Así, Europa se respondió sobre su propia identidad: "yo soy la razón, el bien, el progreso, la democracia".

La palabra civilización suele connotar esos y otros valores hasta hoy. Habiendo sido Europa cultura hegemónica en América Latina durante siglos, le enseñó tal palabra con sus connotaciones a nuestros abuelos, y éstos lo aprendieron y transmitieron a nosotros. Por este uso neo-colonial de la

palabra civilización o de la palabra cultura, no se han llamado hasta hace poco "civilizaciones" ni "Culturas" a las civilizaciones y culturas indígenas prehispánicas.

Dada esta hegemonía, el que identifica civilización con Europa o Estados Unidos ¿qué puede responder a su necesidad de identidad en cuanto latinoamericano? Quizá se podría responder que se está aquí por casualidad, o por algún error de la providencia, pero que se es un buen europeo en cualquier caso, un buen civilizado. Esto es todavía una derivación indirecta del trauma de la conquista. (Martí, J. 1967).

b) La historia y la falsa identidad

La dependencia cultural se liga con la economía y se refuerzan recíprocamente hoy como ayer. Ambas implican y se refuerzan a la vez con la dependencia en la visión histórica de nuestra América.

Por los españoles y después por sus hijos que dirigieron la Independencia, la historia de América se ha considerado frecuentemente comenzada en 1492. Pero creer que la historia de una colonia se puede entender leyendo la historia escrita por los colonizadores, es por lo menos ingenuo y unilateral. Porque los colonizadores harán siempre una interpretación etnocéntrica, ellos necesitan legitimar su colonización y deslegitimar al colonizado, como enseñan la Antropología, la Historia y la Ciencia Política. Los colonizadores apelan a cuanto mecanismo de defensa sea necesario para evitarse sentimientos de angustia y/o culpa: la racionalización de toda conducta, la proyección de lo sentido "malo" o injusto, la negación de intenciones no aceptables para su moral, el *splitting* entre "buenos" y "malos" puros. Así, también el psicoanálisis tiene mucho que decir acerca del por qué la historia

(3) El carácter social con los rasgos de carácter comunes a la mayoría de los individuos de una (sub)cultura, los que han tenido por tanto una socialización común.

escrita por los colonizadores no es exactamente la historia.

Siendo Latinoamérica la mezcla insólita y trágica de indios, europeos y negros que es, la historia escrita solaamente por los europeos no resulta sino neo-colonial. Esa historia no ha podido ser satisfactoria, por lo menos hasta hace poco tiempo (4).

Así, la lucha por nuestra identidad ha de ser académica y sociopolítica, teórica y práctica. Ambas dimensiones se reforzarán recíprocamente en el nuevo descubrimiento de América. Por otra parte, ha de ser también intelectual y emocional, pública y privada, abstracta y concreta. La reivindicación de lo latinoamericano pasa por la reivindicación de lo moreno y de lo popular, de las culturas subalternas. Esta reivindicación ha de ser polifacética, porque la identidad de América Latina está ahogada aún en todos los niveles observados, en todos los intersticios de la vida social.

c) Identidad asfixiada y "carácter social"

La identidad asfixiada nos ha provocado un querer ser lo que no somos. En las culturas neo-coloniales se mama la inautenticidad desde el nacimiento. El "carácter social" latinoamericano sigue ambivalente, espurio, enajenado en diferentes grados y modos. Se siente vergüenza de ser negro o indio, mulato o mestizo, se ocultan los apellidos y el origen familiar, se siente también vergüenza de ser pobre, porque se ha enseñado que todo ello es vergonzoso. La vergüenza es un autorrechazo, es un querer ser lo que no se es. La

identidad negativa, la autoimagen es "negada", en sentido psicoanalítico. Pero la vergüenza del dominado es hija de la dominación, y la "psicoterapia" consiste aquí en combatir contra la dominación, por la democratización en todos los planos. La vergüenza de la pobreza se supera superando la pobreza, y la de la discriminación racial se supera además asumiendo la América Latina real. Las clases dominantes blancas(5), y de etnocentrismo alienado, tienen también vergüenza ellas mismas de ser latinoamericanas. Así, para subir su autoimagen, han introyectado acriticamente las modas europeas y norteamericanas. El no asumir la propia identidad latinoamericana lleva a ponerse la máscara, y ésta aumenta luego la ceguera y sordera.

El carácter social latinoamericano deviene así un caso un poco psiquiátrico. Se hace un carácter social algo "histérico", que simula para tener aprecio; algo "narcisista", que niega su propia realidad y se autoidealiza en la fantasía; algo "esquizoide", que es y no es, que no sabe quién es, que vive de "dobles mensajes" (Bateson). En estrecha interacción con este carácter social de los latinoamericanos, la cultura se hace anómica: se oscurece cuáles son las normas para ser un buen latinoamericano, la cultura se hace enajenada y lejana a sí misma. La neurosis existencial, la crisis de identificación, la anomia y la alienación se refuerzan unas con otras.

En la actualidad las características raciales se mantienen como simbolizantes de características sociales, económicas y psicológicas, los símbolos de status exigen y facilitan que los más blancos sean percibidos como "superiores", o como "mejores", y que se expresen ante ellos actitudes de reverencia, admiración y/o timidez. Como la superioridad socioeconómica es real, estas actitudes y prejuicios se confirman y mantie-

nen, confirmando también la autoimagen alta de los blancos. Los negros, indios y sus derivados mezclados, en cambio aparecen como carencia, como inferioridad en los diferentes planos: económico, social, y sus características físicas (raciales) son para ellos negativos, deviniendo fuentes de estigmatización. (Barros L. y Vergara X, 1975).

El fundamento empírico de esta correlación entre razas y clases es a la vez causa y consecuencia del prejuicio y de la "ideología dominante" o "cultura hegemónica al respecto.

Es causa del prejuicio porque desde el 1500 quedó "demostrado" con la derrota y deculturación indígena, que los europeos eran "superiores". Las primeras generaciones de indios no legitimaron esta división entre indios inferiores y europeos-superiores, pero la deculturación compulsiva a que se sometió la cultura indígena, más la dominación económica y política total, sin duda lograron que paulatinamente la cultura española se fuera haciendo hegemónica.

Por otra parte, la correlación de clases y razas es consecuencia de los prejuicios porque se discrimina a priori a quien no sea bastante blanco, tanto en la escuela como en el trabajo. Esta discriminación implícita o explícita, condena de hecho a la inferioridad social y económica a quienes no son blancos, salvo excepciones. La profecía racista se transforma así en una "profecía que se cumple por sí misma", como han demostrado los psicólogos sociales.

De estos modos, la legitimación social de la dominación se hace complementaria con la legitimación psicológica de ella, la que impide los sentimientos de culpa de los privilegiados al pretenderse que tales privilegios sean "naturales" y "necesarios".

d) La religión

La cultura religiosa hispánica era feudal y legitimadora de las clases-castas. Así, la influencia católica en América Latina marcó

(4) En los últimos años tenemos algunos grandes libros europeos y norteamericanos, ya no etnocéntricos, sobre América Latina. Por ejemplo: los de Ruggiero Romano y Marcello Carmagnani, en Italia; los de Pierre Chaunu y Nathan Wachtel, en Francia; los de Lewis Hanke en Estados Unidos, etc. También varios latinoamericanos; M. León; A. Lipschutz, D. Ribeiro, T. Halperin, G. Freyre, L. Vitale, J.A. Ramos, etc. (Estos nombres distan de ser exhaustivos).

(*) Blancas generalmente, pero con distintos grados de mestizaje según los países.

las "cualidades" de obediencia y sumisión para los pobres, de orgullo y pretendida espiritualidad para los ricos. Los mensajes, el estilo y los valores del catolicismo se bifurcaron según las clases y castas.

Gramsci hacía notar cómo la concepción popular del mundo es incoherente y producto de una superposición de diversas concepciones del mundo ligadas a diversos momentos del proceso histórico. Esta mezcla de concepciones del mundo se expresa en Latinoamérica en la mezcla de culturas precolombinas con catolicismo hispano-feudal, con alguna influencia europea post independencia y cultura norteamericana del siglo XX, y con formas aún marginales del nuevo cristianismo más crítico y más social. Pero esta incoherencia y mezcla se da no sólo en las clases populares. Aunque diversa, también en la concepción del mundo de las demás clases hay una superposición de categorías hispano-feudales, norteamericanas y católicas modernas. Así se ha reconocido la necesidad de conocer la religiosidad popular para evangelizarla mejor, pero también se ha deslegitimado el pseudo-cristianismo que legitiman la dominación y la injusticia.

e) La educación

Así como la religión, tampoco, la educación ha cumplido su misión latinoamericana ni humanista. Gran parte de la educación ha

sido alienada y autoritaria, clasista, racista y de ajeno etnocentrismo. Nuestros estudiantes de todos los niveles saben más de Napoleón que de Bolívar, más de los filósofos griegos que de filósofos latinoamericanos, más de artistas italianos que de artistas nuestros. Y es claro que se deben conocer la filosofía griega y el arte italiano, pero juntos con lo nuestro y para ligarlos con ello.

f) La "cultura"

Así, la cultura en sentido general y la cultura en sentido restringido están ambas bloqueadas en su desarrollo latinoamericanista, y el bloqueo de cada una mantiene el bloqueo de la otra. No obstante, es porque Latinoamérica ha ganado conciencia sobre sí misma en la segunda mitad del siglo XX, que la expresión latinoamericana se ha hecho más manifiesta. A su vez, la creación ha enriquecido nuestra sensibilidad y nuestra imaginación ante la sociedad latinoamericana misma. Porque lo mejor de la creación continental es frecuentemente apelativa de lo indio o lo negro, de lo mestizo o lo mulato. Esto no niega que el espíritu europeo y norteamericano sean también ya parte esencial de Latinoamérica, en especial bajo sus formas progresistas de racionalismo y liberalismo político y social. Es precisamente en nombre de las fuerzas progresistas de la razón, la libertad, la igualdad, la

justicia, que se reivindica la autonomía, libertad cultural del continente y de todos sus hombres.

Así, América Latina se ha abierto espacio en el mundo, en la medida que se ha presentado como América Latina. Así es como hoy y todavía contra parte de nosotros mismos, América Latina se abre camino. Paradojalmente, la cultura alternativa fundamental para nuestro continente implica abrirse a nuestra cultura. La cultura alternativa alternativa implica cuestionar la cultura hegemónica internacional y antidemocrática, reproducida en nuestros países.

Maestros no nos faltan, pero tenemos que desenterrarlos, que verlos de nuevo, con nuevos ojos. Reléase a Neruda en su Canto General, poema cumbre del siglo XX:

"Sube a nacer conmigo, hermano.
Dame la mano desde la profunda
zona de tu dolor diseminado.

Mírame desde el fondo de la
tierra,
labrador, tejedor, pastor callado;
domador de guanacos tutelares;
albañil del andamio desafiado;
aguador de las lágrimas andinas;
joyero de los dedos machacados;
agricultor temblando en la semilla,
alfarero en tu greda derramado:
traed a la copa de esta nueva vida
vuestros viejos dolores enterra-
/dos..."

BIBLIOGRAFIA

Barros L. y Vergara X.: El modo de ser aristocrático. Santiago: Aconcagua 1975.
Cabezas B.: América Latina una y múltiple. Santiago: DESAL 1966.
Lipschutz A.: El problema racial en la conquista de América. México: Siglo XXI, 1975.

Martí J.: "Nuestra América". Es un artículo recopilado en varias Antologías, por ejemplo en José Martí en los EE.UU. Madrid: Alianza, 1967.
Portillo M.L.: El reverso de la conquista. México: Mortiz. 1974.
Rama C.: Sociología de A. Latina. Barcelona: Península, 1977.

Ribeiro D.: Las Américas y la civilización. Buenos Aires: Centro Editor de A. Latina. 1972.
Ribeiro D.: El proceso civilizatorio. México: Siglo XXI, 1970.
Rosenblatt A.: La población indígena de América desde 1492 hasta la actualidad. Buenos Aires: Instituto Cultural Español, 1945.

Psicoterapia de Individuos Gravemente Perturbados y Comunidad Terapéutica

TERESA HUNEEUS COX(*)

RESUMEN:

En el presente trabajo se plantea el problema que constituye la identificación, la clasificación y el tratamiento de las enfermedades mentales. Se refiere en especial a la esquizofrenia y a la controversia que existe en cuanto a su etiología, diagnóstico y tratamiento. Luego se hace una revisión de los diferentes tratamientos que reciben las personas gravemente perturbadas, poniendo especial énfasis en el Hospital Diurno y en las ventajas de la hospitalización parcial versus la hospitalización total. Se analiza brevemente la situación en nuestro país, haciendo hincapié en la falta de instituciones intermedias para tratar a individuos psicóticos.

Luego se describe el modo de funcionamiento del Hospital Diurno en forma de Comunidad Terapéutica, Melinka.

SUMMARY

This paper discusses the problem of the identification, classification and treatment of mental illness. It refers specially to Schizophrenia and the existing controversy regarding its etiology, diagnostic criteria and treatment. An attempt is made to review the different forms of treatment that severely disturbed patients receive, with special emphasis on Day Hospitals and the advantages of partial hospitalization versus total hospitalization. The situation in Chile is briefly analyzed, stressing the lack of intermediate institutions for the treatment of psychotic individuals.

Melinka, a Day Hospital which works as a Therapeutic Community, is described.

1. IDENTIFICACION DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Entre los Psicólogos suele existir una tendencia a negar la enfermedad mental o a evitarla, dejándola enteramente en manos de la Psiquiatría. Podemos hacer mucho por los sujetos gravemente perturbados siempre que aceptemos que realmente existe la enfermedad mental, sepamos reconocerla y tratarla de manera adecuada. Lo primero, es por tanto, saber reconocer o "diagnosticar" (palabra que produce rechazo en algunos) la psicosis, pues, al hablar de individuos gravemente pertur-

bados estamos hablando de enfermos psicóticos. Es necesario saber con que paciente estamos tratando, pues así sabemos, qué es lo que podemos esperar, evitando crear falsas expectativas y frustraciones inútiles y riesgos innecesarios con nuestros enfermos. En mi experiencia lo más característico y definitorio de las personas que en algún momento de sus vidas se pueden denominar como psicóticas es que son personas a las que por algún motivo (sobre esto hay múltiples teorías), se les produce un quiebre con la realidad. Pero este quiebre no es total: es sólo en una parte, el resto continúa sano.

Sobre clasificación de enfer-

medades mentales existe una gran controversia que va desde aquellos que la rechazan totalmente como algo que "etiqueta" y "enfrasca" al individuo, y por lo tanto se resisten a utilizar lo que ya se sabe al respecto, hasta aquellos que se limitan a descubrir en el paciente síntomas, los describen minuciosamente, perdiéndose así en floridas y detalladas descripciones de sintomatología, lo que en nada ayuda a la mejoría del sujeto en cuestión. Creo que entremedio de estas dos posturas está la que más útil puede serle al propio enfermo, la que consiste en conocer con que patología se está tratando y hacer aquellas cosas que son más útiles para la persona que la padece.

Aunque se han diferenciado varios tipos de psicosis, el problema más controvertido de la psiquiatría es la esquizofrenia. Es también el más numeroso, ya que el 1% de la población sufre de esquizofrenia y esta cifra es más o menos semejante en todo el mundo. Por esto y porque me parece que cumple con las condiciones de clasificación arriba mencionadas, voy a utilizar el criterio del DSM III. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), para ubicar la enfermedad denominada esquizofrenia (EQZ) dentro de algún marco referencial.

Desorden esquizofrénico:

A. Tiene que tener por lo menos uno de los siguientes síntomas durante alguna fase de la enfermedad.

1. Delirios bizarros. (Contenido absurdo, sin base en la realidad).

(*) MELINKA Príncipe de Gales Nº 6435, La Reina, Santiago.

2. Delirio grandioso, u otro sin contenido persecutorio.

3. Delirio con contenido persecutorio o envidioso acompañado de alucinaciones.

4. Alucinaciones auditivas, de diferentes tipos.

5. Pensamiento disgregado, incoherente, ilógico, o pobreza en el contenido del discurso si va acompañado de: a) Afecto plano o inadecuado. b) Delirio o alucinaciones. c) Comportamiento severamente desorganizado o catatónico,

B. Deterioro desde un nivel anterior de funcionamiento en áreas como trabajo, relaciones sociales, cuidado de su persona.

C. Signos continuos de la enfermedad por lo menos durante 6 meses, durante algún momento de la vida de la persona.

Fases de la enfermedad:

Fase Prodromal: es anterior a la fase activa, es un claro deterioro en el funcionamiento anterior y con la presencia de por lo menos 2 de los síntomas descritos más abajo.

Fase Activa: descrita en A.

Fase Residual: persistencia después de la fase activa de por lo menos 2 de los síntomas descritos abajo.

1. Aislamiento. 2. Deterioro notorio del rol funcional (estudios, trabajo, sociales). 3. Comportamiento peculiar. 4. Deterioro notorio del cuidado personal. 5. Afecto plano o inadecuado. 6. Discurso extraño. 7. Ideas extrañas o bizarras o pensamiento mágico. 8. Experiencias perceptivas poco comunes.

D. El síndrome maníaco depresivo, si está presente, se desarrolla después de los síntomas psicóticos o es más breve que los síntomas de A.

E. Se manifiesta antes de los 45 años.

F. No se debe a trastornos orgánicos ni a retardo mental.

Otros desórdenes psicóticos son:

Desorden esquizofreniforme, que

tiene los mismos síntomas que el anterior, excepto que dura menos de 6 meses.

Psicosis reactivas breves, Psicosis epilépticas y/o orgánicas, Psicosis afectivas. Frente a las cuales los enfermos reciben tratamientos más uniformes y eficientes, en la mayoría de los casos, que los que sufren de EQZ.

2. DIFERENTES ENFOQUES EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

Una vez definido el paciente, vamos a hacer una breve revisión de los tipos de tratamiento que reciben estos enfermos. Si existe una controversia para clasificar las enfermedades mentales, mucho mayor es la pugna entre las diferentes maneras de tratarlas. Esta va desde los que conciben la esquizofrenia como un cuadro biológico genético de naturaleza puramente orgánica a aquellos que la suponen una reacción comprensible a acontecimientos traumáticos, especialmente de origen familiar y/o social. O sea, desde la psiquiatría más tradicional hasta la anti psiquiatría.

La forma más extrema de la psiquiatría es el asilo total o manicomio: un lugar que aísla y asila al "loco" para que no moleste, ni perturbe a la sociedad. Estos asilos cambiaron mucho con el descubrimiento de los neurolepticos, pues con esto las cadenas y camisas de fuerza externas no eran necesarias, sin embargo, es tal la inercia de la psiquiatría institucional, que aún siguen existiendo no sólo los grandes hospicios estatales, sino también innumerables clínicas privadas, más pequeñas, donde la gente guarda a sus enfermos por períodos indefinidos. Con esto refuerzan la cronificación del paciente, al no proporcionarle terapia, ni actividades rehabilitadoras, aislándolo en cambio y al someterlo, privándolo cada vez más de su autonomía. Este tipo de

psiquiatría se relaciona estrechamente con el tipo de economía y con la política imperante en el país.

A nuestro juicio, la mejor manera de proteger al paciente y evitar recaídas es el Hospital Diurno. Estos son lugares en que los pacientes ocupan gran parte de su tiempo útil bajo un régimen terapéutico y vuelven a sus hogares en la tarde. Hertz, y otros en 1970, en Washington Heights, en el Servicio de Psiquiatría Comunitario de Nueva York, eligieron entre 424, a los 90 pacientes más homogéneos. Estos fueron distribuidos al azar, entre hospitalización completa y hospitalización diurna, ubicados en el mismo local y con el mismo personal. Se hicieron diversos exámenes comparativos durante y después de la hospitalización. Los resultados de casi todas las medidas de evaluación utilizados fueron superiores para los tratados en Hospital Diurno.

El primer Hospital Diurno se estableció en la Unión Soviética en el año 1930, para la rehabilitación de enfermos esquizofrénicos y trastornos neurológicos. En Occidente fueron abiertos casi simultáneamente en 1946, por Cameron en Canadá y por Bierer en Inglaterra. Este último ya ponía el acento en estimular a los pacientes a producir por sí mismos los cambios necesarios para su rehabilitación.

Con estos nuevos enfoques se empezaron a destacar los riesgos de la institucionalización y por un momento se pensó que al destruir los manicomios la raíz de todos los males había sido descubierta y se solucionaba la cronificación de la esquizofrenia. Miles de pacientes fueron dados de alta en EE.UU., en los años 60, con la llegada de la Psiquiatría Social, con resultados más o menos catastróficos, pues muchos de estos enfermos ya habían perdido sus lugares en la comunidad, además de sus habilidades sociales y no supieron reinserirse en la sociedad. Además en aquel momento no existían casi las instituciones intermedias.

Sin embargo, a pesar de todos los cambios, un cierto número de esquizofrenias tienden a cronificarse. A partir de 1960 el Hospital Diurno será integrado cada vez más en la psiquiatría comunitaria. Este es entonces, el lugar donde se concentran el máximo de medios terapéuticos en el mínimo de espacio y tiempo.

Exponemos aquí algunos conceptos derivados de la experiencia de médicos que se especializan en el tratamiento de pacientes psicóticos. (*)

1. La importancia del uso adecuado y correcto de los neurolépticos. Es obligación del profesional tratante asegurarse que el paciente está siendo medicado adecuadamente. En cuanto psicólogos, que no intervenimos en el tratamiento medicamentoso debemos tratar de ponernos de acuerdo con el médico tratante, pues para el enfermo toda disociación es dañina.

2. Aún protegido el paciente con neurolépticos, un número considerable tiende a recaer. Al buscar en factores ambientales se encontró que había diferentes tipos de familias. Unas, con tendencia a manifestar una actitud ansiosa, hostil, crítica, sobreprotectora y simbiótica, en la cual la familia aparecía como incapaz de separar su vida de la del paciente. A estas familias se las llamó: Familias de Alto Nivel de Expresión Emocional, a las otras, de Bajo Nivel de Expresión Emocional (E.E.). Se encontró que los pacientes que volvían a hogares de alto nivel de E.E. tuvieron una incidencia de recaídas del 58% y los de bajo nivel de E.E., sólo un 16%. También se vio que los pacientes de familias con alto nivel de E.E. reducían considerablemente sus recaídas.

(*) Algunos de estos planteamientos fueron expuestos por el Dr. Martín Cordero, médico chileno que trabaja en Inglaterra, en el Primer Encuentro Nacional de Hospitales Diurnos en 1984.

Este Encuentro fue organizado por la Comunidad Terapéutica ME-LINKA que es un Hospital Diurno. Este año, 1986, el mismo encuentro lo está organizando el Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico.

das (a 150/o) si pasaban buena parte del día sin tener contacto con sus familias.

3. También se encontró que había factores de stress agudo que por su naturaleza abrupta e impredecible podrían producir un quiebre en el equilibrio emocional precario del paciente esquizofrénico: casamientos, nacimientos, muertes, cambios de casa. Se encontró que el 60% de los pacientes admitidos con un brote agudo de la enfermedad habían tenido algún acontecimiento vital durante las tres semanas previas al brote. O sea, estos acontecimientos vitales tenían importancia en la producción de recaídas. Con esto se demuestra la gran fragilidad y vulnerabilidad del enfermo esquizofrénico y lo absurdo de seguir repitiendo con los clásicos que un síntoma clave de la EQZ es la "friealdad afectiva".

4. Lo más importante y difícil con estos pacientes es que mantengan o reasuman sus roles sociales, o naturales, pues es en este nivel que la EQZ produce el impacto más severo. Por esto la terapia no puede estar dirigida a que cumplan una rutina con contactos sociales estereotipados y laborterapia tradicional. Ellos tienen que ser dueños de sus decisiones y cambios. Para el Dr. Cordero las condiciones más importantes para la rehabilitación de estos enfermos son:

- Múltiples posibilidades de practicar habilidades sociales
- Uso de decisiones independientes.
- Uso de juicio propio.
- Oportunidad para resolver problemas.
- Cuidado de su persona.
- Trabajo.
- Interacción con los demás.
- Aprender a utilizar el tiempo libre.
- Verse a sí mismo con los ojos de los demás.

Estas condiciones, que son también metas, coinciden con los principios de comunidad terapéutica tal como la planteó Maxwell Jones, que son: responsabilidad

compartida; comunicación abierta y grupal; permisividad; democracia; aprovechando así al máximo la participación de todos los miembros de la Comunidad. A partir de los años 60 se crearon muchas Comunidades Terapéuticas para el tratamiento de pacientes psicóticos. Algunas de éstas funcionaron como Hospitales Diurnos y otras, como la Basaglia, en Italia y Grimsdon, en Argentina, transformaron partes de hospitales estatales en Comunidades, cambiando radicalmente la dinámica hospitalaria, aunque los pacientes se mantuvieran internados. Simultáneamente emergieron los "anti-psiquiatras", fuertemente influidos por la necesidad de reaccionar contra una psiquiatría sometida a las necesidades del sistema, emprendieron la dura tarea de desmistificar las instituciones tradicionales denunciando su papel en la mantención de las enfermedades mentales. Estos llegaron a negar la existencia de la EQZ con su propia patología, sugiriendo más bien que las enfermedades mentales son creaciones sociales e intentos de las personas de vivir situaciones imposibles. Hicieron experiencias muy extremas las más conocidas son las comunidades de Laing de Villa 21 y Kingsley Hall, que al parecer cayeron en el abandono. Sin embargo, y a pesar de sus excesos y las críticas que se les han hecho hay que reconocer que el remezón que le produjeron a la psiquiatría tradicional fue y sigue siendo de gran valor. Aún existen muy respetables exponentes de esta tendencia. Uno de ellos, Joseph Berke dirige "Arbours Association" que acaba de cumplir 10 años funcionando. Estos son varios Centros de Crisis, diseminados en Inglaterra. Son lugares en que se procura un ambiente adecuado para que cada paciente desarrolle su sintomatología siendo contenido, pero no perturbado. La idea es que vivan sus crisis, acompañados de amigos familia, terapeutas, otros pacientes y que éstas son crecedoras. Cuando pase la crisis vuelven a sus vidas y si esto no es posible a

comunidades. No usan drogas ni otro sistema interruptor de la crisis. No podría dejar de hablar de los psicoanalistas al tratar este tema, pues si bien la mayoría de ellos concuerdan en que el psicoanálisis no es conveniente para los pacientes psicóticos los aportes más significativos para el tratamiento de éstos provienen de psicoanalistas. Desde luego, los anti-psiquiatras y la mayoría de los creadores de Comunidades Terapéuticas y Hospitales Diurnos tenían formación psicoanalítica. Pero antes que todos ellos está Frieda Fromm Reichman quien ya en el año 1939, en el sanatorio de Chestnut Lodge realizó tratamientos largos y difíciles modificando la técnica psicoanalítica en pacientes psicóticos.

Hoy existen clínicas psicoanalíticas en que tratan a enfermos psicóticos, con técnicas modificadas para éstos. Los tratamientos aludidos son profundos, largos y costosos. Dentro de ellos la comunidad es utilizada como entorno y apoyo. Exponentes de estas clínicas son la Menninger en Estados Unidos y la del Dr. García Badaracco en Buenos Aires.

Al extremo opuesto de estos tratamientos que intentan una modificación integral y profunda del paciente y su familia, están las terapias conductuales que intentan la modificación conductual del paciente crónico. Se obtiene mediante estas técnicas, que enfermos gatosos aprendan a lavarse, a comer con cubiertos, hábitos higiénicos, con lo cual estas personas aumentan sus posibilidades de ser aceptadas por los demás y por lo tanto de hacer vidas mejores para ellos. Estos tratamientos se hicieron en Chile en los hospitales El Peral y en el de Putaendo por los psicólogos Montecinos, García, Ugalde y López. También entrenaron a los pacientes en conductas laborales y de adaptación social exitosamente.

En los últimos quince años, la terapia familiar sistémica se ha convertido en una de las modalidades terapéuticas que se practica con pacientes psicóticos. Esta

terapia que se originó en la Teoría de la Comunicación de Bateson, Watzlawick, Haley, Jackson y otros, sostiene que el paciente designado o identificado es el portavoz de un sistema familiar que interactúa con transacciones paradójales. Se trabaja con la familia completa.

Como vemos, existen muchas maneras de tratar a las personas gravemente perturbadas, sin embargo, pienso que lo más importante es que esto sea hecho por personas que creen que ellas pueden ser ayudadas y que les gusta hacerlo. También es necesario, para emprender esta tarea eficiente mente hacerlo con modestia y sentido de realidad, pues se está en un campo de objetivos restringidos y resultados lentos y limitados.

3. NUESTRA EXPERIENCIA EN CHILE

Consecuente con lo anterior y muy especialmente con la idea de que la hospitalización total se debe utilizar solamente cuando el paciente puede poner en peligro su vida o la de los demás y esto por el menor tiempo posible, nos juntamos un equipo multidisciplinario para formar un Hospital Diurno en forma de Comunidad Terapéutica dedicado a la rehabilitación de pacientes gravemente perturbados. En Chile hay muy pocas instituciones intermedias para la atención de estos pacientes. Existen alrededor de siete Hospitales Diurnos, todos pequeños y en Santiago. Este es un enorme campo de trabajo para los psicólogos. Nos hacen falta Hospitales Diurnos, Hogares Protegidos, Talleres Protegidos, Clubes; relacionados entre sí y con Centros de Crisis donde el paciente pueda internarse por un período corto cuando no ha podido ser contenido de otra manera. Todo esto es más económico y mejor para el paciente. Para que esta red exista en un país sus habitantes tienen que aceptar y asumir la responsabilidad de sus enfermos mentales. Esto ocurre en Holanda, Inglaterra, Italia, y está em-

pezando a ocurrir en Argentina. ¿Cuál puede ser la explicación de que se prefiera hospitalizar a los enfermos pagando camas, comidas y todo lo que una hospitalización completa implica, incluyendo el costo en daño para el enfermo, cuando existen todas estas otras posibilidades de tratamiento? Una respuesta es el temor a la locura. Temor que es fomentado por el cine, la TV, la prensa. Los habitantes de las ciudades no quieren interactuar con los 'locos'. Quieren que se les aisle y por lo tanto, cuando tienen uno propio lo niegan porque para ellos el "loco" es ése que vieron en el cine. O sea es la desinformación. También es más cara la hospitalización completa hay más dinero involucrado por lo tanto más gente gana más plata. También está la comodidad, pues si el enfermo está encerrado, los de afuera no tienen que preocuparse, ni entenderlo ni contenerlo si se pone mal.

Es cierto que es difícil vivir con un enfermo mental, pero esto se debe en gran parte a que falta la red de contención, la aceptación de la comunidad, la información para tratarlos de manera más adecuada y para saber que ellos tienen un gran potencial utilizable.

4. MELINKA. HOSPITAL DIURNO. COMUNIDAD TERAPEUTICA.

Este año cumpliremos 5 años de funcionamiento.

Trabajamos de lunes a viernes de 9.30 a 16.30 horas.

El equipo estable está formado por tres terapeutas ocupacionales, una terapeuta de Arte, un psiquiatra y una psicóloga, que es la directora. Tenemos una secretaria y una cocinera. Este año pensamos contratar un psicólogo que hizo la práctica con nosotros y posiblemente, otro psiquiatra.

Tenemos en este momento quince pacientes. Nuestra capacidad máxima es de veinte. El criterio de ingreso es que nosotros creamos que le podemos servir al paciente para estar mejor y que

éste no sea dañino para los otros. No recibimos sociópatas, drogadictos ni débiles mentales. Esto porque estas personas necesitan otro tipo de tratamiento que el que nosotros proporcionamos y algunos de ellos, pueden ser dañinos para nuestros pacientes. También tenemos que cuidarnos de pacientes que están pasando por un período muy agresivo. Tratamos de que siempre exista una familia que apoye y participe del tratamiento, pero en esto a veces hacemos excepciones. Concretamente, en este momento la mayoría de nuestros pacientes corresponden al desorden esquizofrénico según el criterio del DSM III, algunos están en la fase activa, otros presentan una larga evolución de su enfermedad, o sea están en la fase residual, otros, que tienen más edad, son personas que tienen psicosis afectivas. Todos son personas que no están actualmente capacitadas para trabajar o estudiar, cuya autonomía está severamente dañada, pero que vienen por su propia voluntad. En este momento, algunos están intentando el alta. Vienen medio día y trabajan afuera el resto del tiempo.

Tratamos de integrar la más amplia variedad de área de actividades proporcionándole así al individuo múltiples posibilidades de encontrar una salida a sus conductas patológicas.

En las mañanas se hace Psicocalistenia, Gimnasia, Expresión Corporal, Deportes, Jardinería. Le damos mucha importancia a lo corporal. Los lunes se abre la semana con un grupo en que se habla de lo que pasó el fin de semana. Esta es una actividad que recién hemos incorporado y ha resultado muy provechosa, puesto que el fin de semana a menudo trae para ellos acontecimientos dolorosos o frustraciones que es necesario elaborar y compartir. Después de la primera actividad de la mañana hay un desayuno conversado entre todos, del cual nos cuesta bastante salir para iniciar la segunda actividad. Dos veces por semana ésta es la Asamblea Comunitaria, que es una reunión en la cual participan to-

dos los miembros de la comunidad y que, siguiendo el pensamiento de M. Jones es el lugar de mayor integración para el enfermo. Es presidida por un paciente elegido. En ésta se discute y decide gran parte de nuestro funcionamiento. Es donde más se estimula la participación del paciente en su propio tratamiento. Cualquier iniciativa razonable es acogida, apoyada y realizada, dentro de lo posible. Esto en base al concepto de "Desamparo Aprendido" de Seligman, que es un aprendizaje negativo que ocurre cuando las conductas no obtienen respuestas. Estas personas, en general, tienen una larga experiencia de fracasos, frustraciones y rechazos. Sus actos o intentos de actos la mayoría de las veces no tienen respuesta. Esto es lo que tratamos de cambiar. También en la Asamblea se designan comisiones: mesa, aseo, plantas, música, etc.; éstas son voluntarias. A veces no hay voluntarios por ejemplo para comisión mesa entonces se da un premio a la mejor comisión, y surgen otra vez los voluntarios. También se dan los premios en la Asamblea. Se deciden los paseos, celebraciones, actividades; se hacen críticas, se informan las altas, las normas, las ausencias. Se habla de todo lo que pueda ser de interés para todos y pertinente a la comunidad. Otras actividades matinales son: la cerámica; los viernes se hace una pintura mural conjunta que dice mucho de cómo se encuentra el grupo. Almorzamos todos juntos lo que consideramos básico para un Hospital Diurno. Sin embargo, si nos dejamos llevar por lo que ocurre espontáneamente, nos damos cuenta que terminamos todos los terapeutas sentados a la misma mesa, separados de los pacientes. Esto se ha discutido en las asambleas y hemos cambiado nuestros lugares conscientemente lo que trae otros problemas como que ya no cuentan los mismos chistes que cuando se sentaban sin nosotras. (Esto de dónde se sienta quién, se merece todo un trato que aún no hemos tenido tiempo de escribir). Después del

almuerzo hay un rato libre en que se conversa, juega, lee el diario y algunos duermen la siesta. Nuevamente concordamos con M. Jones en que el tiempo total del paciente en la institución es pensado como tratamiento. En las tardes, dos veces por semana, hay terapia de grupo. Esto lo hemos modificado bastante a partir de nuestra experiencia. Antes era un solo grupo, tres veces por semana. Ahora son dos grupos, dos veces solamente. Sería largo entrar en las razones de estos cambios. Sólo diré que uno de los grupos es dirigido por el psiquiatra, con una terapeuta como observadora, y el otro grupo lo dirige la psicóloga con una terapeuta de coterapeuta. Ambos grupos utilizan técnicas diferentes y funcionan simultáneamente. Los pacientes se interesan mucho en la terapia de grupo y no perdonan su omisión. En las otras tardes se realizan dinámicas grupales, talleres ocupacionales, y artísticos; teatro y música. Estas actividades son dirigidas por Terapeutas Ocupacionales y de Arte. Por lo demás una vez al mes asistimos a conciertos, museos, cine y otros paseos.

Una vez por semana hay una reunión con los familiares más cercanos al paciente. Casi siempre asiste la madre, a veces el padre o ambos; a veces algún hermano, o una prima o tía. Hemos aprendido mucho de estas reuniones y cada vez le asignamos mayor importancia a la actitud de la familia en relación al pronóstico del paciente. Esta reunión la dirige la psicóloga, con una terapeuta ocupacional, como coterapeuta. Tiene las características de un grupo terapéutico de apoyo, con énfasis en la aceptación de la enfermedad y la comunicación abierta y directa. Ocasionalmente damos información sobre psicosis y esquizofrenia con el objetivo de desmistificar estos conceptos. Hay madres y padres que han ido modificando sus actitudes paulatinamente, semana a semana; otros que no cambian nada, otros que dejan de asistir. Cada vez vemos más estrecha la correlación entre estas actitudes y la mejoría, estancamiento,

o empeoramiento de nuestros pacientes.. De estas reuniones ha nacido una iniciativa muy positiva. Los padres, junto con una de nuestras terapeutas están organizando un Taller Protegido, que es un lugar donde los pacientes que están ya dados de alta, pero aún no tienen dónde trabajar, o que no están capacitados para competir en el mundo actual del trabajo pueden trabajar y recibirán remuneración por su trabajo. De tal manera éste será terapéutico y no dañino para ellos. Muchas veces dábamos de alta a alguien quien entraba a trabajar y luego volvía con una crisis o no encontraba trabajo y se quedaba otra vez en la casa sin hacer nada. Esto se discutió tanto en las reuniones de Familia, que surgió la solución. El Taller se llama Itak, empieza a funcionar este año y por ahora van a hacer fotocopias y encuadernación de libros.

Este tema nos trae sobre el tiempo de estadía de cada paciente. Para la mayoría, es de por lo menos un año y medio, pues el proceso de rehabilitación con estos enfermos es de resultados lentos y limitados. Lo que hacemos es proponernos ciertos objetivos y cuando consideramos que éstos se han logrado damos el alta. Aunque los criterios de mejoría son diferentes con cada paciente, hay criterios de alta generales, que son.

1. Que el paciente y su familia adquieran conciencia de enfermedad, lo que conlleva una modificación en la interacción familiar.
2. Disminución de los síntomas psicóticos que más perturban su actividad e interacción con los otros. Esto se especifica en cada caso.
3. Disminución de las conductas y hábitos inadecuados. También se especifica en cada caso aunque en general se refieren a los síntomas descritos como pertenecientes a la fase residual: (C).
4. Que el paciente asuma responsabilidad en su tratamiento y en su vida. Por ejemplo, que tome sus remedios, se movilice solo, cuide de su persona.
5. Mejoría en el contacto social y

comunicación con otros.

6. Que tenga una actividad organizada fuera de la comunidad.

Nuestro régimen es flexible conforme a la teoría de Comunidad y también a que las familias de los pacientes tienen al menos una característica en común: algún tipo de rigidez. Sin embargo, tenemos tres normas o prohibiciones básicas que las damos a conocer a todos al momento de su ingreso en Melinka y en las cuales somos inflexibles. Estas son: no agresión física, no consumir ni traficar con drogas dentro de Melinka y no realizar el acto sexual dentro de Melinka. Estas tres reglas son también fruto de la experiencia.

Además de las actividades con los pacientes el equipo terapéutico tiene varias reuniones que son básicas para nuestro funcionamiento. Tenemos una reunión semanal en la cual revisamos cómo está cada paciente. Muchas veces nos reunimos en otros momentos para enfrentar cualquier problema que pueda estar ocurriendo con un paciente o con varios. Tenemos otra reunión de estudio semanal, en la cual comentamos lo que estamos leyendo todos simultáneamente; esto con el propósito de mantener cohesionado nuestro pensamiento. Además, tenemos una reunión larga semanal en la que se discute cómo estamos trabajando, nuestros problemas con el trabajo y entre nosotros. Incluso, cuando hemos tenido problemas que no hemos podido resolver bien, hemos llamado a un terapeuta ajeno a nosotros para que nos ayude. Hemos visto la estrecha correlación que hay entre cómo está el equipo y cómo está el grupo de pacientes de ahí la gran importancia de que funcionemos coherente y claramente entre nosotros. Si no es así, nos arriesgamos a acentuar la escisión de los enfermos, en lugar de ayudar a su integración. Con el correr del tiempo y de manera funcional los roles del equipo han ido quedando cada vez más claramente establecidos, aunque son múltiples e intercambiables. La administración la llevamos nosotros con la

ayuda de la secretaria. Cada uno ha asumido las funciones en que es más eficiente. Por ejemplo: una terapeuta administra las finanzas; otra, la casa y comida; otra, la compra de materiales. Todo esto en horarios establecidos para que no interfiera en las actividades con los pacientes, lo que no siempre logramos. La psicóloga soy yo y me ocupo de la comunicación con los médicos tratantes y las familias de los pacientes, además de haber asumido una jefatura que se produjo funcionalmente y que me hace estar en todo. Sin embargo, puedo ausentarme con la tranquilidad y seguridad de que el equipo asumirá mis funciones. La comunidad se basa en eso: la responsabilidad compartida y el respeto haciendo surgir en cada uno de sus miembros las capacidades innatas y caracterológicas personales.

Ultimamente no hemos hecho estadísticas en cuanto a nuestros resultados o evaluaciones numéricas, por falta de tiempo. Tenemos algunos indicadores externos de que lo que estamos haciendo es útil. Estos son: 1) Este 1º de marzo, 1986, tenemos 15 pacientes. (Los primeros años empezábamos el año con uno o dos) y como éste es un servicio privado y por lo tanto pagado, pensamos que las familias no seguirían apoyando el tratamiento, si no vieran mejoría 2) La asistencia a las reuniones de familiares que es muy constante e incluso vienen familiares de pacientes dados de alta hace más de un año, y la retroalimentación que éstos nos entregan. 3) Cada vez más psiquiatras nos envían a sus pacientes. También tenemos algunos indicadores internos, los más importantes: los pacientes vienen, se comunican entre ellos y con nosotros, se les ve contentos, activos. No tenemos ninguna manera de reprimir ni obligar a los pacientes a nada. Nuestras puertas están siempre abiertas de par en par. El que quiere se va, pero siempre la mayoría se quiere quedar. También nosotros, el equipo que formó Melinka, nos queremos quedar, a pesar de los resultados de

nuestro trabajo, que son lentos y poco espectaculares, de los fracasos y del nivel de remuneraciones que es bajo, el equipo está entero y con más terapeutas y algunos voluntarios que se han incorporado. Pienso que esto se debe a que sentimos que lo que hacemos sirve.

REFERENCIAS

- Berke, Joseph H. *Aquí no me tuve que volver loca*. Editorial Fundamentos. 1980. Madrid España.
- Bettelheim, Bruno *Un lieu ou Rénaitre*. Ed. Robert Laffont S.A. París 1975.
- Bleandonu G., Despinoy M. *Hospitaux de Jour et Psychiatrie dans la Communauté*. 1974 Ed. Payot París.
- Cordero, Martín, *Trabajo presentado en el Primer Encuentro Nacional de Hospitales Diurnos en 1984*.
- Fromm-Reichmann, Frieda, *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978.
- García Badaracco, Jorge. *Biografía de una Esquizofrenia*, Fondo de Cultura Económica. Argentina. 1982.
- Jones, Maxwell. *La Comunidad terapéutica*. Paidós, Buenos Aires, 1964.
- Olivos P., Huneeus T. "Evaluación de la Efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol. XX. 1982.
- Selvini Palazzoli M. Boscolo L. Cecchin G, Prata G.: *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transacción esquizofrénica*. ACE, Buenos Aires, 1982
- World Psychiatric Association, *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*. WPA. 1983.

Diálogo con Mauricio Andolfi sobre Terapia Familiar

JORGE GISSI BUSTOS

Este diálogo se realizó con Maurizio Andolfi el miércoles 13 de marzo de 1985, en su consultorio de la ciudad de Roma.

El Dr. Andolfi es el Presidente de la Sociedad Italiana de Psicoterapia Familiar, Director del Centro di Terapia Familiare e Relazionale en Roma, y Director de la Revista Terapia Familiare publicada por ese mismo Centro. Es además autor de varios artículos

de tres libros todos ya traducidos al castellano: Terapia Familiare, publicada por ese mismo Centro. Es además autor de varios artículos y de tres libros, todos ya traducidos al castellano. Terapia Familiar (Buenos Aires: Paidós 1984), La Familia Rígida (Ibid. 1985) y en colaboración con Israel Zwerling, la compilación titulada Dimensiones en Terapia Familiar (Ibid 1985).

J.G.: Maurizio, con tu experiencia académica y clínica dentro y fuera de Italia y de Europa, me gustaría que me dijeras qué aspectos diferentes o semejantes ves en algunas naciones en que las escuelas de terapia familiar han tenido mayor importancia mundial: EE.UU., Inglaterra e Italia particularmente.

M.A. La escuela de Londres la conozco menos, pero no me parece que tenga una originalidad particular por lo que respecta a la terapia familiar. Sin duda el contexto social inglés es mucho más semejante al europeo de cuanto lo sea el norteamericano. Por ejemplo, en cuanto al lugar de la terapia en Inglaterra como en Europa continental la terapia familiar en general se hace en instituciones de tratamiento o prevención de salud mental. Se hace aún poca actividad terapéutica privada, mientras que en los EE.UU. ya ahora la terapia familiar es en un 90% actividad privada. La diferencia más

grande con lo sucedido en Italia es la presencia de la ley 180 sobre el cierre de los manicomios (1), lo que ha obligado a desarrollar técnicas para prevención primaria y secundaria, mucho más que en los EE.UU. Allí el paciente psicótico y otros han perdido la batalla con la comunidad, y se los ha mantenido en una evolución privada y familiar.

J.G. Este factor comunitario me parece importante, y para América Latina será relevante. ¿Tú encuentras también que la terapia familiar se podrá sentir cómoda en la acción comunitaria? O sea, que se podrá vincular fructíferamente con una perspectiva más psicosocial y preventiva, y no solamente de clínicas privadas, inevitablemente clasistas?

M.A. Según creo la terapia familiar es todavía el mejor ejemplo de psiquiatría social: movilizar la familia con recursos educativos y terapéuticos es un fenómeno in-

mediatamente social. Es un puente relevante entre necesidades sociales y necesidades individuales: la necesidad de los individuos de crecer y diferenciarse, de insertarse como individuos en la familia y otras relaciones sociales, y de insertar la familia como tal en las relaciones y la estructura social.

El trabajo clínico privado con las familias es aún poco frecuente en Europa, como te decía, pero la terapia familiar es de hecho social, esto es de grupo. No es un trabajo que se pueda hacer solo, y no se pueden ver muchas familias en un día, a diferencia del psicoanalista que ve muchos pacientes en una sola tarde.

J.G. ¿Cómo consideras la teoría sistémica como perspectiva teórica, sea en relación a la terapia familiar como técnica, sea en relación a las teorías precedentes, y especialmente a la teoría psicoanalista?

M.A. Con el psicoanálisis hay varias diferencias: una de las fundamentales es que entrar en relación con un grupo es muy diferente de entrar en relación con un individuo. El refinamiento teórico del psicoanálisis clínico me parece más pertinente para una relación entre individuos. En cambio en la familia el organismo familiar es más importante que los individuos que la componen. Creo que el triángulo es la unidad terapéutica básica en terapia familiar, mientras que es la díada en el psicoanálisis. Una diferencia crucial es que

(1) Tal proyecto de ley promovido por el Dr. Franco Basaglia y su equipo obtuvo la eliminación del manicomio tradicional, y el paso a primer plano de las comunidades terapéuticas y preventivas, intra y extrahospitalarias. De Basaglia y su equipo existen en castellano "La Institución negada" (Barcelona: Barral 1970), "La Institución en la Picota" (B. Aires: Encuadre, 1974), "Razón, locura y sociedad" (México: Siglo XXI, 1983), "Los crímenes de la paz" (México: Siglo XXI, 1984), etc.

en el triángulo disminuyen los diálogos sobre la pura intimidad, sobre la confidencialidad, porque el triángulo mismo impide intimizar las relaciones. Otra diferencia esencial es la dimensión filosófica de lo individual en la tradición psicoanalítica ortodoxa. Pero de hecho, en la misma terapia psicoanalítica es la relación analista-paciente lo que hace que el paciente mejore.

En la terapia familiar no es el terapeuta el que cura, sino que es la misma familia la terapeuta, y el terapeuta es solamente instrumental. Es más bien el entrenador de la escuadra, del equipo familiar.

J.G. Como "entrenador", me parece que las interpretaciones que hace el psicoanalista no son normalmente importantes para el terapeuta familiar, ni para tí en particular. Cuando te he visto trabajar he observado que no haces interpretaciones sino indicaciones y prescripciones. Particularmente las haces al final de la sesión, pero no solamente al final. Además haces observaciones sobre las relaciones inmediatas de la familia, pero solamente descriptivas. En relación con esto te hago una pregunta más compleja. Pienso que técnicamente la terapia familiar es una síntesis de diversas tradiciones teóricotécnicas: las prescripciones son más próximas al neoconductismo, hay un vínculo evidente con la terapia gestáltica y el psicodrama, el énfasis en el presente es de larga tradición desde Adler y la terapia existencial, etc. ¿Qué piensas al respecto?

M.A. Sí, creo que la relación con otros modelos técnicos es más importante que con la técnica psicoanalítica ortodoxa. Por ejemplo con la gestalt, con la hipnosis y con el psicodrama las relaciones e influencias son muy cercanas.

Una diferencia importante con otras situaciones es el motivo mismo de la consulta. En general la situación es mucho más crítica en la familia que consulta que en los individuos: anorexias, intentos de suicidios, separaciones, etc. Si no hay tal crisis urgente, la mayoría de las familias no suelen llegar a la

consulta. Se usa esta crisis como "puerta de entrada terapéutica" a la familia, y desde el presente se vincula la crisis actual con otras crisis análogas y distintas ligadas al pasado. Aparecen entonces las relaciones intergeneracionales en un primer plano. En este sentido una de las innovaciones más relevantes a mi juicio es la sustitución de los neurolépticos con los abuelos. La acción de contención de algunos fármacos suele realizarse mejor con la presencia de la generación de los abuelos.

Por otra parte, en lugar de minimizar los síntomas o conflictos, las diferentes generaciones y el pasado pueden crear una solidaridad. Así por ejemplo, si hay una anorexia todos podrían en alguna medida ser o haber sido alguna vez parcialmente anoréxicos; si hay un intento de suicidio hay que abrir a todas las fantasías y temores de suicidios precedentes en la familia.

J.G. Estos últimos ejemplos, ¿quieren decir que tú consideras la contraparadoja como una técnica muy importante también en la terapia que haces tú mismo? En este caso, ¿considerarías de importancia mundial la obra de Mara Selvini P. y la escuela de Milán?

M.A. Sí, ella es de relevancia mundial por varios motivos. Uno, haber situado la relación familiar como una relación de juego, juego familiar en relación al cual se puede responder con otro juego distinto, que puede llegar a modificar las reglas del primer juego.

Personalmente no uso mucho los términos paradoja y contraparadoja, porque arriesgan de sufrir abusos, como ha sucedido. La tesis es que frente a un bloqueo familiar se debe ampliar el bloqueo existente, y no pretender desbloquear (en ciertos casos). La implicación teórica es que el terapeuta no ofrece la clave para cambiar, sino que ofrece paradójicamente un escenario para no cambiar, para seguir igual. En este escenario las personas "reflexionan" o viven o intuyen una situación que les podrá permitir encontrar alternativas nuevas, no pensadas, ni percibidas

ni imaginadas,

J.G. Me parece importante lo que dices, pues también a mí me ha parecido que las paradojas han tenido cierta publicidad, como si fuera muy simple usarlas como técnica. A veces se habla de ellas como de una novedad hipomaniaca y exótica. En cambio algunos terapeutas mayores, como Minuchin por ejemplo, no la usan.

Cambiando de tema, pienso que la teoría psicoanalítica ha influido mucho en la terapia familiar, no obstante las diferencias que tú señalabas. Te observo tres puntos de alta influencia y convergencia: la importancia de la contratransferencia en la técnica psicoanalítica ya desde Freud, que reaparece como central en la terapia familiar a propósito de la absorción del terapeuta, de las alianzas, de los niveles de distancia, etc. Un segundo punto es el concepto de inconsciente, ingenuamente criticado por algunos hace algún tiempo, y que reaparece en la teoría de la comunicación a través de la llamada comunicación analógica, de la metacomunicación y de las incongruencias comunicacionales. Un tercer punto es la relevancia de la estructura y dinámica familiar ya en Freud: el Edipo, las relaciones de sexos y generaciones y los "desplazamientos" entre ambos, actualmente llamados "rupturas de frontera", etc.

M.A. Sí, no hay duda de la importancia del psicoanálisis porque los mayores pioneros de la terapia familiar eran de origen psicoanalítico. Eran de alguna medida críticos, pero a pesar de las rupturas de diferentes tipos, en todo caso la matriz cultural principal ha venido del psicoanálisis. Por ejemplo Bowen, Minuchin, Whitaker y tantos otros. Sería una tontería pretender prescindir del psicoanálisis. El punto es no transformar el psicoanálisis en una iglesia, no apegarse a una ortodoxia rígida y estéril.

Pero es una diferencia importante el hecho de que la técnica psicoanalítica trabaja con los fantasmas de tres generaciones, mientras que en la terapia familiar están las tres generaciones en perso-

na, física y concretamente. Esta presencia es de una importancia increíble y hace una diferencia radical con hablar solamente en ausencia de y sobre tales personas.

Tú te referías también a la contratransferencia. Esta preocupación no me parece útil como lenguaje porque repropone un modelo de tipo diádico, y más de tipo lineal que de tipo circular. Está fijado en el sistema terapéutico más que en el sistema familiar. En la supervisión en terapia familiar es central el trabajo no sobre las resistencias aisladas del terapeuta o la familia, sino sobre la síntesis de las resistencias familia-terapeuta, y de sus bloqueos recíprocos. Esto no implica las limitaciones del terapeuta solamente para poder movilizar el sistema familiar terapéuticamente.

Tu tercer punto era lo inconsciente. Sí, acaso se considera el síntoma como señal y el síntoma como metáfora se vuelve a entrar en la importancia de lo inconsciente.

J.G. Por tanto la presencia de Freud siempre se hace sentir, ¿no? No obstante todas las transformaciones...

M.A. Sí, para bien y para mal. Algo que por fortuna se siente menos de Freud en la terapia en su pesimismo respecto a la condición humana. Hoy hay más fe y más técnicas para el cambio.

J.G. Cambiando de tema, ¿qué piensas del hecho de que en la escuela de Milán se usa solamente una sesión mensual según Paradoja y Contraparadoja, o menos según el último párrafo de "Terapia della famiglia a transazioni schizofrenica"? Esto es poco en relación a casi todas las técnicas psicoterapéuticas y poquísimo en relación al psicoanálisis. Además se usan pocas sesiones, no más de doce o quince según el libro más clásico de tal escuela. ¿Te parece que hay alguna exageración en esta probabilidad de mejorar una familia psicótica en sólo quince sesiones?

M.A. Yo creo que hay exageración en pretender que una familia psicótica se mejore totalmente en pocas sesiones, tendría como algo

de milagroso pero no me parece en cambio difícil lograr desbloquear un impasse o una crisis psicótica, o de otro problema grave. Se puede lograr que la familia pueda vivir parte de lo psicótico de una manera diversa, y reducir enormemente los aspectos negativos que caen sobre el paciente designado y sobre todos en la familia.

En cuanto a las sesiones a la distancia de un mes, además de Selvini hay también otros terapeutas que lo consideran conveniente: Whitaker, por ejemplo. Para el grupo de Milán esto está muy ligado al efecto del ritual prescrito en cada sesión. Si hay un rito solemne, esto no se puede repetir mucho, porque dejaría de ser solemne. En el modo de pensar de nuestro Centro el intervalo representa la superación de la fantasía de la familia de depender del terapeuta. Esto significa tareas para la familia, pero también tener fe de que la familia puede enfrentar sus problemas, sin esa presencia constante y ortopédica del terapeuta.

J.G. Dime algo sobre las diferentes escuelas de terapia familiar en Italia. ¿Consideras que son diferentes escuelas la de Milán con Selvini, Cecchin, etc., y las dos de Roma contigo una y con Cancrini, Costanzo, etc., la otra?

M.A. Las escuelas son como callampas, están aumentando mucho. Ahora hay una asociación de terapia familiar que reconoce cinco escuelas: las tres que tú mencionaste, otra aún en Roma y una quinta en Bari. A mi modo de ver las que han producido ideas originales son la de Milán y la nuestra. La de Cancrini es importante porque es la más antigua en Roma, existe desde 1968. Ha producido varios libros pero no me parece que hayan allí ideas originales. Creo que lo que la caracteriza es el énfasis social, la práctica comunitaria en psiquiatría y en terapia familiar.

J.G. Respecto a tus libros: creo que hay una diferencia importante entre "La familia rígida", que es tu segundo libro y más elaborado técnicamente, y "Terapia familiar"

que fue el primero y que es más bien un Manual, aunque en los últimos dos capítulos tú hacías una síntesis interesante de diversas técnicas. ¿Qué hay a tu juicio de original y relevante en "La familia rígida"?

M.A. A mi parecer el concepto más importante es el concepto de la "provocación". Lamentablemente y como suele ocurrir, siempre hay el riesgo de las malas interpretaciones. Por ejemplo, con frecuencia ha sido confundido "provocar" con agredir, lo que revela además el desconocimiento etimológico de nuestro término. Me han sugerido que "evocar" sería menos duro como término, pero tendría también menos fuerza. La provocación implica en efecto intrusividad.

J.G. Entonces "provocare" significaría "llamar hacia". Este "vocare" es hacia los aspectos que están fuera de los mitos y las defensas familiares. La "intrusividad" sería violar tales mitos.

M.A. Exacto, sería entrar en los problemas. En el concepto de provocación en cierto sentido no hay necesidad de pedir permiso. Se trata de pasar a través de alguno para tocar la puerta en algún otro.

Muchos han pensado antes que la puerta de entrada en el sistema familiar es el paciente designado. La familia rígida es como una fortaleza. Para entrar en una fortaleza hay que tener alguna complicidad con el centinela, el centinela es el paciente designado, que controla, qué entra y qué sale del sistema familia-fortaleza. Por consiguiente el terapeuta debe intentar tener una relación significativa con el centinela-paciente-designado. La provocación es la técnica para entrar en el sistema-fortaleza a través del centinela, y por tanto para entrar en las relaciones internas del grupo y los individuos.

Se discute sobre la importancia de la presencia del paciente designado para la terapia. La misma Mara Selvini o el mismo Bowen a veces lo excluyen, trabajando con el resto del sistema cuando el pa-

ciente designado no quiere asistir a las sesiones, o para protegerlo des-centralizando el conflicto y la estigmatización. Yo no haría jamás la sesión sin la presencia del paciente designado, porque él es mi mejor colaborador, mi mejor co-terapeuta. Creo que esto es una de las ideas centrales de ese libro.

J.G. Otro problema diferente, Maurizio, se relaciona con otro libro de Mara Selvini sobre psicoterapia comunitaria "en el territorio". Esto remite al hecho de que teóricamente la noción de sistema se ha aplicado en terapia familiar particularmente al "intra-sistema". Pero sabemos que la familia sin duda es un subsistema, que tiene relaciones con otros subsistemas como el trabajo, la escuela, etc., las que son "intersistémicas". Por consiguiente yo relacionaba en el artículo que te dí (1) estos subsistemas con el concepto de identidad y las diferentes identidades que tenemos, según los subsistemas/somos padre, hijos, trabajadores, alumnos, profesores, etc. ¿Qué piensas de las relaciones de la familia con los demás subsistemas, es decir, del hecho de que cualquiera pueda ser en un momento un mal profesional pero un buen padre o a la inversa, teniendo diversas identidades ligadas con diversos subsistemas e instituciones?

M.A. Sí, se relaciona con el paciente designado y sus identidades. Puede ser también "mal padre" en la familia y "buen padre" según otros de afuera de ella. En verdad no sucede nunca que alguien sea malo en todo y por todas partes. También es frecuente otra imagen: el "mal cónyuge" y "buen padre" (o madre). Cada persona canaliza

sus energías mejores sobre algún plano, por ejemplo se puede dar lo mejor en la relación paternal y dejar débil lo conyugal. La vinculación de la sistémica con las instituciones de que hablabas tú es fundamental, y es un aspecto en el cual hay que ir adelante en la investigación relacionada con la terapia familiar. Por ejemplo, el famoso libro de Bozsormenyi-Nagy "Terapia Familiar Intensiva", de fines de los años 60, excluyó el prefijo "psico" y dejó solo "terapia" familiar, para enfatizar que no es el terapeuta mismo el que mejora a los otros, sino cualquier miembro de la familia, y miembros de otras instituciones que hablan con los miembros de la familia.

Pero se requiere un curriculum, un programa de psicoterapia familiar propiamente tal, que no es algo que sepan hacer todos. Existe la posibilidad de divulgar una cultura general sobre teoría sistémica y creo que es útil para todos los operadores sociales, pero esto no significa devenir psicoterapeuta. No cabe imaginar una cultura psicoterapéutica de masas, pero se puede imaginar un pensamiento sistémico que ayude a muchos a comprender mejor aquello que están haciendo y sus interacciones.

J.G. Sí Maurizio, pienso como tú también en esto. No sé si quieres aún agregar alguna última cosa, pues el tiempo se nos ha terminado.

M.A. Sí. Yo no sé como es en Chile, pero cuando estuve en Brasil y Argentina ví aspectos culturales importantes y semejantes a los países latinos de Europa, a la vez que muy diferentes a los países anglosajones y noreuropeos. La semejanza latina se nota en la comu-

nicación analógica de inmediato. Además la idea de clan familiar es fundamentalmente distinta: un grupo que protege y con el cual se puede contar, un hijo por ejemplo. Por lo tanto, cuando se habla de los problemas de un hijo que deja la familia, o de sus parientes, se habla de algo absolutamente distinto al problema en la cultura norteamericana. En la América Latina también se puede llegar al contacto físico sin que implique por ejemplo violencia, en cambio éste es mucho más amenazante en la cultura sajona.

J.G. Sí, las culturas y subculturas son contextos imprescindibles, lo que relativiza y limita algo las importaciones de literatura al respecto. Creo que también las diferencias en las subculturas de clase son muy importantes, aunque sobre este punto la literatura terapéutica es pobrísima, lamentablemente.

M.A. Es cierto, pero fíjate que es importante considerar que en el psicoanálisis la interacción está hasta tal grado ligada a intercambios lingüísticos, que no es pensable la relación del psicoanalista con un obrero, campesino, o alguien marginado de cierta escolaridad en general. No sucede así en terapia familiar, porque la familia campesina tiene en su interior una organización tan refinada como la familia de Agnelli (1). El lenguaje será diverso, también la autoridad o la expresión de afecto, pero se trata de un organismo familiar completo. La terapia familiar trabaja con ese organismo y su lenguaje, no con el lenguaje propio solamente del terapeuta.

J.G. Muy bien Maurizio, muchas gracias por todo.

(1) "Sistémica, identidades y terapia familiar", publicado en la Revista "Terapia Psicológica", Abril de 1986, Santiago, Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

(1) Agnelli es el principal empresario de la Fiat.

“Psicoanálisis de la Migración y del Exilio”

León Grimberg
Rebeca Grimberg

Si consideramos lo limitado de nuestro mercado de libros especializados actuales, resulta muy asombroso y estimulante encontrar en una librería santiaguina esta obra de los Grimberg publicada en 1984.

Estos autores argentinos de gran relevancia por sus publicaciones anteriores, entre las que destaca “Identidad y Cambio” de 1980, nos introducen desde su mirada psicoanalítica en esta experiencia tan profundamente removedora de dejar el lugar de nuestros orígenes y raíces, a veces violenta y abruptamente, y continuar la vida en un espacio nuevo donde es preciso aprender otras claves de convivencia y establecer nuevos vínculos.

Los autores caracterizan la experiencia de migración como traumática y de crisis. El trauma, para ellos, es la constelación de factores que en este caso son determinantes de ansiedad y pena. La crisis, alude a ruptura, cambio brusco y decisivo en el curso de un proceso, con perturbación temporaria de los mecanismos de regulación de uno o más individuos.

El carácter traumático y de crisis alcanza su más grande expresión en la experiencia de exilio. En este caso ni siquiera existe el ritual protector de la despedida. Los autores señalan al respecto: “A todas sus angustias se añade la provocada por la carencia de la despedida, lo cual hace que experimenten su partida como un atravesar la frontera entre el reino de los muertos y de los vivos”.

“Para su vivencia profunda, todos los seres amados de quienes no han podido despedirse, a quienes temen “no volver a ver jamás”

quedan transformados en ‘muertos...’ y sienten que ellos mismos quedan como ‘muertos’ para los demás”.

En la mayoría de los casos la vivencia que acompaña al trauma de la migración o el exilio es el desamparo y la crisis alcanza a las bases mismas del desarrollo de la identidad.

El estudio describe y analiza con riqueza y profundidad una amplia variedad de elementos incluidos en esta experiencia y en la psicopatología que desencadena. Las experiencias clínicas que apoyan el análisis nos remiten a procesos psicoanalíticos de premigrantes o migrantes sin aportar significativamente a iluminar la especificidad de la crisis psicológica inherente a la migración.

Más elocuente en este sentido son los ejemplos de la literatura utilizados y los testimonios incluidos al final del libro: una carta de Freud desde su exilio en Londres; una carta de Rudolf Ekstein con motivo de su nominación como profesor invitado a la Universidad de Viena 40 años después de su salida de Austria; el fragmento de una carta de Thomas Mann a Herman Hesse, desde su exilio en Chicago y testimonios de emigrantes que vuelven después de muchos años.

“No soy aquí un extranjero despistado y a la vez no soy un protagonista frontal de esta historia”. “... a esta altura de los acontecimientos el país de origen se ha hecho extranjero, extraño para uno, mientras que el país al que se emigró se ha hecho familiar...”.

“...el país ha cambiado mucho durante mi ausencia... esto me obliga a enfrentar estos cambios y

el duelo —muy intenso— por las cosas que ya no son como antes”. “... por otra parte yo había cambiado, yo tampoco había permanecido congelado, en mayor o menor grado uno participa del sentimiento penoso de no ser de ningún sitio”.

El capítulo sobre migración e identidad es muy sugerente y hubiéramos deseado una mayor extensión y profundidad sobre este punto que constituye —sin duda— junto a las diferentes pérdidas y duelos consecuentes, los nudos esenciales de la experiencia de migración, exilio y retorno.

Hay una interesante coincidencia con los análisis psicosociales chilenos sobre exilio y retorno que no emplean un marco psicoanalítico, sino que enfocan esta experiencia en el marco de una concepción del hombre como ser histórico no sólo en el sentido biográfico, sino como protagonista de la historia de la sociedad a la cual se integra desde su proyecto vital (proyecto emocional-social-ideológico).

No obstante las semejanzas, algunos estudios nacionales prestan mayor atención a análisis del impacto del exilio y el retorno en el sistema de relaciones familiares.

Esta obra de Grimberg debe resultar un aporte no sólo para quienes trabajan en salud mental con emigrantes, exiliados y retornados, sino para cualquier psicólogo chileno motivado en dimensionar las consecuencias y pensar la reparación a esta herida social producida por el exilio en nuestro país.

Rosario Domínguez

Santiago, enero de 1986.

“Dislexias y Retardo Lector”

Luis Bravo Valdivieso

Santiago. Ed. Universidad Católica - abril 1984.

Este libro es fruto de la dilatada experiencia de su autor Luis Bravo, en la investigación de los problemas de aprendizaje lecto-escrito.

El acceso a la palabra escrita implica el desarrollo del pensamiento, de la comprensión del mundo circundante, de la participación más plena del individuo en la cultura.

En nuestro país, al grupo de niños estadísticamente esperable como portadores de dislexia o retardo lector, se agrega el vasto contingente de niños pertenecientes a la cultura de la pobreza, estado de vida en el que confluyen los riesgos biológicos y psicológicos. Al decir del autor, “... se produce un cierto grado de superposición que dificulta el diagnóstico y oscurece el pronóstico de muchos de estos niños...”

La relevancia del problema es recogida sensiblemente por el autor, quien opta por profundizar los diferentes enfoques teóricos y metodológicos, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Un primer aspecto, lo consti-

tuye una sistematización de las diferentes teorías explicativas de la dislexia, planteando interrogantes sobre la validez de considerar este trastorno como una alteración unitaria, o si por el contrario, es necesario profundizar en los procesos que están a la base de la lectura. Especialmente relevante es el capítulo que vincula el trastorno disléxico con el procesamiento lingüístico, lo que nos enfrenta a la realidad obvia, pero permanentemente ignorada, de que todo aprendizaje lector está precedido por un lenguaje oral ya incorporado, con sus modalidades y reglas sujetas a la subcultura. A este respecto señala Luis Bravo que “... todo aprendizaje posterior debe considerar el grado de madurez y desarrollo verbal logrado previamente por el niño...”

Un segundo aspecto tiene que ver con las investigaciones más recientes sobre los mecanismos de diferentes funciones cognitivas: percepción visual, auditiva, memoria auditiva entre otros, concluyendo que una variable significativa y mediadora del aprendizaje

lector, está constituida por la percepción de secuencias temporales que dependen del procesamiento fonémico.

La vinculación de dislexia y lenguaje ha sido objeto de múltiples y complejas teorías. En este libro se reseñan varias de ellas, con énfasis en el procesamiento sintáctico, semántico y fonológico, que cumple un rol esencial en la decodificación del signo escrito.

La última parte del libro está dedicada a los aspectos neuropsicológicos diferentes, que configurarían trastornos de base maduracional o disfuncional, respectivamente.

El amplio recorrido del libro, desde lo neurológico a lo psicológico hasta lo educacional, lleva necesariamente tal como lo hace su autor, a reivindicar la necesidad de una consideración multidisciplinaria del problema.

Finalmente, es preciso señalar la vasta y actualizada bibliografía que abarca especialmente las dos primeras áreas señaladas.

JUANA KOVALSKYS

“TEPSI: El Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años”

Isabel Margarita Haeussler
y Teresa Marchant;

Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1985.

Los profesionales que trabajan con preescolares experimentan frecuentemente la necesidad de evaluar el desarrollo psíquico del niño con el objeto de valorar si éste cursa dentro de rangos normales, prevenir alteraciones, indicar programas educativos o terapéuticos y evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas.

La importancia creciente que se atribuye al desarrollo psíquico del preescolar ha puesto en evidencia la gran escasez de pruebas para niños entre 2 y 5 años, adecuadas a nuestra realidad y con normas nacionales. El TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 Años, contribuye a llenar este vacío. Se trata de una prueba elaborada y estandarizada en Chile cuyo objetivo es evaluar tres áreas básicas del desarrollo infantil: coordinación, lenguaje y motricidad.

El test fue aplicado experimentalmente en 1981 a una muestra de 144 niños de nivel socioeconómico medio-alto y bajo con el objeto de realizar un análisis de ítemes y estudiar su confiabilidad y validez. Luego se procedió a

una segunda aplicación experimental para llevar a cabo su estandarización. Para ello se seleccionó una muestra de elección razonada de proporción fija, de 540 sujetos de las regiones Metropolitana y Quinta, estratificada por sexo, edad y nivel socioeconómico.

El libro entrega información breve y precisa sobre las propiedades estadísticas del instrumento. Se describe su confiabilidad: grado de dificultad e índice de discriminación de los ítemes, grado de dificultad del test, de cada uno de los subtest y consistencia interna. Se informan también los indicadores de validez utilizados: progresión de los puntajes por edad, efecto de variables estructurales y correlación ítem-subtest. Se completa la información de las características con la presentación del error estándar de medición del test y los subtests por grupo de edad.

En la segunda parte del libro aparece el Manual de Administración y la información necesaria para puntuar e interpretar los resultados obtenidos.

El TEPSI se administra en for-

ma individual y demora aproximadamente 30 minutos. La conducta del niño se evalúa en términos de éxito o fracaso. El puntaje obtenido se transforma en puntaje a escala lo que permite comparar el rendimiento con el promedio esperado para cada edad.

El TEPSI tiene además de sus virtudes psicométricas, ventajas prácticas que los usuarios valorarán: fácil aplicación y corrección, materiales de bajo costo y posibilidad de ser utilizado por distintos profesionales, con una capacitación breve en su manejo.

Constituye un mérito adicional del libro el que éste contenga toda la información que se requiere sobre el test en un mínimo de páginas. La organización de los contenidos del libro está muy bien sistematizada y éstos se entregan en forma precisa y breve.

En resumen, este libro es el fruto de un trabajo necesario y riguroso que será de gran utilidad a psicólogos, educadores y otros profesionales que trabajan con preescolares.

María Isabel Lira L.

“Psicología de Masas del Fascismo”

Wilhelm Reich

España. Bruguera. 1980.

En 1933, Reich publicó *Análisis del Carácter y Psicología de Masas del Fascismo*. La carrera de Reich en términos sociales, políticos y personales estaba en peligro. Ese mismo año subió Hitler al poder en Alemania y en ese mismo período se había divorciado de Annie Reich.

El 24 de febrero de ese mismo año, Reich viajó de Berlín a Copenhague invitado por una organización estudiantil para disertar sobre “Reforma sexual y Crisis social”; esa semana, en una reunión de trabajadores habló sobre “El fascismo en Alemania”. Volvió a Berlín el 28 de febrero y esa noche fue incendiado el edificio del Reichstag (Cámara Legislativa Alemana) y fueron enviados a prisión alrededor de 1.500 intelectuales de izquierda. Muchos amigos de Reich se ocultaron, fueron detenidos o baleados. Su esposa y sus dos hijos huyeron a Viena. Se decretó la pena de muerte para los que poseyeran armas o folletos. Reich prestó su auto para transportar armas y panfletos. Su casa estaba vigilada y él se registraba en hoteles con nombre falso. El 2 de marzo apareció un artículo en la prensa nazi atacando *La lucha sexual de la juventud*. Su encarcelamiento era inminente y tuvo que escapar a Austria disfrazado de turista. Sus archivos y manuscritos fueron guardados y escondidos por sus amigos en diferentes partes de Alemania.

En esos años el movimiento psicoanalítico discutía la aplicación de la teoría psicoanalítica a la cultura, lo cual culminó con la publicación de Freud *El malestar*

en la cultura (1939). Reich buscaba la integración del pensamiento analítico con el marxismo. Para él, muchos de los problemas del debate cultural con Freud eran en sí mismo evidentes en forma aguda y dramática. La patología de las comunidades civilizadas, que Freud tenía la esperanza que alguien, algún día, pudiese estudiar, se presentaban para su estudio en Berlín en ese mismo momento en forma contundente.

En 1932 entre Reich y Freud se produjo un incidente desagradable con motivo de la publicación, por parte de Reich, de un artículo sobre el “Masoquismo” en el *International Journal of Psychoanalysis*, que se concibió como refutación clínica al planteamiento del instinto de muerte formulado por Freud en *Más allá del principio del placer*. Freud se irritó de manera que quiso anteponer al artículo una declaración diciendo que Reich era miembro del Partido Comunista, dando por entendido que una crítica al instinto de muerte era parte de la doctrina comunista. Freud manifestó en forma textual: “se sabe que el comunismo impone a la investigación científica los mismos límites que impone la organización de la Iglesia. La obediencia al partido exige que todo lo que contradiga las premisas del dogma sea rechazado”.

Freud fue persuadido de no anteponer esta declaración. Sin embargo, la publicación del artículo de Reich fue seguida por una de Siegfried Bernfeld titulada “Una discusión comunista del psicoanálisis y una refutación de Reich a la teoría del Instinto de Muerte”.

Este artículo de Reich sobre el “Masoquismo” fue incluido posteriormente en el libro *Análisis del carácter*, el cual fue publicado en marzo de 1933 a sus expensas, pues el director de la “Editora Psicoanalítica Internacional”, que había firmado contrato con Reich para su publicación, le comunicó que debido a la situación política el contrato era cancelado.

Ese mismo año, en agosto, Reich publica el libro *Psicología de masas del fascismo*.

En este libro Reich reconoce que la ideología fascista tiene tres componentes centrales apoyados en miedos y fantasías inconscientes y por consiguiente con un gran poder para movilizar a las personas: la estructura familiar, la política sexual y la teoría racial.

La posición reichniana es que la familia es la mediadora entre el individuo y la sociedad: utiliza el método dialéctico para el tratamiento teórico del grupo familiar y califica la familia fascista como la expresión máxima de organización patriarcal milenaria, productora de una estructura de carácter sumisa, en oposición a la organización familiar matriarcal, que es elicitadora de un carácter genital libre.

La ideología de la familia fascista usa de modo típico una sumisión de los hijos a la autoridad del padre y le exige al hijo una ligazón al Estado como la que tiene con sus padres. La dependencia del Estado Todopoderoso, al igual que de la madre todopoderosa, protege la rebelión contra el Führer y la hostilidad latente es desviada íntegramente hacia otras jerarquías de poder, razas o gru-

pos nacionalistas. Así, Hitler es capaz de explotar tanto la fijación a la familia como la rebelión contra ella misma.

Para que ocurriese el fascismo, esta estructura de carácter precisaba estar ampliamente difundida. El deterioro de la situación económica de Alemania llevó a esperar a muchos marxistas una revolución en dirección a la izquierda, con la esperanza que el deterioro de las condiciones sociales haría al pueblo más radical. Sin embargo, un miedo a la libertad llevó a las personas a identificarse con una forma emocionalmente dependiente de un movimiento que prometía la libertad de un modo paternalista. Para que el fascismo arraigase, era necesario este lado emocionalmente irracional, místico, infantil de las personas, y reforzar la necesidad de apego a figuras de autoridad que prometían una Nueva Vida.

En su libro, Reich plantea la política de supresión y represión sexual fascista. Todo lo que la plataforma de la política sexual de Reich pretendía cambiar, estaba personificado por Hitler. La sumisión de la mujer, la coacción por la dependencia económica, las medidas contra el control de la natalidad y el aborto, y, la liberación de las mujeres alemanas de las sensuales garras del judaísmo. El fascismo se presentaba a Reich fundamentándose en una mistificada y distorsionada ansia orgástica, una profunda sumisión caracterológica y en la exageración de los peores aspectos de la familia patriarcal.

La represión sexual dejó a las masas acobardadas y acrticas. La armadura caracterológica impedía un criticismo social. La preocupación por los problemas emocionales y los conflictos sexuales condujeron a la apatía política. La apatía y el engaño respecto a la vida humana amorosa, socavaron la capacidad del pueblo para ver a través del embuste político.

Si el pueblo estaba en contacto con sus deseos sexuales, el camino estaba pavimentado para los grandes asuntos sociales (es el planteamiento de parte del movimiento feminista norteamericano). Es necesario politizar lo personal (tesis de los antipsiquiatras).

El fascismo estimula el miedo del pueblo en relación a sus propios impulsos y al caos, mediante un llamado a las necesidades de defensa moral (ley y orden) para protegerse en contra de la amenaza comunista a la familia. En este sentido, para Reich, la Iglesia Católica era la organización Sexopolítica de mayor poder en el mundo.

Reich no creía que bastaba con la información acerca de las necesidades sexuales para provocar cambios tanto en la satisfacción sexual como en la ideología política sino que era necesario aumentar la conciencia del problema. (En 1943, Erich Fromm publica el que es, probablemente, su libro más conocido: *El miedo a la libertad* en donde muchos de sus planteamientos son similares a los de Reich, sin referirse a sus orígenes y omitiendo íntegramente el problema sexual del panorama del carácter).

En relación a las tesis raciales fascistas, Reich señala que el planteamiento central de éstas es la pureza de la sangre. Todos, inconscientemente, sufrían de angustia sexual y reprimían necesidades sexuales. La ideología racial divide el bien y el mal de tal forma que las personas se sientan más puras y seguras identificadas con un mito ariano y asociando el dolor y la sexualidad con el mal. Negro y Judío son estigmas adecuados para aquellos contra los cuales podía ser dirigido el odio que despiertan en las personas sus miserias sexuales o su situación económica. Reich muestra, especialmente, cómo las fantasías pornográficas de Streicher eran proyecciones en relación a los judíos.

Después de publicado este libro, en noviembre de 1933 Reich es expulsado formalmente del Partido Comunista dinamarqués, del cual nunca había sido miembro. El 1º de diciembre del mismo año, este libro recibe una crítica de un periódico comunista por ser contrarrevolucionario.

Por su parte, el Movimiento Psicoanalítico Internacional limitaba la asistencia a sus seminarios técnicos, le solicitaba que no incluyese temas sociológicos en sus comunicados a la Sociedad Psicoanalítica y Reich solicitaba le dejasen en claro si era miembro o no de esta Asociación.

De este tiempo datan las referencias a sus fracasos en la acción social y a una probable paranoia.

Reich emigra a los Estados Unidos y vuelve en sus escritos posteriores a los planteamientos y desarrollos en el área de la especulación biológica, vitalista y naturalista.

En 1945 incluye el último capítulo del libro *Psicología de masas del fascismo* denominado "Acerca de la de la democracia laboral natural". Aquí, sus planteamientos no están orientados a la integración del Psicoanálisis y el Materialismo Dialéctico, sino que adscribe a un planteamiento de democracia laboral que prioriza la tecnología energética e incluye el "Funcionalismo orgonómico", expresión última del desarrollo de su técnica, que va desde el Análisis del Carácter —Vegetoterapia— a la Orgonomía. Con esto traslada el problema del cambio social de lo ideológico a lo biofísico. ¿Ideologismo científico? La validez de sus planteamientos y proposiciones va a depender de la prevalencia de paradigmas mecánicos o biofísicos que aún están por resolverse, pues su obra no ha sido publicada íntegramente.

Considerando todo lo anterior, quedan minimizadas algunas de las críticas livianas sobre Reich.

Rafael Jiménez L.

“El Arbol del Conocimiento”

Maturana, H. y Varela, F.

Editorial Universitaria. Santiago, 1984, 171 pps.

“Ensancha el espacio de tu tienda y extiende en ella tus alfombras pues te has de mover en todas direcciones”. Con esta cita del profeta Isaías, Maturana y Varela anuncian, a través de su “Arbol del conocimiento”, la proposición de una ruptura epistemológica. En efecto, la obra a que nos referimos puede ser vista de varias maneras, pero fundamentalmente se puede describir, siguiendo la denominación de Althusser (1968) como una “ruptura epistemológica”, esto es, una nueva visión o perspectiva sobre la realidad; una nueva explicación que implica abarcar las anteriores. Explica las anteriores y se autoexplica: la perspectiva de la ciencia accede a un nuevo espacio.

Interesados en conocer el conocer y por el significado de esta pregunta, los autores inician un fascinante recorrido por la autopoiesis celular, la organización de los metacelulares y sus dominios conductuales, la clausura operacional del sistema nervioso, los dominios lingüísticos y el lenguaje, para arribar a las materias tradicionalmente consideradas “psicológicas”: lo mental y la conciencia. La asimilación de la noción clave de “operación de distinción” cambia fundamentalmente la perspectiva sobre estas materias. La visión del “Yo” como una continua recursión descriptiva que conserva nuestra coherencia operacional lingüística y nuestra adaptación en el dominio del lenguaje, no podrá menos que producir en

los psicólogos, especialmente en los clínicos, una profunda crisis y revisión de sus creencias tradicionales al respecto.

El tema de la biología del conocimiento nos recuerda algunas interpretaciones de Piaget, las que no siendo referidas explícitamente, quedarían, de acuerdo a este enfoque, cuestionadas: “suponer que el sistema nervioso opera con representaciones del medio (así-mila)... contradice todo lo que sabemos sobre los seres vivos” (p. 87).

“Todo hacer es conocer y todo conocer es hacer” y “Todo lo dicho es dicho por alguien”, aforismos claves del libro, muestran y demuestran la perspectiva a la que se arriba sobre el conocimiento a partir de la organización de lo vivo, sin necesidad de recurrir a inferencias idealistas. Desplazada la ideología idealista, al acceder la perspectiva de la ciencia a la explicación de conocer el conocer, volvemos al punto de partida. El final es el comienzo. Eso sí que ahora con la virtud que proporciona la perspectiva de la ciencia: la que contrarresta la tentación de la certidumbre.

Sin un punto de referencia fijo y absoluto el observador sufre el vértigo de saberse observador y parte, como queda ilustrado visualmente en el Esher “la galería de cuadros” (pág. 160). Es precisamente esta perspectiva la que permite a los autores desplazarse “por el filo de la navaja”, evitando los extremos representacional (u

objetivista) y solipsista (o idealista).

Toda la obra concluye en mostrar el espacio propiamente humano, con su ética correspondiente: “lo que la biología nos está mostrando, si tenemos razón en todo lo que hemos dicho en este libro, es que la unicidad de lo humano, su patrimonio exclusivo, está en esto, en su darse en un acoplamiento estructural social donde el lenguaje tiene un doble rol: por un lado, el de generar regularidades propias del acoplamiento estructural social humano, que incluye entre otros el fenómeno de las identidades personales de cada uno; y, por otro lado, el de constituir la dinámica recursiva del acoplamiento estructural social que produce la reflexividad que da lugar al acto de mirar con una perspectiva más abarcadora, al acto de salirse de lo que hasta ese momento era invisible o inamovible, permitiendo ver que como humanos sólo tenemos el mundo que creamos con otros” (p. 163).

El libro, destinado a ser leído y releído, incluye un Glosario en el que están ausentes nociones básicas y claves. Impreso en buen papel y con estupendas ilustraciones, es deseable que las autoridades correspondientes se percaten de lo acertado de haber apoyado esta primera edición, para proceder a hacer posible las siguientes.

JORGE LUZORO GARCIA

BASES DE PUBLICACIONES

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

El título y el nombre del autor deben venir 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, año, título del artículo, nombre de la revista o publicación en que apareció, volumen y página. Cuando la referencica 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.

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 aquéllos a las normas editoriales de la publicación. No se devolverán los originales, ni se considerarán los artículos que no cumplan con las normas precedentes.

Para el próximo número de la Revista, se reciben artículos hasta el 30 de julio. Se entregarán 20 separatas por cada artículo publicado.

Se reciben Cartas a la Dirección, que será la Sección Final.

Precios: Extranjero US \$ 5 Correo Aéreo Simple
US \$ 10 Correo Aéreo Certificado

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.

REVISTA DE LA SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGIA CLINICA

TERAPIA PSICOLOGICA

EDITORIAL

DOCUMENTOS ESPECIALES

Conferencia: La dimensión ética en el ejercicio profesional del psicólogo clínico: puntos de vista. P. co. Ps. Manuel Poblete.
Panel: Ética y ejercicio profesional del psicólogo clínico. Ps. Alex Kalawski y Ps. Alfonso Luco.
Domingo Asún, Ps. Hugo Bustamante, Ps. Carlos Zalaquett M., Verónica

ARTICULOS

Reflexiones en torno a una experiencia de psicoterapia dinámica en psicóticos.
Ps. Juan Dittborn S.C., Dr. Reinaldo Bustos D.
Sistémica, identidades. Familias y Terapia. Dr. Ps. Jorge Gissi B.
El juego como instrumento diagnóstico. Ps. Adriana Ovalle G.
Partes. Polaridades y dicotomías internas. Ps. Carlos Zalaquett M., Verónica Bagladi L.

COMUNICACIONES BREVES

El uso inapropiado de instrumentos de medición en el contexto de la admisión escolar. Ps. Mónica Silva, Ps. Marta Hermosilla.

COMUNICACIONES DE PREGRADO

Algunos aspectos psicológicos relacionados con la hemofilia: Eugenio Escorza S.

FORO NACIONAL

Diagnóstico psicológico: práctica clínica y fundamentos. Participan: Ps. Jorge Luzoro G., Ps. Teresa Llanos, Ps. Ety Rapaport F. y Ps. María Inés Winkler M.

COMENTARIO DE LIBROS Y REVISTAS

Cognitive Processes and Emotional Disorders. V.F. Guidano y G. Liotti.
Anxiety Disorders and Phobias, a Cognitive Perspective. A.T. Beck, C. Emery, R. Greenberg. Comenta Camilo Castellón.
El drama del niño dotado. (En busca del verdadero yo). Alice Miller. Comenta Marco Antonio de la Parra.